

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ

INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL

ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD

II

2004

МОСКВА

Издание НПА

Регистрационный номер журнала 0110764

В соответствии с требованиями Минюста РФ, читать всюду “Независимая психиатрическая ассоциация России” как «Общероссийская общественная организация “Независимая психиатрическая ассоциация России”»

МЕЖДУНАРОДНЫЙ
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
ПО ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ
ПСИХИАТРИИ

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ю. С. Савенко (гл.редактор)
Ю. Н. Аргунова
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 21.06.2004. Подписано в печать 29.06.2004. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Тираж 1000 экз. Заказ № 2004-02-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

Настоящий выпуск осуществлен при финансовой поддержке
программы “Matra” Посольства Королевства Нидерландов

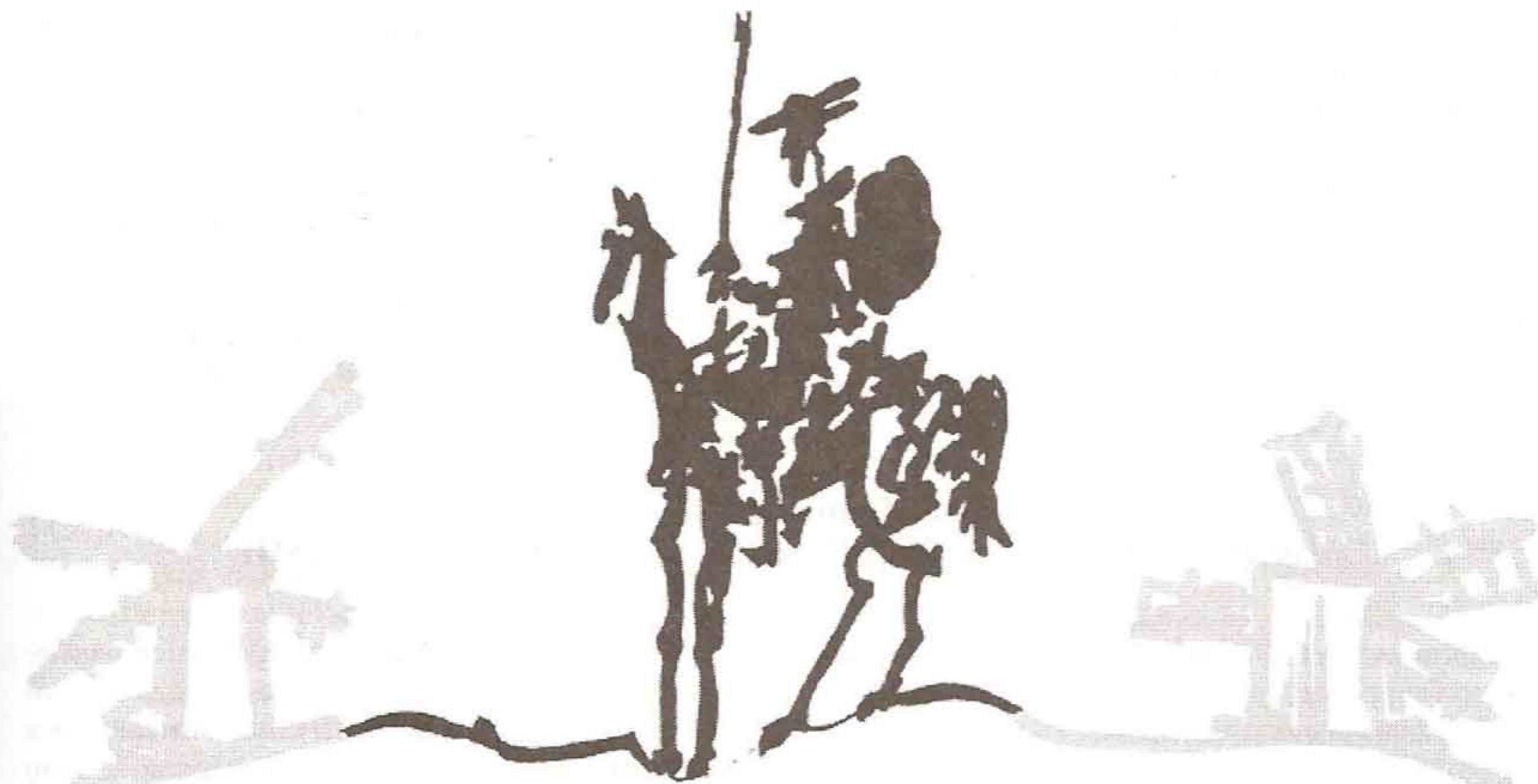
СОДЕРЖАНИЕ

15-ЛЕТИЕ НЕЗАВИСИМОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ РОССИИ	
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ИДЕАЛЫ И НОВАЯ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ	
Приветствия Всемирной психиатрической ассоциации и Посольства Германии	5
Из выступлений акад. А. И. Воробьева	
и президента Международной Хельсинкской федерации Л. М. Алексеевой	6
О деятельности НПА России за 2000 – 2003 гг. — отчетный доклад Ю. С. Савенко	8
Выступления П. Д. Тищенко, Б. Г. Юдина, А. И. Антонова, А. Г. Гофмана,	
В. Н. Краснова, Б. А. Воскресенского	16
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
К патогенезу эндогенной депрессии — Е. Гинзбург (Израиль)	30
Изменения личности у больных опийной наркоманией — М. Л. Рохлина, А. А. Козлов	35
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Ну вот и сифилис мозга! — А. Ю. Магалиф	38
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Освобождение от отбывания наказания осужденных с психическим расстройством	
— Ю. Н. Аргунова	49
СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ	
Экспертная оценка суггестивного воздействия — В. Д. Менделевич (Казань)	52
Способность обвиняемого с психическим расстройством предстать перед судом.	
Американская модель — В. В. Мотов (Тамбов)	59
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Новый виток религиозных преследований: суды следуют генеральной линии,	
а не научным свидетельствам, которые даже не заслушивают	
Дело о закрытии московского отделения “Свидетелей Иеговы”	68
Что такое “контроль сознания”? — Российский суд легализует вневаучный термин	
Дело о закрытии Центра “Дианетика” Республики Башкортостан	75
Заведомо ложное заключение	
Из решения суда	
Отказ суда от логики и здравого смысла	
СТУДЕНЧЕСКИЕ РАБОТЫ	
Типы отношения к болезни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями:	
поиски закономерностей развития — В. П. Цекин	80
“Ипохондрический невроз” — современное понимание — С. Ю. Савенко	82
ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ	
Письмо из Волгограда	86
ХРОНИКА	
XI юбилейный съезд НПА России	88
История психиатрии — конгресс на родине Гиппократа	89
НЕКРОЛОГ	90
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Несведущий медик — Константин Хёйгенс (Гаага, 1623)	92
О патографии — Г. М. Котиков	93
РЕКОМЕНДАЦИИ	95
АННОТАЦИИ И ПЕРЕВОДЫ	96

CONTENTS

THE 15-TH ANNIVERSARY OF THE INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA	
PROFESSIONAL IDEALS AND NEW REALITY	
Greeting of the World Psychiatric Association	5
Extracts from the greetings of Acad. Vorobiev and Liudmila Alexeeva, President of the International Helsinki Federation and the Moscow Helsinki Group	6
On the IPA of Russia activities for 2000 – 2003 years — summary report of Yuri Savenko	8
Speeches of Pavel Tischenko, Boris Yudin, Anatoli Antonov, Alexander Hofman, Valeri Krasnov, Boris Voskresenski	16
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
Pathogenesis of endogenic depression — E. Ginsburg (Israel)	30
Change of personality of opium narcomania patients — M. L. Rokhлина, A. A. Kozlov	35
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Here is syphilis of brain — A. Yu. Magalif	38
PSYCHIATRY AND LAW	
Release of mentally disordered defendants from serving their sentence — Yu. N. Argunova	49
FORENSIC PSYCHIATRY	
Mentally disordered defendant's competency to stand trial. American Paradigm — V. V. Motov (Tambov)	59
FROM AN EXPERT'S DOSSIER	
New turn of religious persecutions: Courts follow state position instead of scientific evidences that are not even heard	
Court trial on ban of Moscow branch of the Jehovah Witnesses	68
What is "control under consciousness"? — Russian court has legalized the non-science concept	
Court trial on ban of Center "Dianetica" in Bashkortostan Republic	75
Wittingly false conclusion	
Extract from the court decision	
Court's refusal from logic and common sense	
STUDENTS' WORKS	
Types of attitude towards the illness in patients with cardiovascular diseases: searches of rules of development — V. P. Tsekin	80
Ipochondric neurosis. Contemporary meaning — S. Yu. Savenko	82
DOCUMENTS OF EPOCH	
A letter from Volgograd	86
CHRONICLE	
XI Jubilee Congress of the IPA of Russia	88
History of psychiatry — the Congress in the Hippocrates homeland	89
OBITUARY	90
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS	
Not well informed medic — Constantijn Huygens (Hague, 1623)	92
On pathografia — G. M. Kotikov	93
RECOMENDATIONS	95
ABSTRACTS AND TRANSLATION	96

15-ЛЕТИЕ НЕЗАВИСИМОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ РОССИИ



XI юбилейный съезд НПА России 22 – 24 мая 2004 г., Москва

Ю. С. Савенко, президент НПА России

Дорогие коллеги! Дорогие гости! Мы открываем съезд, которым переступаем 15-летие деятельности нашей Ассоциации. Мы начинали, когда многие из нас верили, что потребуются десятилетия усилий и горизонт откроется. Сегодня очевидно, что потребуется продержаться еще столько же. Причем без внешних гарантий на успех. Основная гарантия — это мы с вами, наша общность, наша установка, наша решимость жить и поступать в соответствии с идеалами нашей профессии.

ПРИВЕТСТВИЕ ВСЕМИРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ

Уважаемый д-р Савенко!

Позвольте выразить сердечные поздравления Вашей Ассоциации и всем ее членам в связи с радостным и важным событием — юбилейным съездом Независимой психиатрической ассоциации России. Мне приятно отметить, что с тех пор, как я стал генеральным секретарем ВПА, мы всегда имели доброжелательные и стимулирующие отношения с Независимой психиатрической ассоциацией России как с полноправным и уважаемым членом-обществом Всемирной психиатрической ассоциации. В течение всех этих лет НПА России являла собой пример институциональной деятельности и постоянной готовности к сотрудничеству со всеми членами семейства ВПА в нашем общем стремлении содействовать развитию психиатрии и укреплению психического здоровья как в отдельных регионах, так и во всем мире.

От души желаю вам постоянных успехов в Вашей деятельности и процветания.

Проф. Хуан Меззич,
President-Elect, World Psychiatric Association

ПОСОЛЬСТВО ГЕРМАНИИ — ЮБИЛЕЙНОМУ СЪЕЗДУ ПО СЛУЧАЮ 15-ЛЕТИЯ НПА РОССИИ

От имени Чрезвычайного и полномочного Посла Федеративной Республики Германия я рада сообщить Вам, что решением Министерства Иностранных дел Германии для проекта “Издание сборника трудов Артура Кронфельда” выделена финансовая поддержка.

В рамках проекта публикуются работы московского периода жизни и творчества выдающегося психиатра XX века, некоторые рукописи публикуются впервые.

Трагическая судьба Артура Кронфельда привела к тому, что одна из ярчайших личностей, профессионал высочайшего класса да и просто разносторонне одаренный человек оказался почти забыт.

Одновременный интерес российских и немецких врачей, а также общественности к творчеству Артура Кронфельда подтверждают, что данный проект является нужным и актуальным, и я желаю всем его участникам успешной его реализации.

С уважением — Гудрун Штайнаккер,
Руководитель Отдела культуры

Андрей Иванович Воробьев,
академик РАМН, директор Гематологического центра РАМН

Дорогие друзья! Я терапевт и пришел сюда для того, чтобы приветствовать вас от общества терапевтов, общества гематологов. Однако получить трибуну и просто говорить торжественные слова, как-то обидно. Я буду говорить о той психиатрии, с которой имею дело каждый день, как терапевт, работающий в условиях тяжелой онкологии, тяжелой онко-гематологии.

Наши интересы достаточно близки. Я отдаю себе отчет в том, что эта Ассоциация — замечательная ассоциация, которая ориентирована правозащитным образом. Вчера была пресс-конференция по поводу принятия правительством новых нормативов в отношении доз наркотиков. Была тяжелая борьба, какую дозу считать преступной. Это перекликается со съездом.

Моя работа — каждодневная быстрая истощаемость больных, быстрый сон, а потом кома. Я все время сталкиваюсь с тем, как на фоне очень умеренных вмешательств стероидными гормонами или противоопухолевыми препаратами разыгрывается типичный шизофренический шуб или маниакальная фаза циркулярного психоза — мощная, пышная, яркая, или приступы эпилепсии или эпилептический статус. Что было в преморбиде? Ничего, по крайней мере с точки зрения обычного врача. Однако, если вы начнете детально собирать анамнез этих больных, если вы познакомитесь с их семьей, то вы найдете корни...

В моей профессии вся психиатрия, нами спровоцированная, налицо, кроме истерии. Истерии много у нас в соматике, а вот в онкосоматике нет. Для меня истерия постоянный предмет забот, правда, я воспитан на том понимании истерии, которое воспринял у Михаила Осиповича Гуревича в его замечательном руководстве...

Правозащитная роль Ассоциации является выдающейся. Весь эпизод с Будановым всем абсолютно понятен. Но с другой стороны есть следствия средовых явлений, например, тиранических режимов. Можно до бесконечности обращать внимание на частности, которые являются прямым следствием этих режимов, и гвоздить несчастных людей за то, что они не противостояли среде. А можно решить задачу в общем виде. Мы знаем, что такое сталинизм и знаем, что следствий огромное количество. Но никогда не надо забывать, что в основе лежит тираническое правление. А холуев будет много. Для меня образцом является то, что Никита Хрущев никому не оторвал голову, когда он их расчехвостил.

Психиатрия гораздо шире, чем это может показаться. Занимаясь очень тяжелой патологией каждый день, когда передо мной каждый день комы, шоки, мы нуждаемся и имеем психиатра в гематологической клинике, потому что все время имеем дело с тяжелейшей психопатологией. Но мы пытаемся переводить ее на молекулярный уровень понимания.

И последнее, что я хочу сказать. В этом году, год смерти Антона Павловича Чехова, нужно отметить эту годовщину. Чехов не только написал “Вишневый сад”, он был замечательным выдающимся врачом, это единственный врач, который описал тюремную медицину, когда никакой такой медицины не было, одна настоящая тюрьма. — Это его знаменитый “Остров Сахалин”, куда он поехал, уже имея кровохарканье. Он пытался защитить это как докторскую диссертацию. Хотя “Остров Сахалин” вошел в нашу жизнь как художественное произведение, это научное произведение. Я хотел бы пригласить вас в Дом ученых, чтобы отметить 100-летие смерти Антона Павловича Чехова.

**Людмила Михайловна Алексеева,
председатель Международной Хельсинкской Федерации
и Московской Хельсинкской группы**

Я благодарю руководителей НПА за предоставленную честь выступить на этом съезде. Я хочу обратиться к присутствующим — “дорогие коллеги!”. Хотя я не врач, я историк по образованию, но по призванию уже профессиональный правозащитник. Я занимаюсь этим уже лет 40, и только идиот за это время не станет профессионалом. Я высоко ценю ту работу, которую делают члены Независимой психиатрической ассоциации России. Это подвижники среди своих коллег по профессии.

Я, прежде всего, хочу сказать о том, что я очень рада, что к сегодняшнему дню удалось получить сигнальный экземпляр книги “Права человека и психиатрия в Российской Федерации”. Это совместная работа, подготовленная Московской Хельсинкской группой и Независимой психиатрической ассоциацией России. Эта книга подготовлена в сотрудничестве правозащитников и членов НПА, поэтому я думаю, что имею право обращаться к Вам со словами “дорогие коллеги”. Участие правозащитников в подготовке этой книги, которая является мониторингом психиатрических стационаров России, с точки зрения соблюдения в них прав человека, это сотрудничество — неслучайно.

Я хорошо помню то время, когда мы остро наблюдали за всем, что происходит в психиатрии, потому что это был один из возможных приговоров каждому из нас. Я разговаривала с одним молодым психиатром, учеником Снежневского — очень талантливый диагност. Он мне говорил: “Ну, конечно, если человек начинает гласно публично выступать против режима, у него что-то с психикой не в порядке. Потому что ребенок ведь не сунет руку в огонь. Он знает, что огонь жжется. А если человек не знает, что выступать против этого режима — это значит, сломать собственную судьбу и судьбу своих близких без надежды на успех, и он это делает, значит у него не все в порядке и его надо лечить.” Поэтому мы все жили под этим дамокловым мечом, а доказательств этому было достаточно, потому что мои близкие друзья, Есенин-Вольгин или П. Г. Григоренко, Наталья Горбаневская оказывались в психиатрических больницах. Потом, когда они после принудительного лечения в результате борьбы, при поддержке международной общественности и некоторых мужественных психиатров оказались за границей, все они были признаны нормальными людьми. Я на уровне здравого смысла тоже считала, что они нормальные люди, и замечательные люди. Отсюда наш острый интерес к психиатрии, ситуации возможностей нарушения прав человека с помощью психиатрии, политические репрессии с помощью психиатрии — это всегда была одна из самых больших тем в истории нашего правозащитного дви-

жения. Сейчас это, слава богу, не так. Хотя раза три было, когда к нашим правозащитникам в регионах применялась эта мера. В Тюменской области суд санкционировал отправление правозащитника в больницу, поскольку он выступал с острой критикой губернатора. Но, конечно, это не те времена, и нам удается таких людей очень быстро спасти от незаконных репрессий.

Тем не менее, соблюдение прав человека по отношению к пациентам психиатрических больниц, — не психически больным, а именно пациентам психиатрических больниц, мы не врачи, мы не беремся сказать, кто из них может быть здоров и ошибочно оказался там, — это и сейчас очень острые темы. Слава богу, как государственная политика, как практика политических репрессий психиатрия сейчас не используется.

Основная форма работы правозащитников в регионах это бесплатные юридические консультации. Наша конституция дает гражданам многие права и свободы, однако государство не озабочилось тем, чтобы ознакомить граждан с этими правами и свободами. Многие люди просто не знают о них, а даже если знают, не умеют и не решаются их защищать. Самое печальное, что об этих правах и свободах не знают или не хотят принимать во внимание очень многие российские чиновники. Нарушения прав человека происходят часто, и не все имеют возможность оплатить адвокатскую помощь. Поэтому правозащитники заняли эту нишу. **Мы стараемся защитить наших сограждан от нарушения их прав государством и его чиновниками.** Должна сказать, что обращения в эти бесплатные юридические приемные с жалобами на принудительное лечение, которое можно объяснить корыстными интересами тех, кто людей туда помещает, — довольно частое явление: или хотят завладеть квартирой, или хотят избавиться от компаньона и завладеть его частью недвижимости или предприятия. Я не берусь судить, когда это правильно, а когда нет, это дело специалистов-психиатров, но эти жалобы настолько часты, что мы не можем отмахиваться от них и считать, что психиатры всегда правы. Тем более, помещая на принудительное лечение или не оформляя его как принудительное, хотя на самом деле оно принудительное. На это тоже есть жалобы.

Поэтому мы не можем не обратиться к проблемам прав пациентов в психиатрических учреждениях. Мы очень благодарны Юрию Сергеевичу и всем вам за помощь в подготовке этой книги и в этой совместной работе по обеспечению прав пациентов. Эта книга в основном написана профессионалами-психиатрами и гораздо шире чем та проблема, о которой я говорю. Она затрагивает очень важные моменты, которые

тоже касаются прав человека. Например, недостаточное финансирование больниц. Недостаточное финансирование приводит и к озлоблению персонала, и к его недостатку и другим моментам в жизни психиатрических больниц, которые ставят пациентов и сотрудников в унизительное для человека положение. Это тоже наша проблема, но это вы знаете гораздо лучше нас. Здесь мы ваши ученики и ваши верные помощники.

15 лет существовала Независимая психиатрическая ассоциация России. Она проделала за это время огромную работу, наверно, тысячи людей благодарны за об-

легчение своей участи активистам этой организации. Вы, Юрий Сергеевич, сказали, столько же еще придется работать. Я думаю, что сколько человечество существует, столько нужна будет правозащитная работа. И правозащитников, и психиатров, которые занимаются защитой прав человека. Потому что человек несовершен, и всегда будут появляться какие-то новые формы, когда одни будут ущемлять других, и надо стоять на страже. Я думаю, что даже самые молодые из нас должны приготовиться к тому, чтобы заниматься этим всю жизнь. Я вам очень благодарна за вашу работу и надеюсь на наше дальнейшее сотрудничество.

Отчетный доклад о деятельности НПА России за 2000 – 2003 гг.

Ю. С. Савенко

НПА России отмечает 15-летие своего учредительного съезда и приема во Всемирную психиатрическую ассоциацию в 1989 г. 15 лет — исторический срок, а это были нелегкие годы. Первые два года нас пытались подменить подставной организацией, а в течение последних двух лет — резко ограничить круг нашей деятельности: запретить проводить экспертизу, выступать в судах, давать медико-правовые заключения. Этот ультиматум под угрозой лишения регистрации Минюст предъявил нам в тот самый момент, когда — вопреки протестам общественности — зарегистрировал Национал-державную партию, открыто экстремистскую, с пронацистской идеологией. Мы в самом деле несовместимы: НПА России не только профессиональная, но одновременно правозащитная организация. Это связано с тем историческим фактом, что без снятия цепей с психически больных и выведения психиатрических больниц из полицейского ведомства, без системы нестеснения, психиатрия не смогла бы состояться как наука, и она не смогла бы продуктивно развиваться без поступательного движения на пути признания и реального осуществления прав человека для наших больных. С 1992 года Ассоциация входит в Российской исследовательский центр по правам человека.

Ассоциация была создана реально снизу, она реально независима, но это ее именование, которое она не уронила за все годы своего существования, многих раздражает, как противопоставление по признаку, который хотелось бы вытеснить.

Создание Ассоциации поддержали такие выдающиеся ученые как Ф. В. Бассин и В. П. Эфроимсон. В ней активно работали замечательные юристы в области психиатрии А. И. Рудяков и Б. А. Протченко и выдающиеся клиницисты А. К. Ануфриев и Вольфганг Кречмер. Их безвременная смерть — тяжелое испытание для нас. За последние три года мы потеряли

наиболее крупного генетика в области психиатрии Виктора Мироновича Гиндилиса, замечательных клиницистов проф. Раиль Григорьевну Голодец и д-ра Семена Григорьевича Зайцева. Прошу почтить их память.

По уже сложившейся традиции я построю доклад по приоритетам нашей Ассоциации, которые составляют существо и отличительную особенность ее деятельности с момента создания. Это взаимосвязь трех факторов, неудовлетворительное состояние которых делает возможным широкомасштабное использование психиатрии в политических и других немедицинских целях.

- Это собственно профессиональный фактор — адекватное представление о самом предмете психиатрии и клиническом методе, прежде всего, о предваряющем все прочее феноменологическом методе, предопределяющем корректность всех последующих результатов.
- Это правовая основа психиатрии и
- Это частичное разгосударствление психиатрической службы.

Итак, первый приоритет, собственно профессиональный.

Особое положение психиатрии на стыке естественно-научного и гуманитарного знания, необходимость определенного уровня философской рефлексии, определяющее значение феноменологического метода, как сложной техники беспредпосыпленного описания, более сложной и ответственной чем все праклинические методы, которые только благодаря этому ставятся на устойчивое основание, обусловило наши постоянные усилия, начиная с учредительного съезда, донести до коллег понимание сущности феноменологического метода и его техники, фундаментальное значение этого для клиники. Мы видим свою заслугу в прояснении необходимости возвращения к

Карлу Ясперсу, как создателю парадигматически новой психиатрической пропедевтики. Ясперс не только ввел в психиатрию феноменологический метод Гуссерля. Он показал центральное значение категории “понимания” для самых фундаментальных клинических квалификаций и разграничений, что позволяет считать его создателем психиатрической герменевтики. Он заново с единых позиций переписал категориальный аппарат нашего предмета и четко структурировал его. Этот грандиозный по сложности труд был по плечу только человеку, в котором дремал великий философ. Нам удалось на нашем первом семинаре 1992 г. с циклом лекций ведущего отечественного специалиста по феноменологии Гуссерля — Нели Васильевны Мотрошиловой — привлечь этой позитивной программой в ряды Ассоциации значительную часть профессуры, приехавшей на семинар. Этот и последующие семинары с участием известных философов Анатолия Федоровича Зотова и Эриха Юрьевича Соловьева, серия соответствующих публикаций и рекомендаций в Независимом психиатрическом журнале, создание в нем международного редакционного совета по феноменологической психиатрии в составе Альфреда Крауса из Гейдельберга, Билла Фулфорда из Варвика и Майкла Шварца из Бостона, приглашения их с лекциями на последующие семинары привели в конечном счете к переводу на русский язык всех психопатологических работ Ясперса, включая его монументальную “Общую психопатологию”. Нам особенно приятно отметить здесь солидарные усилия Российского общества психиатров и лично проф. В. Н. Краснова и д-ра В. Ф. Войцеха.

За истекшие три года мы продолжили усилия в этом направлении, отметив 90-летие “Общей психопатологии” Ясперса и полемически заострив невнятицу по его поводу в наиболее фундаментальном отечественном руководстве по психиатрии под ред. проф. А. С. Тиганова. Мы опубликовали чрезвычайный по своей важности для уяснения феноменологического метода текст “Феноменология и социология ресентимента” Макса Шелера, феноменолога № 2 после Эдмунда Гуссерля. Мы откликнулись работой “Наша вина и наш долг” на годовщину трагической гибели выдающегося немецкого клинициста Артура Кронфельда, который за пять лет работы в нашей стране (1936 – 1941) внес грандиозный вклад в общую психопатологию, учение о шизофрении и лечение психозов, сопоставимый с вкладом Ясперса и Курта Шнейдера и существенно повлиявший на А. В. Снежневского. Мы опубликовали никем не превзойденный текст Кронфельда “Психология в психиатрии”, а также после длительных переговоров получили недавно заверения германского посольства в Москве о финансировании издания не только подготовленного нами тома работ Кронфельда российского периода, но также его перевода на немецкий язык. Мы начали публикацию лекций по шизофрении нашего замечательно-

го отечественного клинициста-феноменолога Анатолия Кузьмича Ануфриева. Мы привлекли внимание коллег к тесту Германа Роршаха — самой информативной проективной личностной методике, которая в руках психиатра превращается в экспериментально-психопатологический метод исследования, объективируя в соразмерном аспекте психопатологические расстройства. Это грандиозное по своей значимости и возможностям направление до сих пор фактически не реализовано у нас. Наконец, мы посвятили собственное исследование проблеме предмета психиатрии — вопросу, недостаточная ясность и четкость ответа на который приводят к серьезным недоразумениям, бесплодным спорам, межкорпоративным конфликтам, отсутствию конструктивной интеграции данных разных наук. Мы детально проанализировали также, что такое социальная психиатрия, что такое “социальное”, чем отличается социология от социальной психологии и т.д. Невнятица по этим вопросам привела к тому, что в докладе на эту тему на XIII съезде РОП руководитель Центра социальной психиатрии и единственной кафедры социальной психиатрии Т. Б. Дмитриева определила социальную психиатрию устаревшей ВОЗ-овской калькой 1958 года. Замечательной новостью является недавняя публикация полного перевода работы Гуссерля “Кризис европейских наук...” и “Идеи I” Эдмунда Гуссерля как введение в феноменологию” Нели Мотрошиловой — исключительно ясного изложения феноменологии. **Ключевое значение феноменологического метода для психиатрии должно быть осознано и найти соответствующее выражение в клинической практике, в учебном процессе и в руководствах по психиатрии.**

На эту фундаментальную задачу ориентированы организованные нами открытые клинические разборы, собирающие каждый месяц вот уже в течение 9 лет не менее 50 коллег разных школ, поколений, регионов... Публикация стенограмм этих разборов в журнале сделали их самым читаемым разделом, который начал использоваться в учебном процессе. Присоединение к клиническим разборам тематических лекций и психотренингов превратило их за последние пять лет в регулярный семинар. Феноменологически ориентированы проводимые каждый декабрь проф. М. Е. Бурно Консторумские чтения, а доктором Б. А. Воскресенским каждый апрель — Баженовские чтения, представляющие студенческие конференции. Одной из недавних новаций журнала является открытие рубрики “Студенческие работы” для привлечения нашей профессиональной смены к научной деятельности и тем традициям и новациям, которые воплощает Независимый психиатрический журнал. Новацией является также курс психиатрии, который доктор Воскресенский уже в течение нескольких лет читает в православной высшей Свято-Филаретовской школе. Феноменологическая ориентация этого курса обеспечивает понимание и живой отклик слушателей.

Однако нельзя не признать, что мы все еще находимся в самом начале пути. Только повсеместное распространение феноменологических штудий, т.е., специальных систематических тренировок феноменологических описаний с параллельным использованием видеозаписи позволит реально овладеть феноменологическим методом и, по крайней мере, минимизировать исходные предвзятости.

Второй приоритет нашей деятельности — обеспечение правовой основы психиатрии.

Вопреки давней российской традиции пренебрежительного отношения к праву всех слоев общества в связи с “полным неравенством перед судом” и “развращающим влиянием нашей государственной жизни”, по все еще свежо звучащему выражению Герцена, традиции, впервые оспоренной Богданом Кистяковским в его знаменитой статье “В защиту права” в “Вехах” (1909), но снова возобладавшей в советскую и нашу эпоху, когда дело дошло до почти полного падения доверия к судьям и правоохранительным органам, вопреки всему этому мы убеждены, что право, как сформулировал один из основоположников нашего правозащитного движения А. С. Есенин-Вольгин — основной и неизбежный путь социальной регуляции. Поэтому наш журнал — единственный из всех прочих психиатрических журналов — содержит постоянный юридический раздел, который все эти годы служит пробуждению правосознания, правовой грамотности и воспитывает уважительное отношение к праву. Разумеется, уважение к правлению Закона, а не правлению посредством законов.

Наша Ассоциация сыграла значительную роль в создании закона о психиатрической помощи, составляя треть и четверть членов в комиссиях по его разработке, и — что отражает последующие внутриполитические тенденции — одну двенадцатую в комиссии Минздрава по внесению изменений и дополнений в этот закон, т.е. роль фигового листка.

На протяжении последних двух лет мы приложили значительные усилия для реализации ст. 38 закона о создании “независимой от органов здравоохранения службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах”, статьи, не реализованной даже спустя 12 лет после принятия закона, хотя она является одной из гарантий исполнения закона в целом. Наше стремление реализовать эту службу послужило созданию в июле 2002 г. новой секции экспернского совета Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации — “Психиатрия и права человека” под моим председательством. Мы постарались ввести в состав секции весь спектр отечественной психиатрии. Проблема службы защиты была всесторонне обсуждена и — при участии юристов Н. Г. Салищевой и М. Ф. Поляковой — было разработано Положение о Службе.

Психиатрическая секция Экспертного совета обсудила также

- Положение людей с психическими расстройствами в тюрьмах, лагерях и следственных изоляторах;
- Нарушение прав граждан на получение информации о своем психическом здоровье;
- Деятельность непрофессиональных правозащитных организаций в области психиатрии;
- Соблюдение прав человека при психохирургическом лечении наркоманий;
- Влияние рекламы на психическое здоровье.

Позиция Ассоциации высказывалась на многих ответственных конференциях, например, об общественном контроле в психиатрии — на Всероссийской конференции гражданских организаций, круглых столах, в том числе, о пытках, с участием руководителей Генпрокуратуры и ГУИНа, и пресс-конференциях по конкретным делам.

Современная ситуация в последние годы такова, что приходится прилагать максимум усилий, чтобы не были девальвированы достигнутые демократические правовые завоевания. В этом ряду **наиболее важно**, что нам удалось помешать руководству Минздрава протащить в октябре 2003 г. на Всероссийском совещании главных психиатров страны одобрение законопроекта о внесение изменений и дополнений в закон о психиатрической помощи, которые его значительно ухудшили.

Этот законопроект готовился в течение пяти лет комиссией, где решительный перевес получили сторонники приоритета государства, а не личности больного, т.е., по выражению Павла Якобия, “полицейской психиатрии”, главной задачей которой является защита общества и государства от психически больных, а не здоровье и защита самих больных от злоупотреблений. В соответствии с законопроектом,

- главное демократическое завоевание закона о психиатрической помощи — введение судебной процедуры в отношении всех недобровольных мер — существенно сжалось;
- общественные организации лишились права защищать интересы больных, в том числе в суде;
- снималось необходимая прежде санкция врача на физическое стеснение и изоляцию при недобровольной госпитализации;
- и, наконец, кульминационно введенная переформулировка статьи 17 Закона резко снижала уровень гарантий финансирования психиатрической помощи с правового на правительственный, т.е., с предписываемого Правительству, на предписываемое самим Правительством. Проф. В. П. Котов упорно повторял, что это одно и то же, что он не видит разницы, но тогда зачем было менять?

Нас больше всего удручет этот менталитет наших уважаемых коллег — членов комиссии, с которыми мы вместе работали над созданием закона о психиатрической помощи. Для них преходящим, транзиторным оказалось не нынешнее возвращение

ние к принципам полицейского государства, а то, что было весной демократии, и что было воплощено в законе, а теперь трактуется, как случайная оттепель. Еще в 1999 и 2000 годах мы публиковали свое Особое мнение, замечания и предложения к законопроекту. Тогда это касалось, в первую очередь, попытки министерской комиссии снять ключевое определение в формуле “непосредственная опасность”, как главного основания недобровольной госпитализации, что делало формулу резиновой.

В результате многочисленных протестов общественности законопроект был отозван. Дело ограничилось приведением закона в соответствие с другими правовыми актами. Я хотел бы обратить ваше внимание, что обсуждение законопроекта на Президиуме правления РОП по докладу проф. Котова состоялось не до, а после того, как должны были состояться их парламентские слушания, которые нам удалось предотвратить. Минздрав разослал запросы о законопроекте по регионам также после намеченного срока слушаний. Мы видим дурную традицию имитации обсуждений, проводящихся вдогонку после того, как наверху решение принято. Такая экономия усилий называется социальной пассивностью. Принципиальный поворот современной социологии связан с признанием, в качестве исходного факта, решающей роли активно-осмыслиенного поведения каждого человека — “человека действующего”.

Значительным позитивным вкладом явилось издание Ассоциацией книги Ю. Н. Аргуновой “Права граждан с психическими расстройствами. Вопросы и ответы” (М., 2003). Этим восполнен, наконец, существенный пробел, и очень естественно, что острая нужда в этом была удовлетворена в результате деятельности нашей Ассоциации. Теперь все нуждающиеся располагают четкими ясными ответами по всему кругу типовых вопросов о правовых гарантиях, праве на информацию и тайну, о профессиональной деятельности, семейных отношениях, наследственном праве, жилищном законодательстве, положении инвалидов, недееспособности и опеке.

Третий приоритет нашей деятельности это частичное разгосударствление отечественной психиатрии.

В этом вопросе дело наиболее очевидным образом пошло вспять, причем особенно наглядно в отношении экспертной деятельности.

Проторение нами феноменологического направления в психиатрии, примат клиницизма и профессиональных ценностей и уже одним этим обретаемая независимость при наличии прочих ее условий — административной и финансовой, идеологической и политической независимости, а также опора на Закон о психиатрической помощи, позволили специалистам нашей Ассоциации в многочисленных непростых экспертных делах быть убедительными и во многих случаях добиваться пересмотра судебных решений.

Это необязательно политические дела. Например, в растиравшемся на несколько лет хабаровском процессе суть дела была в непреклонной позиции очень высокопоставленного лица. Не только местная кафедра им. Сербского заняли уклончивую позицию, настаивая в ясном деле на стационарной экспертизе. Высокопоставленное лицо пригласило нас, что не помешало нам дать адекватное заключение, благодаря чему это дело в конечном счете кончилось согласием сторон.

В искусственно раздутом шпионском деле Платона Обухова, также профессионально вполне ясном, но предопределенном позицией спецслужб, Центр им. Сербского, д-р Стяжкин и проф. Точилов предпочли профессиональному решению — конъюнктурное. На всю страну ТВ передало судилище над психически больным человеком.

Наконец, в получившем международную огласку деле полковника Буданова на различных уровнях власти и в армии шла борьба двух противоположных позиций по поводу беспредела в отношении мирного населения Чечни. На протяжении трех лет шесть стационарных комплексных психолого-психиатрических экспертиз с полной даже для любого обывателя очевидностью продемонстрировали такой разнобой, который проф. Раас из Амстердамского свободного университета назвал в своем открытом письме в журнал “Социальная и клиническая психиатрия” профессиональным позором судебной психиатрии и полной послушностью властям.

Мы, как участники трех последних экспертиз, смогли опубликовать в 4 выпусках журнала многие первичные материалы этого грандиозного по своей значимости процесса и проанализировать его уроки. Знание первичных материалов позволяет обнажить типовые технологии манипулирования и настаивать впредь на адекватных превентивных мерах, более того, на их правовом закреплении. Т.е., как раз то, что мы давно адресовали проф. Тихоненко в качестве критики его этического кодекса судебного психиатра: начинать надо с того, чего в нем нет.

Мы не противопоставляем себя экспертам Центра им. Сербского, мы подчеркиваем, что главное условие адекватной экспертизы не буквальная независимость, которой мы отличаемся, а принцип состязательности, т.е., организация экспертной комиссии из представителей всех сторон с предпочтением по громким делам рядовых экспертов. Аналогично тому, что говорил Мераб Мамардашвили: “Нам нужны не честные судьи, а независимые суды”. Состязательная экспертиза — это то, что все эти годы проторяет наша Ассоциация, то, с чем она выступала на Кербиковских чтениях в 2000 году и встретила солидарное отношение председательствовавшего проф. Б. В. Шостаковича. Более того, то, что было регулярной практикой самого Центра им. Сербского, включавшего

наших членов в свои комиссии вплоть до назначения директора Центра Т. Б. Дмитриевой в 1996 – 1998 гг. министром здравоохранения.

Можно смело сказать, что в деле Буданова наша Ассоциация спасла честь отечественной психиатрии в глазах коллег, собственного народа и зарубежной общественности. Более того, мы сделали все возможное, чтобы не уронить репутацию членов предпоследней экспертной комиссии, сплошь руководителей отечественной психиатрии, показав, что все они, изначально известные как гипердиагносты, были собраны в экспертную комиссию, результаты которой было поэтому легко предсказать. За две предпоследние экспертизы полковника Буданова ответственность несет непосредственно акад. Т. Б. Дмитриева.

Дело Буданова обнажило многие фундаментальные вещи. Мы долго не могли найти ни одного желающего выступить экспертом с потерпевшей стороны. Я сомневаюсь, что спонтанное желание было у всех официальных экспертов. Мы видим в этом форму протеста — неучастие в экспертизе, где очевидно грубое давление.

Но главное, что это дело воочию показало, к чему приводит огосударствление и монополизм экспертной деятельности. Принятый закон о государственной экспертной деятельности и введение профессии судебного психиатра-эксперта фактически уничтожили состязательную экспертизу. Она стала возможной только в зале суда, к чему пришлось прибегнуть в последней экспертизе Буданова. Центр им. Сербского превратился в полного монополиста судебной экспертизы, каким он никогда не был при советской власти. Целенаправленное стремление к монополизму, кулуарная подготовка и лоббирование соответствующих правовых актов видны из того, что задолго до их принятия, с весны 2001 г. Центр им. Сербского позволял себе не выполнять решения судов о включении наших членов в экспертные комиссии Центра, а также из формулировок, являющихся прерогативой суда, да еще в императивном тоне — “следует считать вменяемым” или “следует считать невменяемым”. Если раньше любой психиатр мог быть включен судом в экспертную комиссию, то теперь суд только выбирает экспертное учреждение. Эксперт же вправе принимать участие только в комиссиях, куда его включает руководитель его экспертного учреждения и может получить сертификат эксперта только проработав три года в государственном экспертном учреждении. Директор Центра им. Сербского Дмитриева является одновременно заведующей единственной в стране кафедрой судебной психиатрии, располагающейся в ее Центре. Такого монополизма никогда ни у кого еще не было.

Манипулятивные технологии громких дел тиражируются в потоке рутинных дел. Так злоупотребления приватизированной жилплощадью наших больших приняли широкомасштабный характер, коверкая

их судьбы, плодя армию бомжей и пропавших. Мы постоянно сталкиваемся с недобросовестными делами, кое-где поставленными чуть ли не на поток. Но даже самые явные из них не побуждают никого разгребать эти авгиевы конюшни. Главный психиатр Москвы никак не отреагировал на мое описание ему дела, где главный врач одного из центральных ПНД Москвы д-р Штангаров выслушивал меня перед судом, уверяя что вторая группа инвалидности по спец-ВТЭК несовместима с вменяемостью, открыто вводя тем самым суд в заблуждение.

В этом контексте профессиональный уровень экспертных актов не мог не снизиться. Постоянная рубрика нашего журнала “Из досье эксперта” публикует рецензии на типовые неудовлетворительные акты, создавая основу для предотвращения манипулятивных приемов и ошибок.

Эта, казалось бы, высоко полезная деятельность привела к угрозе Минюста РФ в 2002 г. лишить нас государственной регистрации, если мы не вычеркнем из нашего устава, который сам Минюст и зарегистрировал, право на проведение независимой экспертной деятельности.

Нарисованная картина — ясное свидетельство огосударствления экспертной деятельности, превосходящее даже советскую эпоху. Это огосударствление началось с 1995 г. с началом войны в Чечне. И мы сразу стали свидетелями возобновления тех же технологий, которые практиковались в отношении политических диссидентов. Как участник последней посмертной экспертизы генерала П. Григоренко в 1992 г. — самого документированного из диссидентских дел, — я имел возможность изучить эти технологии и помешать Дмитриевой на этой экспертизе спасти честь мундира Центра им. Сербского (НПЖ, 1992, 3 – 4).

Те же приемы, с неменьшим размахом были использованы в отношении религиозных диссидентов. В нашем журнале зафиксирована история многочисленных судебных процессов по религиозным делам, показана полная несостоятельность обвинений в грубом вреде психическому здоровью и вскрыта их политico-идеологическая подкладка. Важно отметить, что в этом вопросе мы выступали солидарно с РОП и что значительное число коллег на местах заняли в конечном счете достойную позицию. Научно-несостоятельное информационное письмо МВД и Минздрава, разосланное по всем регионам страны, инициировало возбуждение прокуратурами множества судебных дел. Благодаря нашей твердой аргументированной позиции формулировки обвинений проделали знаменательную эволюцию:

от “грубого вреда психическому здоровью и деформации личности”

к “незаконному использованию гипноза”,

а потом к “незаметному воздействию на подсознательном уровне” даже в антиалкогольных текстах.

Простота произвола при последней формулировке понятна. Не случайно специальная группа “по исследованию негативного действия деструктивных культов” под руководством проф. Кондратьева была создана в Центре им. Сербского и не случайно никакие грубые фальсификации и прямой обман, документированные нами, остались без последствий.

В течение последнего года эти дела, в течение нескольких лет затихшие, вновь ожили. Нынешние обвинения оперируют лежащим вне науки, но очень модным среди пиарщиков, термином “контроль сознания”. Грубый произвол на религиозных процессах поражает воображение. Никакие приличия не соблюдаются. Уровень следствия и суда упали предельно. Куда уж сюда независимую экспертизу? Но мы, тем не менее, приняли в них участие. Совершенно ясно, что материалы этих процессов неизбежно дойдут до международного суда. Холодным душем для властей стало первое проигранное в Страсбурге психиатрическое дело “Ракевич против России”. Ретивые исполнители социальных заказов серьезно подводят репутацию страны, забывая о приоритете международного права.

Возможности, которые еще позволяют нам оспаривать экспертные заключения, не выдерживающие критики, обобщены в работе Ю. Н. Аргуновой “Специалист-психиатр в уголовном процессе” в 4-ом выпуске НПЖ на 2003 г. Эту работу следует знать всем адвокатам.

В течение последних трех лет через нашу общественную приемную, осуществляющую медико-правовые консультации, прошло более полутора тысяч человек, из них 225 прошло расширенные комиссии наших специалистов. Этой деятельности Ассоциации будет посвящен отдельный доклад.

За последние три года мы посетили психиатрические учреждения Санкт-Петербурга и Ленинградской области, Архангельска и Хабаровска, Ростова-на-Дону, Набережных Челнов и Орла, мы посетили женскую исправительную колонию строгого режима в Шахово и опубликовали чрезвычайно выразительное и информативное свидетельство о положении в камерах СИЗО для лиц с психическими расстройствами Бутырской тюрьмы. Совместно с Московской Хельсинской группой мы организовали первый мониторинг соблюдения прав пациентов психиатрических стационаров в 93 психиатрических больницах 61 региона страны. Анализу этих данных будет посвящено отдельное заседание.

Помимо регулярного ежемесячного семинара мы ежегодно проводили трехдневные тематические семинары, самый значительный из которых, предназначенный для главных врачей крупных психиатрических больниц, был посвящен взаимодействию административного, правового и этического регулирования психиатрической помощи.

Все это время мы конструктивно сотрудничали с Российским обществом психиатров, на Президиумах Правления которого я постоянно выступаю, как правило, достигая согласованной позиции обоих обществ по наиболее ответственным и острым вопросам, например, не допустив обращения РОП в правительство по поводу информационной безопасности, не допустив одобрения поправок к закону о психиатрической помощи, настояв на выдвижении кандидатуры проф. Краснова в зональные представители ВПА по региону СНГ. Дело в том, что РОП вначале поддержал кандидатуру д-ра Глузмана (Украина), а после нашего “вето” — кандидатуру Женевской инициативы — д-ра Поздняка из Белоруссии. Наша позиция предотвратила монополизацию государственной психиатрии, сохранив баланс трех ее центров.

Мы — участники Конгрессов Всемирной психиатрической ассоциации в Мадриде, Гамбурге, Иокогаме, организаторы симпозиумов на этих конгрессах, мы выступали с открытыми письмами по поводу ситуации в российской психиатрии на Генеральных Ассамблеях всех этих конгрессов. Мы — участники многих съездов и конференций, не только психиатрических, но также международного движения “Философия и психиатрия” и основных форумов правозащитных и гражданских организаций.

Высокий профессионализм и профессиональная солидарность позволяют конструктивно дискутировать со сколь угодно острым оппонентом. Но совершенно бесполезно спорить, не избавившись предварительно от политизации, идеологизации, тенденциозности и предвзятости. Этому служит как феноменологический метод, так и общенаучная методология в целом. Мы видим как актуальны избранные нами приоритеты. Не сохранить их — значит всей отечественной психиатрии последовать за репутацией судебной психиатрии. В 2001 году в третьем и четвертом выпуске журнала мы забили тревогу, показывая на конкретных примерах нарастание признаков упадка отечественной психиатрии, прежде всего, экспертной практики, возобладание политических, идеологических, ведомственных и приватных интересов над приоритетом профессионализма, забвение традиций.

Оценивая современную ситуацию феноменологически, нельзя не увидеть глубокий упадок. Нужна ли для этого феноменология? Освобождение от профессиональных шор, от профессионального снобизма дает и взгляд человека с улицы и непредвзятый взгляд ребенка. И он увидит, что король гол. Достаточно посмотреть, кто занимал ведущую кафедру страны после С. С. Корсакова, достаточно сравнить в разные эпохи наших академиков-психиатров. Когда психиатр-академик (Дмитриева, Сидоров) или эксперт-психолог из Института психологии Российской Академии наук опираются на лежащие вне науки труды Дворкина и Хассена, это симптом деградации. Современная ситуация во Франции и Германии ненамного

лучше, а 20 лет назад была такой же в США. Физики в сходной ситуации категорически отказались опускаться до полемики, например, с авторами теории торсионных полей, психотронного оружия. Но экологи вынуждены давать отпор, например, преуменьшению вреда радиации после Чернобыльской катастрофы. Историки вынуждены давать отпор фантастической "новой хронологии" Фоменко-Носатовского. В еще большей мере вынуждены мы противостоять использованию психиатрии в немедицинских целях. Возобновившиеся сейчас попытки запретить "Свидетелей Иеговы", отношение к католикам и кришнитам — безграмотная и недальновидная политика. Конечно, идеология, идеологическая мифология самое действенное средство манипуляции общественным сознанием, но "чистые руки и горячее сердце" советских органов государственной безопасности — недавний и наглядный урок этого пути. И все это — знаки нашего времени. Такова ситуация во всем мире, просто у нас она достигла гротеска.

С 1914 года сама почва под ногами, по выражению Ясперса, заколебалась и уже с тех пор не успокаивалась. В наше время духовного кризиса и жажды духовности, заполнение духовного вакуума очередными суррогатами можно преодолеть, только опираясь на несомненные ценности. Среди немногих из них, таких как человеческое достоинство и семья, — профессиональные идеалы. На этом поле также есть своя азартовщина. Но здесь мы значительно больше можем сделать, от нас с вами в самом деле многое зависит. Две давние отрицательные отечественные традиции — "полицейской психиатрии" и "потемкинских деревень", в частности, общественный театр типа Верховного Совета СССР или "управляемой демократии", имитация общественной активности, общественных инициатив, общественных организаций, обрели в лице нашей "НПА России" структуру, которая пытается возродить противоположную традицию — традицию круга журнала "Современная психиатрия" Ганнушкина, традиции Пироговских съездов, какими они были до Октябрьского переворота. Месяц назад на парламентских слушаниях по проекту реформы реструктурирования отечественного здравоохранения я стал свидетелем, наконец, выплеснувшегося решительного протesta коллег-медиков, прежде всего педиатров РАМН Баранова, Рокицкого, Рошаля против преступного, как было сказано, намерения сэкономить на и без того нищем здравоохранении. Пораженные настроения, как следование собственной душевной слабости, уступающей грубому пиару, нахрапу и блефованию, отсутствие маломальского прогноза и рабский дух сами обрекают себя на то, чего боятся. Повторимся: вся современная социология очередной раз переориентируется на представление о принципиальной важности персонального фактора в каждом социальном действии, в каждом поступке. От каждого из нас с вами — на его месте — за-

висит очень многое. Важно жить в соответствии с сознанием этого, а не чувствовать себя щепкой, управляемой по воле волн. Огромное заблуждение думать, что так жить комфортнее.

Что касается позитивной программы, то это дело наших с вами свободных обсуждений — не после, а до принимаемых наверху окончательных решений. Выполнение этого принципа — наше первое требование. Без его выполнения — мы театр марионеток. Представитель Министерства здравоохранения и социального обеспечения на парламентских слушаниях, несмотря на резкое преобладание доводов протеста, цинично заявил, что программа все равно будет выполняться. Необходима выработка альтернативной программы. Россия относится к числу тех стран, где политика психического здоровья отсутствует. И это при том, что мы по всем показателям (длительности жизни, уровню суицидов, уровню наркотизации) в наихудшем положении. Совершенно ясно, что финансирование на здравоохранение следует по меньшей мере удвоить.

Излюбленный способ дискредитации оппонента — доводить его требования до абсурда. Например, искусственно поддерживать негосударственную организацию, которая продает заключения о психическом здоровье, например, расширять число лиц с психическими расстройствами до 60, 80 и 100 процентов. В этом ряду характерно, что последний выпуск издания антипсихиатров начинается с цитаты Т. Б. Дмитриевой, о том, что финансирование надо увеличить в 40 раз.

Деятельность Ассоциации не ограничивается ее членами, ее региональными центрами, она связана с тем, что именуется в социологии как "невидимый колледж". В него входят самые неожиданные люди, включая наших откровенных оппонентов, интересы которых выходят далеко за пределы психиатрии. Это связано с общностью наших проблем.

Мы стоим с вами перед лицом грубой нелепости: с одной стороны, нарастает огосударствление, с другой стороны, государство перекладывает на население и самих больных гарантированные им расходы; с одной стороны, призывает отказаться от иждивенческого отношения по отношению к себе, а с другой — грубо ужесточает условия существования как больных, так и врачей и персонала.

Проведенный совместно с МХГ мониторинг позволил с полной ясностью увидеть основную причину недостаточной эффективности закона о психиатрической помощи не в слабой информированности о нем, не в отсутствии службы защиты прав пациентов, не в отсутствии санкций за невыполнение закона и не в соответствующем правосознании, а в невыполнении закона самим Правительством, которое расписывается таким образом в своей безответственности и недееспособности. Однако позитив мониторинга в том, что этот первый широкомасштабный опыт общественно-

го контроля состоялся, а его результаты получили международную огласку. В январе этого года опубликована международная монография “Психическое здоровье: политика различных стран и права человека” на примере 10 стран. Ситуация в России впервые была изложена в нашей редакции, т.е., без грима. В результате хорошо видно полное равнодушие властей к проблеме психического здоровья населения.

Мы уделяем большое внимание демифологизации психиатрии в общественном сознании и активно сотрудничаем с Mass-media.

Оглядываясь назад, и сокрушаясь о великом множестве сделанных — как теперь кажется — ошибок, мы забываем, что мы сохранили, быть может, главное — собственную идентичность, верность своим идеалам, принципам и целям.

А более внимательно взглянувши в прошедшее, мы обнаруживаем, что сопротивление нашим усилиям было всегда, причем более значимым было не целенаправленное противостояние, а слепая инерция действительности. Так обстоит всегда, и это не основание для фатализма и бездействия. Активное преодоление косной действительности и косности в себе — нормальное состояние каждого человека.

Наш журнал уделяет значительное внимание истории психиатрии, ее достойным и недостойным урокам. Отрицание Центром им. Сербского использования психиатрии в политических целях в 1960 – 1980-е годы, открытая реабилитация основного режиссера этой позорной кампании акад. Г. В. Морозова, — прямое свидетельство реставрации полицейской психиатрии. Прошлое не может быть преодолено, если его забывают или переиначивают.

Мы чувствуем себя наследниками Саблера и Якобия, Корсакова и Сербского, журнала Ганнушкина “Современная психиатрия”, и мы реально являемся их наследниками. Для этого нам не приходится, скажем, называться именем Сербского. Директор Центра им. Сербского в своей недавней книге “Альянс права и милосердия” пеняет Сербскому, что он не сотрудничал с полицейским ведомством, тогда как Сербский принципиально не пускал полицейских на порог своей клиники. Можно ли на этом основании считать, что он не был патриотом? Для нас естественно, что его первым приоритетом были профессиональные ценности, прежде всего, благо больных, а не чиновничье верноподданничество.

P. S. В тексте доклада чрезмерными и навязчивыми выглядят частые упоминания руководителя Центра им. Сербского Т. Б. Дмитриевой. Но попытки сократить их число не удались. Их оправданность, даже закономерность, обнаружилась, когда я познакомился с последним отчетным годовым докладом Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации за 2003 г. Обычно материалы по психиатрии в эти доклады представляет наша Ассоциация. Так было и на этот раз. Каково же было мое удивление, когда я — председатель психиатрической секции Экспертного совета при Уполномоченном по правам человека в РФ — обнаружил в докладе вместо собственного текста — текст Дмитриевой. Поистине, наше вновь всесильное ведомство может позволить себе пошутить и посмеяться.

Этой максиме посвящен наш съезд. В современных условиях наш предмет может сохраниться на достойном уровне только ценой приоритета высоких профессиональных идеалов.

Широкая сеть нашего взаимодействия с коллегами и правозащитными организациями, конструктивная установка в отношении властей вносит вклад в естественное формирование гражданского общества. Сложность внутриполитической динамики, вплоть до движения вспять, укрепляет процесс этого формирования, не позволяет его имитировать на уровне общественных организаций.

Итог деятельности Ассоциации неотъемлем от времени, в которое мы живем. Чтобы оценить его, следует рассмотреть, как изменилась наша психиатрия за эти 15 лет и какие изменения и тенденции поддерживала, чему сумела способствовать и что тормозила наша Ассоциация.

Это отказ от принципа партийности в науке и монополизма в ней.

Это трудное возвращение к феноменологическому методу и к многообразию школ в психиатрии.

Это уход от гипердиагностики шизофрении и от использования психиатрии в политических целях.

Это принятие первого в истории отечественной психиатрии закона о психиатрической помощи.

Это борьба за состязательную экспертизу.

Это независимая от внепрофессиональных влияний позиция.

Каковы наши ближайшие конкретные задачи? Выработать их — задача съезда. Этому посвящены его тематические заседания, в которые следует добавить права врачей и персонала.

Размышляя над эмблемой Ассоциации, мы, как правозащитники в психиатрии, противостоящие полицейской психиатрии, в который раз приходим к образу Дон Кихота на фоне ветряных мельниц. Ведь не случайно образ Дон Кихота и его поединка с мельницами во всем мире давно приобрел — при всей своей амбивалентной многозначности — устойчиво высоко положительный смысл. В условиях кризиса — вполне реальна вероятность превращения ситуации поединка Дон Кихота с мельницами в ситуацию поединка Давида с Голиафом. А в этом и состоит смысл новой научной парадигмы: малые факторы, которыми обычно пренебрегают, в ситуации нестабильности могут сыграть решающую роль.

**Павел Дмитриевич Тищенко,
доктор философских наук, ведущий сотрудник Института философии РАН**

Уважаемые коллеги! Я могу с полным правом сказать так, поскольку по своему первому образованию являюсь врачом. Я коллега и для философов. В данный момент я занимаюсь проблемой биомедицинской этики, и хотел бы поделиться с вами своим пониманием тех коренных изменений, которые сейчас происходят в этосе мирового медицинского сообщества, и тем, как это отражается на нашем сообществе.

Если посмотреть на динамику изменений, то мы увидим, что во всем мире происходит сдвиг, который начался после второй мировой войны. Сейчас его последствия наиболее заметны. Это сдвиг от этоса военного общества, общества в состоянии войны, к этосу общества в состоянии мира или этосу гражданского сообщества. Для этоса сообщества, находящегося в состоянии войны, характерна доктрина, в основе которой лежит представление о правомерной жертве личного частного интереса на алтарь высшей ценности, на алтарь отечества, религии, экономических интересов. Этот же этос, как показывает мировая практика, господствовал во всей медицине фактически до начала 60-х годов. Мы видим повсеместно, что во имя интересов общества, во имя интересов науки можно было использовать отдельных граждан, в частности пациентов, для проведения, например, недобровольных экспериментов. Сейчас опубликованы многотомные исследования по Соединенным Штатам Америки, как там военные врачи проводили испытания влияния радиации на мирных гражданах, т.е. на военнослужащих, не информируя их. Я приведу пример. Над небольшими американскими городками рассеивались аэрозоли с радионуклидами. Потом проводилось комплексное обследование, каким образом эти радионуклиды накапливаются в крови, в тканях умерших людей, в мясе животных, в растениях. Проводились мощные исследовательские программы. А люди, которые становились предметами испытаний, ничего об этом не знали. Как вы понимаете, аналогичные эксперименты проводились и у нас. К сожалению, хорошо документированных данных об этом практически нет, но я думаю, что тенденция была общая.

С начала 60-х годов на волне многоликого право-защитного движения, возникает новое понимание медицинской этики, основанное на том, что можно назвать этосом мирного сообщества. Основные идеи этого нового этоса были выражены в специальной Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации 1964 года, которая положила в основу простое правило: интересы и права отдельного индивида выше интересов и прав общества. Вся система перевернулась, и теперь мы видим в разных областях противоборство этих систем.

После 60-х годов мощная волна признания прав пациентов фактически завоевала свою легитимность. Она представлена даже в нашем законодательстве. Я думаю, что власть, в каком-то смысле с испуга, переписала в российское законодательство много положений западных стандартов относительно прав пациентов и включила в Основы законодательства по здравоохранению право на информацию, право на выбор врача и т.д.

Сейчас, к сожалению, в связи с разворачивающейся войной против терроризма, возникает новая опасность, и мы видим как постепенно в научной жизни, в биомедицинских исследованиях начинают превалировать те самодовлеющие государственные национальные интересы, которые были раньше. Это общая тенденция.

В новой этике, основанной на идеи прав пациентов в медицине, центральным пунктом является принцип добровольного информированного согласия. У нас в Основах здравоохранения записано право, о котором мало кто знает. Некоторые врачи узнают об этом, когда получают иски в суд и сталкиваются с огромными проблемами из-за того, что не информируют пациентов должным образом, проводя те или иные процедуры. Правило звучит очень просто: любое медицинское вмешательство может проводиться только на основе добровольного информированного согласия пациента. Закон предполагает, что у этого правила есть ограничения, и в области психиатрии этих ограничений больше, чем в других областях. Но в таких случаях всегда выступает следующая идея: если пациент сам не может дать согласие на какое-то мероприятие, то мы должны просить согласия у его родственников, у тех, кто представляет его интересы.

Очень важное обстоятельство, совершенно новое в этике современной медицины, — представление о том, что понять благо в конкретной медицинской ситуации нельзя только с врачебной позиции. Врач понимает медицинский аспект страдания, но страдание многомерно. В него включаются и личные, и социальные параметры. Для того, чтобы понять благо пациента или общества, нужно подходить к оценке этого феномена комплексно, привлекая людей разных профессий и обычных граждан. Эта идея получила свое развитие в формировании этических комитетов.

Этические комитеты впервые начали появляться в США в начале 60-х годов. Первый этический комитет был создан в г. Сиэтл, когда появились первые аппараты искусственной почки. Поскольку большое количество пациентов нуждалось в этих аппаратах, а количество аппаратов было ограничено, и они были очень дороги, врачи столкнулись с проблемой, кому их давать. Предоставить такое лечение, значит, дать шанс кому-то спасти, не предоставить — фактически,

обречь на смерть. В этой ситуации врачи впервые обратились за помощью к специально созданному комитету. Они не могли обратиться к какому-то одному эксперту по моральным проблемам, потому что экспертов оказалось много, и они все разные: есть христиане, есть буддисты или сторонники кантианской этики, сторонники прагматизма, каждый из которых может по-своему трактовать то, что происходит.

В плюралистическом американском обществе возникла идея, что мы должны решать эти проблемы совместно. Они организовали комитет для решения подобных проблем, возникающих в науке и практической медицине. Впоследствии эта система стала распространяться, и сейчас она во всем мире институциализируется. Этические комитеты существуют при Всемирной организации здравоохранения, при правительствах разных стран, при президентских администрациях, при медицинских обществах. Например, при Международной программе "Геном человека" существовал свой этический комитет, который решал, каковы должны быть нормы проведения исследований и использования результатов. Аналогичные комитеты существуют при исследовательских институтах. У нас эта форма регулирования медицинских исследований не институциализирована, но первые ростки такой регуляции намечаются. Часто они носят имитирующий характер, поскольку создание этических комитетов требуется для проведения клинических испытаний новых лекарственных средств. В ряде мест мы видим попытку создания таких структур для решения конкретных проблем. Более подробно о принципах новых современных регуляций, я думаю, вам расскажет в своем выступлении Борис Григорьевич Юдин, который участвует непосредственно в разработке новых стандартов для медицины на уровне Совета Европы и других международных организаций. Я свое выступление хотел бы заключить, обозначив некоторые проблемные узлы отечественной медицины.

Один из наиболее болезненных узлов, это то, что российская медицина застряла на перепутье. С одной стороны, мы видим своеобразную медразверстку, по аналогии с продразверсткой, когда у крестьянина насильно забирают плоды его труда и за бесценок разда-

ют населению. С другой стороны, идет формирование своеобразного базара, в правовом смысле не отрегулированного, какого-то привокзального "толчка", на котором можно приобрести непонятно какого качества медицинские услуги. А порой даже проявление врачебного рэкета по принципу: хочешь жить — плати. Сформировалась такая взаимодополнительная система взаимной несправедливости, когда с одной стороны, общество хочет за бесценок использовать высококвалифицированный труд, а с другой — люди в белых халатах, пользуясь критическим положением пациента, готовы содрать с него последнее. Выход из этой проблемы — в переосмыслении нового положения медицины в нашем обществе, в котором, я думаю, будут обязательно участвовать независимые психиатры. В обмен на признание естественных прав врачебного сословия на достойную оценку труда общество должно получить соответствующие гарантии. Это новый социальный контракт, о котором легко говорить, но на практике очень трудно сделать. Однако, как регулятивная идея такой подход обязательно должен присутствовать.

Второй важный момент. Мы видим, что после замешательства 90-х годов, когда в нашу Конституцию и во многие законы были инвестированы в основном из-за рубежа очень хорошие принципы, защищающие права отдельных граждан, в том числе пациентов, сейчас идет определенный откат. Делаются попытки на уровне Думы переписать законы с тем, чтобы урезать правовые основы соблюдения прав пациентов. Эта часть прав человека в нашем обществе редко попадает в обзор, но она существенна, потому что структурирует жизнедеятельность общества на микросоциальном уровне. Как люди привыкли относиться к себе в ситуации страдания, такие типы отношений они проецируют, оказываясь и в более широкой ситуации. Если эта микросоциальная телесность не будет изменена на основе правозащитной идеологии, то и верхние этажи не будут достроены до конца. Я считаю, что в условиях стабилизации и усиления административной бюрократической вертикали, наша задача состоит в том, чтобы крепить и развивать каждого на своем посту именно правозащитную идеологию, чтобы иметь шанс свободно говорить об этом и стремиться к этому.

**Борис Григорьевич Юдин,
член-корреспондент РАН, директор Института человека РАН**

Большое спасибо за приглашение участвовать в этом собрании, которое я считаю очень важным.

То, что до сих пор говорилось выступавшими, показывает важность заявленной темы. Сошлюсь сначала на то, что говорил Юрий Сергеевич, открывая съезд: про 15 лет, которые держались, а теперь еще 15 лет надо держаться. У меня, может быть, даже бо-

лее мрачное восприятие того, что происходит в нашей стране.

Я являюсь представителем Российской Федерации в Руководящем Комитете по биоэтике Совета Европы. Руководящий, это значит, что он разрабатывает такие документы, которые являются юридически обязывающими. То есть, каждая страна, а Россия являет-

ся членом Совета Европы, должна включить положения этих документов в свое законодательство.

Важнейшим документом является Конвенция Совета Европы по биоэтике. Полное название — Конвенция о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с прогрессом биологии и медицины. Эта конвенция была принята в 1997 году, и из сорока пяти стран больше тридцати ее уже подписали. Значительная часть стран ратифицировала Конвенцию. Однако в России эта тема совершенно не приоритетная, даже на уровне профессионального медицинского сообщества, на уровне Комитета здравоохранения Госдумы. Неоднократно принимались какие-то резолюции, были какие-то согласования, никто из ведомств вроде не возражает, однако никакого движения вперед не происходит. Есть страны, которые по каким-то соображениям не присоединились к Конвенции, но обозначили свою позицию. Германия, например, считает, что там слишком мягкие нормы защиты прав человека, поэтому она не подписывает. В Великобритании, наоборот считают, что какие-то вещи чересчур жесткие, и тоже не подписывают. Что касается России, то два раза в год мне приходится говорить, что идет процесс согласования. Для меня это показатель отношения властей, бюрократии к тематике защиты прав человека и человеческого достоинства.

Сейчас говорят о том, что в России труд человека ценится в разы ниже, чем в других странах. Есть оценки, что в себестоимости доля зарплаты в четыре раза меньше, чем в других странах. Это показатель отношения к человеку в нашей стране. Говорят, что мы должны производить конкурентоспособную продукцию. Это уже стало лозунгом, исходящим от Правительства. Колossalный ресурс для того, чтобы продукция была конкурентоспособной, — не платить тем, кто ее производит достаточных средств. Тогда ее можно будет дешево продавать на мировых рынках.

Юрий Сергеевич представил меня, как директора Института человека Российской академии наук. Этот Институт академическое начальство сейчас ликвидирует. Говорят, что проблематика какая-то непонятная. Шесть или семь институтов занимаются социологией, и это в порядке вещей. Все занимаются человеком, а потом получается, что образовательному ведомству это нужно как единица, под которую они получают ресурс, медицинским ведомствам — то же самое. Получается, что все занимаются человеком, а ему от этого ни то, что ни жарко, ни холодно, а скорее и жарко, и холодно.

Последний документ, который был принят нашим Комитетом по биоэтике Совета Европы, касается психиатрии. Это Рекомендации Комитета министров странам — членам Совета Европы относительно защиты прав и достоинства лиц с психическими расстройствами. Этот документ еще не стал открытым, потому что Комитет министров должен принять его

на рассмотрение. Но я надеюсь, что это будет сделано. Могут быть какие-то косметические поправки, и он пока еще ограничен в распространении. Документ носит рекомендательный характер. Его юридический статус не такой значимый, как статус Конвенции, и странам — членам Совета Европы не требуется подписывать Рекомендаций. Тем не менее, после того как они приняты, появляется возможность контроля того, как Рекомендации выполняются, возможен внешний контроль того, как защищаются права и достоинства лиц с психическими расстройствами.

Рекомендации готовились на протяжении примерно десяти лет, и на последней стадии активное участие принимал российский представитель — юрист Светлана Вениаминовна Полубинская. В этом документе зафиксированы многие нормы, которые являются продуктом развития правоохранной деятельности в сфере психиатрии.

Не только в России и бывших Советских республиках существуют проблемы с психиатрией, проблемы с соблюдением прав пациентов. Везде жалуются, что выделяется недостаточно средств на психиатическую помощь. Но в каких-то аспектах ситуация у нас более сложная.

В преамбуле документа отмечается, что по данным ВОЗ на всем земном шаре каждый четвертый человек на протяжении жизни, так или иначе, страдает психическими расстройствами, говорится об особой уязвимости людей с психическими расстройствами. Рекомендации направлены на то, чтобы защитить права и достоинства этих людей.

Рассматриваются механизмы такой защиты. Первое — законодательные меры. Второе — необходимость независимой экспертизы, независимого мониторинга того, как функционируют службы психиатрической помощи. И третий механизм — это профессиональные стандарты самого медицинского сообщества, тех, кто занят оказанием психиатрической помощи.

К Рекомендациям есть еще пояснительный доклад, и было бы хорошо опубликовать его в психиатрических журналах. Я расскажу только о некоторых положениях и прокомментирую их.

Статья первая говорит о том, что особое внимание в Рекомендациях уделяется тем, кто подвергается принудительному лечению или принудительному содержанию. Дальше речь идет о том, что сама по себе недостаточная адаптация к моральным, социальным, политическим или другим ценностям общества не должна считаться психическим расстройством. Такая практика использования психиатрии в политических целях должна исключаться. Подчеркивается значимость того, чтобы лицо с психическими расстройствами не исключалось из социальной жизни, потому что это один из самых главных факторов, от которых страдают лица с психическими расстройствами.

Следующий важный аспект касается гражданских и политических прав лиц с психическими расстройствами. В докладе говорится, что само по себе психическое расстройство не может быть основанием для ограничения гражданских и политических прав.

Следующая важная норма — это то, что лица, которые лечатся от психического расстройства, должны быть в обязательном порядке информированы о своих правах и о том, каким образом они эти права могут защищать. У каждого больного должен быть доступ к какому-то компетентному лицу или органу, независимому от психиатрической службы, которые могут помочь в понимании и реализации своих прав.

Следующая норма — достаточно известная — принцип наименьшего ограничения в смысле социальной среды, в которой находится пациент, и в смысле лечения, которое должно быть как можно менее инвазивным.

Особое внимание уделяется профессиональным стандартам. В частности, персонал психиатрических служб должен получить подготовку в том, что касается защиты достоинства, прав и фундаментальных свобод лиц с психическими расстройствами. Прописаны особые обязательные нормы, которые должны соблюдаться при принудительном лечении и содержании лиц с психическими расстройствами.

Есть специальная статья, согласно которой должна контролироваться продолжительность этих ограничений, и какие-то независимые структуры должны санкционировать длительность содержания больных.

Важной нормой является то, что касается специфического лечения, когда предполагаются необрати-

мые физические изменения у пациента. В качестве примера упомяну о том, что делается в Санкт-Петербурге, где лечат от наркомании, залезая, грубо говоря, в мозги пациенту. Эта практика считается устаревшей, но к нас ее кое-где еще используют. Между тем, полагается целая совокупность мер, направленных на то, чтобы лечение проводилось в соответствии с законом и обязательно всегда получало этическую оценку, опиралось на принцип наименьшего ограничения. Должно быть обеспечено второе независимое медицинское мнение, подтверждающее необходимость такого вмешательства. И, наконец, лечение должно проводиться в соответствии с приемлемыми клиническими протоколами, отражающими международные стандарты и меры предосторожности.

Заключительный раздел этого документа касается того, как должны действовать службы мониторинга, как защищаются права, достоинство и фундаментальные свободы лиц с психическими расстройствами.

Завтра будет заседание, посвященное обсуждению необходимых изменений и дополнений к Закону о психиатрической помощи. В Рекомендациях говорится, что нормы Рекомендаций должны быть использованы странами — членами Совета Европы в своем законодательстве и в практике оказания психиатрической помощи. Я думаю, что имело бы смысл учесть какие-то из изложенных в Рекомендациях норм при обсуждении изменений и дополнений в существующий Закон о психиатрической помощи.

Анатолий Иванович Антонов, профессор, зав. кафедрой социологии семьи, социологии здоровья и социологических проблем в социальной политике

Благодарю за приглашение. Это прекрасный повод поговорить о своей профессии — социологии. Так сложилось, что социология, это междисциплинарная по сути своей наука, хотя имеет совершенно специфический подход к исследованию социальных явлений и процессов.

Начав свою работу в социологии в 1967 году в качестве социолога и социального психолога на автомобильном заводе им. Лихачева, я сразу же стал соприкасаться с целым рядом проблем, в том числе касающихся соотношения политики и науки. Влюбленный в науку социометрию, которую мне открыл Московский университет, я пришел в единственном числе на завод им. Лихачева и пытался там проводить социометрические исследования. Проработав несколько месяцев, я вынужден был записывать свои интервью. Я работал в рабочих бригадах и проводил исследования среди рабочих, а не среди инженерно-технического персонала. Я вынужден был вспомнить, что

когда то изучал стенографию и стал стенографически зашифровывать интервью с рабочими.

У нас было немного университетское, искаженное мнение о том, что такое советский пролетариат, и я был в пленах этих иллюзий. А когда столкнулся с живыми людьми, не очень образованными, но весьма мудрыми, на мой взгляд, имеющими свое отношение к жизни, я был перепуган, я думал, как бы не испортить жизнь этим людям, если случайно мои интервью с ними окажутся достоянием каких-то властных структур. Когда я первый раз я пришел в механосборочный цех и разговаривал с начальником цеха, он мне заявил: “Что ты, молодой пацан, закончивший Московский университет, можешь мне сказать про цех, в котором я работаю больше двадцати пяти лет, где я каждого знаю досконально, где у меня масса проблем? Чем ты можешь мне помочь?”. А цех был очень сложный. Например, было нескладное расположение в цеху, и люди часто простужались. Я не был

уверен, что смогу чем-то помочь, но, следуя букве социологического закона и пытаясь квалифицировано исполнять свои профессиональные обязанности, я провел несколько исследований, через несколько месяцев написал отчет и принес его начальнику цеха. Начальник цеха, умудренный опытом своего общения с людьми, прочитал его и взял с собой на какое-то совещание в министерстве. Там он выступил, выступил достаточно откровенно, сказал, что прочитал исследование и понял, что ничего не знает про сотрудников своего цеха, зачитал кое-что из моего отчета и привлек внимание министерского начальства и начальства автозаводского. В ту пору секретарем парткома завода им. Лихачева был Аркадий Вольский, ныне всем известный председатель Союза предпринимателей. Вольский вынес этому начальнику цеха строгий выговор по партийной линии. После того, как начальник цеха “засветился” с моим исследованием на высоких уровнях, мое положение на ЗИЛе стало весьма проблематичным. У меня в Партбюро случайно оказался друг, который пришел ко мне и сказал: “Все твои выступления на заводе, все, что ты делаешь и говоришь, записывается и контролируется, и мой тебе совет, бежать отсюда скорее, пока что-нибудь не случилось”. Я воспользовался этим советом и убежал в Академию наук в Институт социологии.

К чему я все это говорю? То, что произошло в 1990-е годы, для социологов — манна небесная. Впервые создалась возможность заниматься настоящими исследованиями, при том целыми коллективами исследователей, а не одиночками. Для социологов совсем не характерна одиночная работа. Социология — это большая работа большого коллектива людей. Не случайно, что в советское время среди социологов практически не было диссидентов. Невозможно провести всесоюзное, всероссийское исследование не получая разрешения на эти опросы, не входя в контакт с властью. Поэтому надо было идти на компромисс и ученым, и чиновникам, которые разрешали или не разрешали эти исследования. Во всяком случае, эта коллективная деятельность была связана с целым рядом тех обстоятельств, о которых в учебниках по социологии не писали. Вся советская социология, начиная с 60-х годов, когда официально ее разрешили, была в отличие от работы профессионалов в медицинском мире, связана не с тем, что составляет основу основ нашей работы — исследованиями, а была связана с изучением методик проведения исследования. И книги мы писали, и студентов учили тому, как надо проводить исследование: тщательно, дотошно, используя изощренные хитроумные методы разного рода и тесты, но не проводя самих исследований как таковых. Потому что, если эти исследования выходили на необычный результат, то они закрывались и не были доступны ни для кого. Многие социологи в этой ситуации заранее подстраивались под те данные, которые жаждали от них увидеть и услышать.

В 1990-е годы ситуация изменилась в смысле свободы проведения исследований и их публикаций. Чтобы нам сейчас провести всероссийское исследование, опросить респондентов по всем регионам, нужно примерно 50 – 60 тыс. долларов, чтобы сделать квалифицированное исследование. Зарубежные фонды грантов на проведение исследований не дают. Поэтому социологи выкручиваются, как могут. Здесь возникает много моральных проблем, но об этом не хотелось бы говорить, потому что это проблемы совести каждого отдельного человека. Они были острыми и актуальными в советское время, точно также они возникают и сейчас.

Пользуясь дурной славой прямого человека, я приведу конкретный пример. Несколько лет назад ко мне обращается один знакомый и говорит, что есть американская фирма в районе Белорусского вокзала, которой нужно построить новый супермаркет. Надо провести исследование с выяснением возможной реакции населения на появление нового магазина. При том нужно это сделать за две недели и стоит это удовольствие 15 тыс. долларов. Я знаю, что для того, чтобы провести такое исследование и выяснить установки населения, надо как минимум 3 – 4 месяца. Естественно, мы, я и наша кафедра, отказались. Но нашлись люди, которые все это сделали. Как это делается? Создается фиктивное социологическое исследование, которое не проводилось нигде и описываются результаты этого исследования. Люди получили за это деньги. Об этом говорить неинтересно, потому что это личная проблема каждого человека.

Если говорить о проблемах, которые связаны с социологией как с наукой, которая при своем возникновении именовалась социальной физикой, то можно сказать, что сейчас социология — это та же самая врачебная деятельность, только связанная с какими-то болячками общества, и поскольку эти болячки затрагивают всех, то социолог, в отличие от врачей, заранее обречен на негативное отношение к своей деятельности и со стороны своих клиентов, и со стороны людей, которые должны пользоваться результатами этой социологической работы.

Мы работаем в атмосфере, которая привела к появлению в мировой социологии феноменологического направления или этнometодологии. Первый принцип этнometодологии — принцип феноменологической редукции. Нужно постараться редуцировать все имплицитные конвенциональные предпосылки, которые отличают данного социолога при исследовании той или иной проблемы от каких-то других исследователей, те предпосылки, которые могут прямо повлиять на постановку научных задач, на интерпретацию полученных данных. И если это правило соблюдается, то читатель или человек, который пользуется результатами этого исследования, сможет сам осуществить эту сортировку и отделить зерна научной истины от того, что связано с чисто человеческим факто-

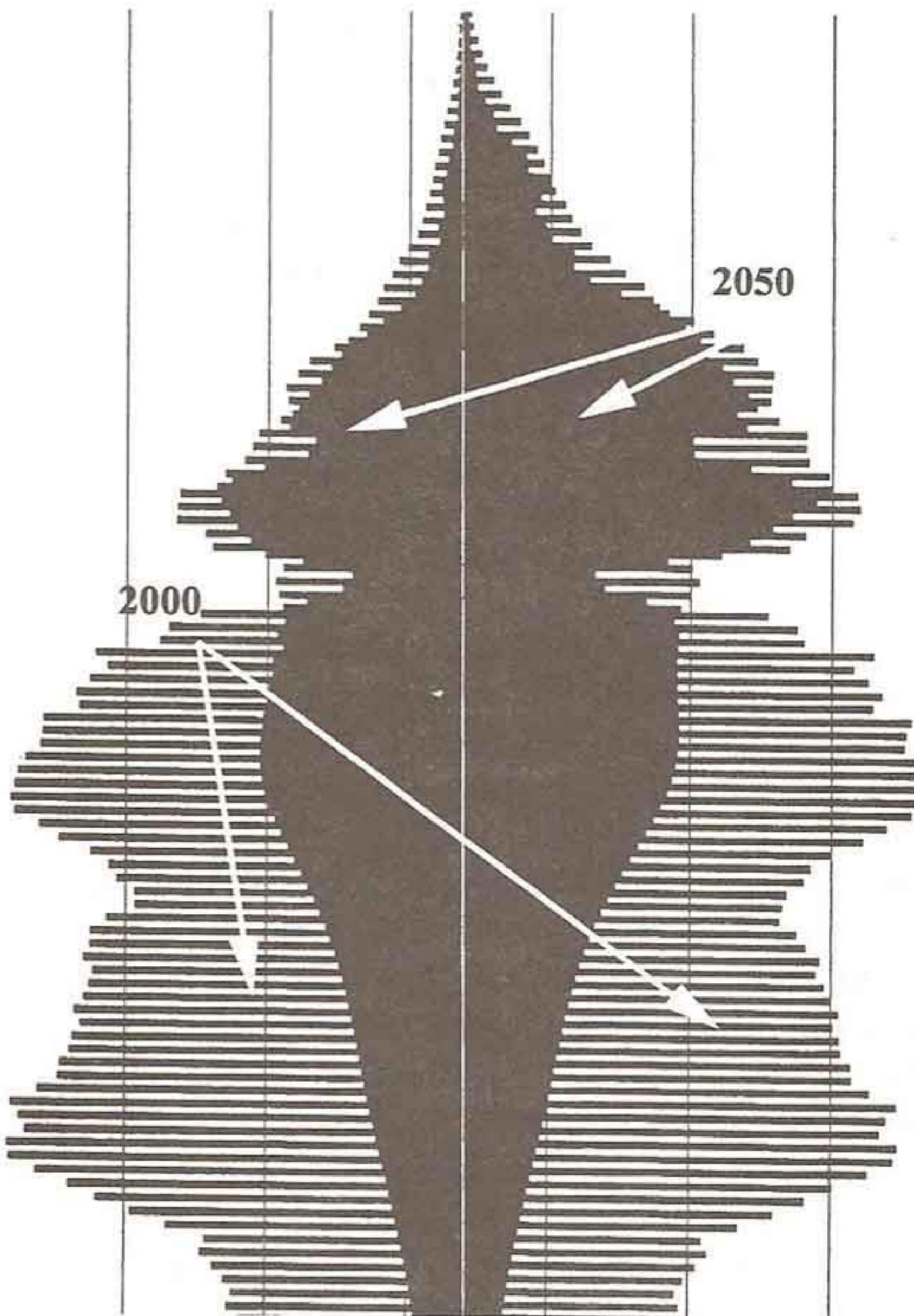
ром, с влиянием социолога как человека на результаты его исследований. Это самая главная проблема, с которой мы сталкиваемся.

Наша кафедра называется — Социология семьи, социология здоровья и социологических проблем в социальной политике. Мы работаем на стыке социологии, экономики, медицины и демографии. Одна из важнейших проблем, о которой я в связи с принципом феноменологической редукции хочу поговорить, это проблема, связанная с тем, как воспринимается в такой стране, как Россия, то, что с ней происходит, если отрешиться от всякой политики, а заинтересоваться чисто социально-демографическими процессами. Я взял с собой нашу последнюю книжечку, здесь нарисована демографическая пирамида (см. рис.).

Черным нарисована демографическая пирамида России, которая будет в 2050 году, а штриховые линии, которые выходят за пределы этого черного силуэта, эта нынешняя демографическая пирамида России 2000 года. Внизу — рождающееся поколение, середина — 10–15 лет, дальше идет зрелый возраст, дальше пожилой возраст, а верхушка, это старше 60 лет, так называемое постарение населения. Черная фигура — старое население России в 2050 году по наиболее вероятному прогнозу.

В своей книге мы проанализировали примерно 150 прогнозов, которые сделаны экспертами ООН, демографами французского института демографии, демографического института номер один в мире, учитываются прогнозы различных организаций у нас в России. Получается, что независимо от того, что завтра мы с вами начнем делать все вместе как граждане, независимо от того, что будут делать различные ассоциации, Правительство, партии, общественные движения, все равно к 2050 году от России останется не более 80 миллионов, если воспроизведение населения будет регулироваться так, как это происходит сейчас. Здесь предполагается, что будет та миграция и те миграционные потоки, которые наблюдаются в настоящее время. Наша страна непривлекательна для высококвалифицированных мигрантов, поэтому из стран Европы к нам не едут. Но поедут из других стран, для которых мы довольно привлекательная страна. По сравнению с Индией, например, у нас уровень жизни в несколько раз выше. Из ближнего и дальнего зарубежья приток все время сокращается, и в прогнозы заложена именно эта тенденция. 80 миллионов от нынешних 145 миллионов — это результат при нынешнем развитии событий. В демографии одно поколение, это 30 лет. Таким образом, 2050 г. — это меньше, чем два поколения, это ближайшее демографическое будущее.

Нашей кафедрой сделан расчет, что если, начиная с 2005 года, Правительство и все общественные движения в стране начнут делать все, что нужно с точки зрения науки, чтобы ликвидировать депопуляцию, то самый оптимистический прогноз, говорит, что население России все равно будет сокращаться. Я говорю



это как сопредседатель Лиги борьбы с депопуляцией. Главная причина депопуляции — кризис семьи. Люди не хотят вступать в брак и обзаводиться несколькими детьми. Чтобы страна депопулировала, совсем не нужно, чтобы все отказались от брака и от детей, вполне достаточно иметь одного ребенка в семье, и тогда каждые 25 лет исходная численность населения будет уменьшаться в два раза. Если сейчас у нас в стране 1,3 ребенка на одну женщину, то в ближайшее время этот коэффициент опустится ниже единицы. Получится то, что происходит во многих городах России, где суммарный коэффициент рождаемости 0,8–0,9 уже сейчас.

Мы проводим исследования установок с использованием довольно изощренных психологических методик, где люди не догадываются, о чем их спрашивают. Эти исследования показывают, что каждые 30 лет уменьшается установка на число детей в семье. Причем мы проводим исследования среди детей в начальных классах школы. Нынешние опросы показывают, что репродуктивные установки наших детей на будущее число детей в их будущих брачных союзах на 0,3–0,5 ребенка меньше, чем у нас с вами. Это говорит о том, что если мы начнем проводить работу, то получим первый результат в лучшем случае к 2051 году, когда нам удастся переломить нынешнюю тенденцию, и суммарное число рождений на одну

женщину начнет только немножко увеличиваться с 2051 года, и лишь к 2080 году мы вернемся к нынешней численности — 145 миллионам, которые имеем сейчас. А в 2051 году численность населения России, даже если мы будем за эти оставшиеся 45 лет проводить мощную просемейную политику, все равно сократится до 105 миллионов. Первый вопрос, который мне задают, когда я говорю об этой проблеме на разных научных заседаниях: “А сколько у Вас самого, дорогой товарищ профессор, детей?”. Это массовая реакция населения, которое по разным причинам до 60-х годов было вынуждено практиковать малодетность, а начиная с 60 – 70-х годов по знаменитой теории когнитивного диссонанса Фестингера, население было обречено признать малодетность тем самым результатом, которого они сами страстно желают. Люди как бы сами себя убеждают, что они именно этого и хотели. Мы сталкиваемся с тем, что однодетность, а еще несколько лет назад двухдетность, воспринимаются как результат, который люди сами выбрали. Мы пришли к этому вынуждено, в результате многих социальных процессов, которые происходили у нас в стране. Европа пришла к этому за 250 лет, у нас это все сложилось буквально за 50 лет, начиная с 50-х годов.

Мы сейчас сталкиваемся с крайне негативным общественным мнением по отношению к тем результатам, которые получаем, в том числе со стороны правительственные организаций, которые призваны принимать решения по поводу этой проблемы. Мне приходилось несколько раз выступать на правительственные собраниях в качестве эксперта. Я и сейчас эксперт Совета Федерации по проблемам демографии. Раньше у советских чиновников было желание спрятать результаты исследований как можно дальше, не принимая никаких решений по поводу полученных данных. Также и сейчас имеется явное стремление отмахнуться от депопуляции, от сокращения рождаемости, от этого народа со сверхнизкой рождаемостью и не принимать никаких решений. Активизируется масса ученых, наших же коллег, которые говорят о том, что сокращение рождаемости необратимо, это неизученный загадочный процесс, и единственное, что можно противопоставить этому, это завозить мигрантов из других стран. Я не хочу называть фамилию известного ученого, который часто мелькает на экранах телевизоров и пользуется авторитетом в чиновничих кругах. Он говорит, что если мы теряем 70 миллионов населения, то 70 миллионов мы должны завезти из других стран. Каждый год в Америке проводятся форумы по семейной демографической политике, поскольку американцы обеспокоены уменьшением белого населения. Общая численность американцев растет, а доля белого населения сокращается. Это проблема касается и США, страну, которая создана для того, чтобы принимать мигрантов и благожелательно к ним относиться. Но даже там мы уже сталкиваемся с тем, что появляется предубежде-

ние против мощных потоков мигрантов. В Европе те же самые процессы. Приезжайте в Лондон, в Париж, Берлин и увидите массу людей, которые носят на себе признаки явно некоренного населения. Это прямой результат депопуляции. Рабочие места необходимы в современном производстве, но они не занимаются коренным населением, которое вымирает. Эта проблема социологов и демографов, которые в этой ситуации, являясь возмутителями спокойствия, должны идти против течения и говорить о том, что получается по их исследованиям, какая вырисовывается картина при экстраполяции этой динамики на ближайшие десятилетия.

Неизбежна обратная реакция всего населения на результаты этих исследований, поскольку у него объективно нет ни экономической, ни социальной альтернативы малодетности. В этих условиях простые люди принимают эту единственно возможную форму семейной жизни, оправдывают ее и поэтому “в штыки” воспринимают любые рассуждения о том, что надо бороться депопуляцией, повышая рождаемость.

Очень часто население неправильно воспринимает результаты наших исследований. Они никак не могут понять, что мы призываем бороться с депопуляцией правительственные учреждения, а не само население. Мы говорим о том, что надо создать условия для того, чтобы люди имели возможность реального выбора.

В этой ситуации огромные массы ученых начинают вообще убегать из этой науки. Сейчас в России осталось максимум 15 – 20 человек с учетом аспирантов, которые занимаются демографией. У нас в стране только две кафедры, которые занимаются подготовкой такого рода специалистов. Успешные талантливые студенты туда не идут. Специалисты, которые помоложе, давно уехали. Трех аспирантов мы отправили в Америку. Года два-три пишут письма, что обязательно вернутся, а через четыре года мы их теряем.

Вот проблема профессиональных идеалов в реальной ситуации — занятие наукой, которая не поддерживается ни населением, ни научным сообществом, никакими правительственными академическими структурами.

У нас есть что-то общее с врачами. Общее в том смысле, что все люди считают себя врачами, дают друг другу советы, каждый начинает выполнять роль врача. В этом смысле мы с вами близки. Все люди, поскольку они живут социальной жизнью, как бы социологи. Отличие состоит в том, что какая-то высота вашей научной планки поддерживается в разных структурах, разными организациями. Мы же оказались в ситуации, когда все против нас.

В начале 1990-х годов я радовался, что огромное количество преподавателей научного коммунизма, которые изображали из себя социологов и социальных ученых, из-за того, что стали платить плохую зарплату, убежали.

Нет никакого стимулирования научных исследований. Мы проводили исследование для Минтруда, которое выступало посредником, а фонд Организации Объединенных Наций по народонаселению дал деньги на опрос тысячи населения. Причем, деньги очень маленькие. Я договариваюсь в регионах с людьми, которые хотят защищать диссертации по социологии не только по нашему направлению, но и в смежных областях, а наша кафедра, наши сотрудники, выступают в роли оппонентов. Мы пишем положительные отзывы на эти диссертации. Вы можете

нас обвинять сколько угодно в этом аморализме, но у нас нет другого выхода для проведения исследования. В результате я получаю от такого региона 100 – 200 заполненных анкет, которые стоят очень дорого.

Ситуация, которая обсуждается на вашем съезде, — это этика поведения ученого, профессиональные идеалы и новая действительность, которая сопротивляется научным исследованиям. Пример того, как это выглядит в той области социологии, которая занимается демографическими процессами и институциональным кризисом семьи, я вам обрисовал.

Александр Генрихович Гофман, профессор, руководитель отдела Московского НИИ психиатрии

Я благодарю за приглашение участвовать в юбилейном съезде, поскольку Независимая психиатрическая ассоциация России занимает видное место в отечественной психиатрии. Все, что издается, представляет огромный интерес для психиатров. Большой популярностью пользуется Независимый психиатрический журнал. В одной из больниц, где я был, главный врач опросил врачей, что они читают. Оказалось, что Независимый психиатрический журнал читается в первую очередь. Я думаю, это связано с тем, что много пишется о правах наших больных. Имеются великолепные публикации, касающиеся юридической стороны этого дела, которая важна не только для нас, но и для сопредельных государств.

Я сегодня хотел бы поговорить об идеале врача, прежде всего врача-психиатра. Имеется в виду нравственный идеал, то есть представление о нравственном совершенстве, которое обычно выражается в представлении о личности, воплотившей такие моральные качества, которые могут служить высшим моральным образцом. В отечественной психиатрии были такие люди.

С того момента, когда возникла земская медицина, такие люди стали во многом определять поведение врачей и их представление о том, как надо жить и работать. Это представления о нравственности, о той системе норм и ценностных представлений, которые определяют и регулируют поведение человека. В отличие от простого опыта или традиций, нравственная норма обосновывается в виде идеалов добра и зла. Требования морали принимают форму безличного долженствования, поскольку они в равной мере обращены ко всем членам общества. С точки зрения морали безразлично, идет ли речь о Президенте страны или о человеке, у которого начальное образование. Эти требования носят относительно устойчивый характер, а их идейное обоснование — это представление о том, как следует жить и поступать.

Мораль изучается этикой и неслучайно в философской системе Канта этика, это наука о должном, а

исполнение норм морали, в отличие от права, санкционируется лишь формами духовного воздействия. Это значит, что мы либо одобляем, либо осуждаем те или иные поступки, поведение, и иногда и взгляды.

Отражение идеалов врачей нашло свое отражение, прежде всего, в клятвах. Самая древняя из известных нам клятв — Клятва Гиппократа, созданная за 400 лет до нашей эры. Столько лет прошло, а основные принципы остаются незыблемыми. Сменяются эпохи, взгляды, религии, но основные принципы, заложенные Гиппократом, сохраняются. Поразительно то, с чего начинает Гиппократ, — это отношение к учителям — “относиться как к родителям, а к их детям, как к братьям”. В наше время это звучит очень актуально. Часто к тем, кто был учителями, относятся совсем иначе. Когда учителя уходят из жизни, меняются взгляды общества.

“Не причинять вреда больным”. Это для Гиппократа было основным. “Быть справедливым в отношении больных”. А дальше — “не давать смертельных средств по просьбе больных”. Проблемы эвтаназии, которая возникла в наше время, для Гиппократа не существовало. Видимо, в этом обществе язычников существовали такие высокие нормы, что вопрос о том, можно ли убить человека, даже не стоял.

“Жить чистой и непорочной жизнью”. Таких слов сейчас не произносят. Для Гиппократа это было бесспорно. “Соблюдать врачебную тайну”. Уже тогда было понятно — то, что известно врачу, должно остаться с ним. И дальше — “Тому, кто соблюдает клятву — счастье в жизни и во врачебном искусстве”. Для Гиппократа медицина — искусство. А что будет преступающему Клятву? — “Бесславие и несчастье”.

Меняются эпохи. Прошло примерно лет пятьсот, воцарились религии: иудаизм, христианство, мусульманство. Многобожие сменилось единобожием. И вот Маймонид создает молитву, о чем врачу просить Бога. Во-первых, веры во врача и его искусство. Видимо уже тогда было понятно, что без веры во врача ничего не получится. А для нас это особенно важно,

когда речь идет о пограничных состояниях. Просить Бога, чтобы больной соблюдал советы врача. А дальше — терпеливость и спокойствие, умеренность во всех суждениях и действиях, сила воли и способность расширять познания. А потом следует поразительная способность предвидения — “Неуязвимость к несправедливым обвинениям”, “Готовность стоять за истину, не взирая на звания, внешность и возраст врачей”. Такое ощущение, что провидец знал, что может произойти, и как это будет необходимо для того, чтобы сохранить свое достоинство и честь.

Проходят годы, и возникает Обещание и Факультетская Присяга начинающих врачей в России до 1917 года. Она начинается с очень интересной фразы: “Ничем не омрачить течение жизни и честь врачебного сословия”. Видимо, во второй половине девятнадцатого века, когда появилась земская медицина, честь врачебного сословия была настолько важна, что с этого и начинали клятву. “Помогать страждущим, хранить семейные тайны больных, не злоупотреблять доверием больных, изучать врачебную науку и всячески способствовать расширению медицинских познаний, быть справедливым к товарищам, не оскорблять их”. Дальше следует удивительная фраза — “...но если требует польза больного, говорить прямо и без лицемерия”. Иными словами, приоритет — польза больного, а не корпоративный интерес. Ну и, естественно, “прибегать к советам более опытных коллег”. К этой клятве существовал еще и регламент, удивительный документ, с которым знакомились и оканчивающие высшие учебные заведения, и которое нацеливало их на определенный путь врачевания, определяя многие обязанности. Там говорилось, что никто, кроме дипломированных врачей, не имеет права заниматься врачебной практикой. Теперь врачебной практикой занимается кто угодно. Достаточно посмотреть газету объявлений: какие-то маги, академики магии, все оказывают врачебную помощь. Каждый практикующий врач обязан по приглашению больных являться для оказания помощи. Этот принцип в Регламенте не был просто декларативным. Один раз не явился — штраф, второй раз не явился — более крупный штраф, а третий раз — арест до трех месяцев. А дальше: “При грубых врачебных ошибках — отречение от должности и повторная сдача экзаменов”. Прекрасный принцип, гарантирующий, чтобы оказывали помощь квалифицированные люди. Дальше очень важная вещь — “Врачи на государственной службе не имеют право требовать от неимущих платы за свой труд”. Этот принцип был характерен в дореволюционной медицине. Когда имелось дело с неимущим, грабить и требовать деньги нельзя. К сожалению, этот принцип сейчас не всегда соблюдается.

В клятве врачей в мединститутах особых дополнений не было, за исключением двух: “Руководствуясь принципами коммунистической морали” и “добросовестно трудиться там, где это требуют интересы

общества”. К сожалению, эта клятва и все, что было в ней написано, заимствованное из клятвы Гиппократа, в жизни претерпевала существенные деформации.

Как же определить, что такое — врачевание? Ведь самое главное, это понять предмет, которым занимается врач и врач-психиатр. С точки зрения Гиппократа, это искусство. А представители кидской школы считали, что основное — это наука. Поэтому основное для них была диагностика. Конечно, для нас позиция Гиппократа более приемлема. Потому что врачевание — это не только диагностика, но и лечение, и отношение к больному. А врачебное дело, это профессия, избранная по призванию, и одновременно, специальность, требующая искусства. Это очень хорошая формулировка, предложенная покойным доктором Рыбальским.

Что же главное с точки зрения многих врачей? Это, прежде всего, умение общаться с больными. Здесь, видимо, самое важное произнесли не психиатры, а врачи, занимающиеся соматической медициной. Когда я учился, то услышал основной принцип взаимодействия с больным не от психиатра, а от хирурга. Профессор Левит произнес на лекции всего одну фразу: “Когда перед Вами больной, то Вы должны представить, что на его месте Вы сами или очень близкий Вам человек. И в соответствии с этим строить свое лечение”. А вот, что говорил об этом Спасокукоцкий — один из крупнейших хирургов: “Задача врача — очаровать больного, так как только очарованный больной будет выполнять советы врача”. Очень глубокое понимание того, какие взаимоотношения возникают. Для психиатров это особенно важно. Конечно, важно и другое, — умение отделять главное от второстепенного, обобщать факты и на этом основании точно диагностировать, выбирать наиболее точную терапевтическую тактику. Но начинается все с проблем взаимоотношения с больным.

Профессия врача понималась в древности не совсем так, как сейчас. Врач всегда был хранителем здоровья и жизни людей. Но в древности он считался ученым, философом, мудрецом. Из Греции пришла формулировка: “Врач-философ подобен Богу”. Поэтому я думаю, что не случайно в Независимом психиатрическом журнале уделяется так много внимания общемировоззренческим и философским проблемам. Гиппократ считал идеалом врача — врача-мудреца. Но что он понимал под мудростью? Это, прежде всего, презрение к деньгам, совестливость, скромность, уважение к другим, способность к глубоким суждениям, решительность, отвращение к пороку, отрицание суеверного страха перед богами, а во внешнем виде и облике врача — простота в одежде и опрятность. По существу Гиппократом заложены принципы медицинской деонтологии. То есть, совокупность этических норм выполнения своих профессиональных обязанностей. Хорошим врачом может быть только тот, кто чувствует призвание к этой деятельности. Потому

что деятельность врача не может сводиться только к диагностике. В основе призыва врача лежит многое. Это интерес и способности к естественным наукам. Для психиатра это интерес к гуманитарным наукам. Большое значение имеет влияние семьи. Поэтому так много хороших врачей-психиатров вышли из семей, где кто-то из родственников был психиатром. Но это и особенности характера: доброта, человеколюбие, готовность к самопожертвованию, упорство в достижении цели и ряд других качеств. Конечно, формирование врача-психиатра, в том числе и нравственных норм, это длительный процесс. Это и приобретенный опыт, и стремление к совершенству. Многое определяется возможностью общения с коллегами, с более опытными врачами. По моим жизненным наблюдениям, если врач проработал в другой области лет десять-двенадцать, то психиатром он становится крайне редко. Изменить взгляды, привычки, взаимоотношение с больным уже не удается.

Какие же требования предъявляются к врачу-психиатру? Призвание к своей специальности, к лечебной работе. Тот психиатр, который может отказаться от своей специальности и перейти на другую работу, хоть если зарплата будет в десять раз выше, это не

психиатр, с моей точки зрения. Это достаточно высокий интеллект, общая эрудиция, эрудиция в пределах своей специальности, честность, совестливость, правдивость, доброта и любовь к людям, прежде всего, к больным, бескорыстие и трудолюбие.

А возможно ли объединение этого в одном человеке? В истории российской психиатрии таким человеком был Сергей Сергеевич Корсаков. Своим современникам он был знаком не только как создатель Московской психиатрической школы, как человек, описавший новую нозологическую форму, но еще он был известен как человек невероятно высоких моральных и этических качеств, человек удивительной доброты и справедливости. Когда кончается жизнь, то итоги можно подводить по-разному: сколько орденов, сколько званий. Но современники оценивают иначе. На могилах лучших из лучших появляются такие надписи: "Душевнобольных — слуга и друг" или "Ученый, мыслитель, психиатр, гуманист". Конечно, достигнуть этого очень трудно, но к этому надо стремиться. Стремление быть таким, и есть залог того, что мы будем оказывать настоящую помощь нашим пациентам.

**Валерий Николаевич Краснов,
профессор, председатель Правления Российской общества психиатров,
директор Московского НИИ психиатрии**

Уважаемые коллеги! Я признателен за приглашение участвовать в юбилейном съезде Независимой психиатрической ассоциации России. Но дело не в юбилее. Дело в том, что Независимая психиатрическая ассоциация, действительно, важный фактор развития российской психиатрии. Я думаю, что российской психиатрии в известном смысле повезло, что наряду с Российским обществом психиатров, которое, я надеюсь, по роду своей деятельности и по направленности своей деятельности в значительной мере отличается от Всесоюзного общества психиатров, здесь есть Независимая психиатрическая ассоциация России, с которой мы сосуществуем и для общего блага сотрудничаем.

К сожалению, мы являемся свидетелями представлений о развитии психиатрии как чего-то благостного, лишенного противоречий. На самом деле, психиатрия полна противоречий, и односторонними усилиями эти противоречия разрешить невозможно. Их вообще нельзя разрешить, и в этом залог развития психиатрии. Я последнее время стал замечать, что за рубежом эта благостность постепенно уходит, и начинаются более острые дискуссии, чем это было пять лет назад, когда все, вроде бы, определилось в границах психиатрии, и клинических, и правовых. Все знали, что надо делать, чего надо добиваться.

Сейчас этого нет. На последних больших конгрессах, на Европейском Конгрессе, ежегодном американском конгрессе психиатрии было много острых дискуссий, касающихся и нозологических, общеклинических проблем, проблем понимания психосоциальной модели, которая так или иначе прилагается к психической жизни, к личности пациента, к взаимоотношению пациента и тех, кто оказывает ему помощь, не только врачей, но и других специалистов, взаимодействию пациента с обществом. Эти проблемы требуют определенной остроты, а не сглаживания острых противоречий. От противоречий никуда не уйти, они заложены в самой практике нашей специальности.

Я бы не согласился с тем, что Людмила Михайловна Алексеева определила как наиболее значимый фактор в оценке психиатрии прошлых лет — 60-х, 70-х, 80-х годов — приписывание или не приписывание психической болезни той или иной крупной личности, индивидууму, выступающему с какой-либо политической декларацией, политической акцией. Дело не в диагностическом определении как таковом.

По-видимому, сейчас мы должны думать, как защищать права и достоинства тех, кто может быть признан психически больным. Само по себе психическое расстройство не изымает человека из общества, он

полноправный, за какими-то исключениями, член общества. Коллизия между необходимостью оказания помощи, необходимостью высказать диагностическое суждение и необходимостью отстаивать права того же самого индивидуума, этическая коллизия между правом пациента и необходимостью этической нормы для врача оказать помощь и автономией пациента не может быть решена ни Конвенцией, ни Рекомендациями. Решение этой коллизии должно меняться, видимо, с течением времени в соответствии с изменением общества, изменением общих этических норм жизни общества.

В этом отношении Независимая психиатрическая ассоциация России делает много того, что мы не успеваем сделать. И в этом, иногда, остром противопоставлении наших позиций, может быть найден правильный путь решения той или иной проблемы.

Например, у меня противоречивое отношение к политической деятельности. Я лично сторонюсь вовлечения нашей отечественной психиатрии в какие-либо политические акции. Юрий Сергеевич более политически ориентированный человек, он с правовых позиций больше вовлечен в политическую деятельность. Я думаю, что мы должны дополнять друг друга и должны быть доступны критике с той и с другой стороны. Эта критика должна правильно пониматься и приниматься.

Независимая психиатрическая ассоциация в значительной мере восполняет тот недостаток, которым отличается наше Российское общество психиатров. Мы меньше внимания уделяем мировоззренческим, философским, культурологическим аспектам, контекстам, в которых существует психиатрия. Психиатрия всегда стояла близко к мировоззрению, к философии. Независимая психиатрическая ассоциация поддерживает эту репутацию, и такая просветительская роль неоценима. Мы должны иногда задумываться, в каком культурном контексте мы находимся, осуществляя свою профессиональную деятельность.

Удачно назван съезд — “Профессиональные идеалы”, потому что идеалы очень уязвимая сторона нашей профессиональной деятельности. Недавно на заседании Московского общества психиатров были довольно острые дискуссии по поводу более-менее понятной клинической категории. Но докладчик правомерно затронул аспект современных философских взглядов, связанных с постмодернизмом и деконструкцией. Деконструкция коснулась идеалов, прежде всего, в психиатрии. Они не только размываются, им противопоставляются некоторые уродливые, с нашей точки зрения, образцы, которым предлагаются следовать.

Философские школы, прежде всего, французская философская школа, вводя деконструктивные концепции, исходили из вполне научных академических позиций. Эти концепции существенно повлияли на правовые и этические нормы нашей жизни, и влияют

на нашу профессиональную деятельность, которая пока сохраняет те устои, которые упомянул Александр Генрихович Гофман, устои, сформулированные еще Гиппократом. Но эти устои, несомненно, под угрозой, потому что под угрозой все идеалы, все каноны. Необходимо следовать этим канонам, но некие основания, в том числе основания для профессиональной деятельности должны существовать. Мы можем в дискуссиях найти некие позиции, для того чтобы отстаивать не только идеалы, но и основания для нашей деятельности.

Психиатрия сейчас очень бурно развивается, развивается противоречиво, с некоторыми революционными отклонениями от какого-то единого пути. Может быть, эти отклонения станут потом основными. То, что эти отклонения существуют, — в понимании нозологической природы, соотношении генетических механизмов, более основательного раскрытия феномена нейропластичности, которым все увлечены сейчас, — очень важно. С этим связана практика психиатрии, связанные основания для терапевтического вмешательства, для соотнесения биологических методов и внебиологических методов, в том числе и психологических, необязательно сугубо психологических, включенных в определенный формат психотерапии или формат консультирования, или клинической психологии. Здесь есть закономерности биологические, которые тоже подлежат этическому регулированию, и закономерности определенности границ, определения соотношений биологического и внебиологического в психической жизни и в адаптации человека с теми или иными расстройствами психики, допустимости этих расстройств в обыденной жизни, в профессиональной деятельности. Дисбаланс в понимании этих норм связан с постмодернистскими концепциями, философскими концепциями и либерализацией подходов, но отчасти, он связан с потерей тех устойчивых представлений о развитии психических расстройств и болезней, которыми мы обладали еще двадцать лет назад. Реальность такова, что эти концепции не выдержали испытания временем. Им противоречат некоторые накапливающиеся факты, которые требуют более гибкого понимания.

Независимая психиатрическая ассоциация России, в значительной мере посвящая свою деятельность правовым, этическим проблемам без отрыва от клинической практики, достойна высокой оценки и поддержки. Мы хотели бы находить взаимоприемлемые формы сотрудничества, не избегая острых споров и дискуссий.

Правление Российского общества психиатров давно уже не стремится к единомыслию, и хотело бы видеть в Независимой психиатрической ассоциации союзника и одновременно оппонента в решении некоторых сложных вопросов психиатрии, которая очень уязвима сейчас в силу того, что многие представления подверглись сомнению, и устойчивая картина психи-

ческой жизни, границ психической нормы и патологии потеряна. Нам надо искать новые ориентиры для клинических оценок, новые ориентиры для оправданности терапевтических вмешательств, новые ориентиры для опоры на личность пациента, на сообщество, которое окружает пациента, надо искать новые ориентиры для определения перспектив развития психиатрии с участием врачебного сообщества, сообщества бывших пациентов. Не сглаживая противоречия, надо искать пути для сотрудничества.

Ю. С. Савенко: Валерий Николаевич! Спасибо за добрые слова в наш адрес. Я хотел бы сделать одно принципиальное замечание, относительно вовлеченности в политику.

В начале 1990-х годов мы посвятили этому вопросу один из своих съездов. Мы всегда посвящали свои съезды — особенно первые — темам, которые никто не брал, не боясь острых постановок вопроса.

Проблема в том, является ли политической правозащитной деятельность? Присоединившись к правозащитной деятельности, я никогда не понимал ее как политическую. Хотя, если мы посмотрим на реальную правозащитную деятельность и многочисленные организации, которые существуют, — то тут есть все, любые кентавры. В моем представлении на-

стоящая правозащитная деятельность — это никогда не борьба за тирог власти, не хождение во власть. Но когда общество делается все более авторитарным, а потом даже тоталитарным, то поневоле приходится защищать свою автономию, автономию своей личности, своей профессии.

Посмотрите на дело генерала Петра Григоренко. Ведь он не хотел заниматься правозащитной деятельностью, он хотел быть профессионалом. Он возглавлял в академии им. Фрунзе кафедру военной кибернетики, он первый внедрял кибернетические методы в армию. Его буквально выталкивали в общественную борьбу. Он упирался, а его выталкивали. Это как раз то взаимоотношение со средой, о котором говорил Андрей Иванович Воробьев, — когда конкретная среда меняется и делается неприемлемой для личности, личность либо меняет среду, либо сама проделывает определенное развитие. Но назовем ли мы его "патологическим" развитием личности, если патологическими являются изменения среды? Когда конкретные обстоятельства таковы, что отпор среде — естественное право выбора?

Мы против политизации психиатрии, самым решительным образом, и просто вынуждены давать отпор, давать по рукам власти, когда она посягает на нашу автономию.

Борис Аркадьевич Воскресенский, доцент Российской государственного медицинского университета

Дорогие коллеги! На рубеже веков и тысячелетий стала очевидной, не хотелось бы говорить — эфемерность, но ограниченность всех прежних верований, конструкций мира, теорий и практик. Монокаузальный детерминизм сменяется все удлиняющейся цепью многофакторности, рядоположенности, оканчивающейся позитивизмом и прагматизмом. На этой почве возникают доказательная, научно обоснованная медицина, количественные оценки "качества жизни", адаптации и тому подобные подходы к норме и патологии. Современная медицина также не в силах вырваться из плена времени и поэтому ее правомерно определить как психиатрию постмодернизма.

Однако, как писал Ясперс, психика есть явление качественное. Поэтому попытки нормализовать, квалифицировать феномены и понятия, которыми оперирует психиатрия, представляются удачными не всегда.

Так, весьма спорной кажется практика оценки тяжести психотравмирующих воздействий в баллах, например, по Холмсу ("Никто не знает, чей крест тяжелее", писал Н. А. Бердяев). Здесь не учитывается основополагающая особенность чрезвычайного жизненного события, особенность, которая не делает его психической травмой — индивидуальная значимость,

личностный смысл. Этот же фактор — личностность — не в полной мере учитывается при оценке "качества жизни" (на что особое внимание в одной из дискуссий обратили академик РАМН А. И. Воробьев и один из ведущих специалистов по психологии телесности профессор А. Ш. Тхостов). Личностный смысл болезни, характерологические особенности пациента как клинико-медицинские факторы — с одной стороны и социально-экономические условия — с другой — показатели, извлекаемые из разных, практически почти не пересекающихся модусов существования человека. В связи с этим уместно напомнить, что как раз представитель отрасли, которая и формировала естественнонаучное мышление в медицине, академик АМН СССР Анатолий Федорович Билибин, заведовавший кафедрой психиатрии 2 МОЛГМИ — РГМУ, еще много лет назад подчеркивал, что "в мире есть формы порядка, которые выше, чем числовой" (1983). Единство порядка, его объективность — нечто большее, чем условное согласие по отношению к тому или иному термину. Н. А. Бердяев писал: "Для познания истины в области математических или естественных наук духовная общность людей необязательна. Но эта общность должна быть более заметной, когда речь заходит о социальных науках... Для достижения одной

и той же истины здесь необходима духовная общность". Выразительным примером крайнего упрощения при определении исходных позиций для расчета может служить определение бреда, приведенное в рекомендациях по использованию шкалы позитивных симптомов PANSS: "Бред — это ложное убеждение (умозаключение), которое не может быть объяснено религиозными или культуральными особенностями больного... Оценка степени тяжести бредовых идей... должна учитывать... степень их нереальности (нелепости), т.е. насколько они отличаются от обычных суеверий и верований, распространенных в данной культуральной среде".

Вот еще выдержка — из изданной у нас книги американского психиатра Фуллер-Торри: "Конкретное убеждение является бредом не само по себе, а в зависимости от того, насколько оно отличается от принятых в данном обществе или среди носителей данной культуры взглядов и мнений" (1996, С. 83). Позволю себе острое современное сравнение. Это определение бреда может быть самым прямым образом соотнесено с призывами, которые мы ежедневно слышим в метро: "Сообщайте о подозрительных лицах", а это умонастроение с атмосферой, царившей в нашем обществе 60 – 70 лет назад. В этом тоже можно усмотреть взаимосвязь "психиатрия и время".

По нашему, глубоко субъективному мнению, такие исходные позиции во многом обесценивают вытекающие из них итоги, характеризующие статус больных.

За стремлением к тотальной формализации и квантификации видится страх принятия ответственности, возможно, усугубляемый современными рыночно-конструктивными условиями.

Подсчет, расчет проникают и в этико-деонтологические аспекты психиатрии. Так, в одной из работ, посвященных общей стратегии лечения душевнобольных, мы читаем: "Гуманистические принципы приобретают экономическое содержание" (речь идет об обеспечении различных категорий населения современными дорогостоящими препаратами). Понимая, что проблема сложна и в значительной мере детерминирована не зависящими от врача, от медицины факторами, все же заметим, что в нашей стране всегда было особое отношение к подобным коллизиям. Так, во "Врачебной этике" А. Молля читаем в примечании, сделанном русским переводчиком, что в России взять патент на новооткрытое лекарство и предосудительно, и безнравственно (С-Пб, Изд. А. Ф. Маркса, 1903, С. 270).

Развитие психиатрии шло от изучения грубых, самоочевидных форм патологии к поганичным, все более тонким. Сейчас мы видим как экспансию психиатрии в общесоматическую медицину, так и распространение ее (впрочем, больше психолого-психотерапевтических подходов) в житейские коллизии, хотя и отнюдь не ординарные, но ставшие почти

привычными, чуть ли не повседневными. Мы постоянно слышим: "С пострадавшими (обратим внимание — с пострадавшими — не с больными) работают психологи". Иногда психологов (психотерапевтов) приглашают смягчать конфликты, связанные с невыплатой зарплаты, социально-экономическими, административно-личностными столкновениями.

Сюда же примыкает и проблема патогенного влияния на психику практик нетрадиционных религиозных объединений, сект.

Не есть ли это тоже расширение компетенции психиатров (и психотерапевтов), злоупотребление психиатрией, расширение патологии? Психиатрия вновь, еще больше ограничивает свободу человека.

Так, например, в научных публикациях самого последнего времени мы встречаем мнение о целесообразности психотерапевтического вмешательства с целью изменения убеждений у лиц, имеющих сверхценную идею мести. Безусловно, месть — негативное переживание, деструктивная деятельность, но врачи вправе и должны лечить болезнь, расстройство, а не определенную систему отношений. Это становится тем более очевидным, если мы примем во внимание, что сверхценные идеи могут иметь и социально положительное, созидательное содержание. Впрочем, трудоголизм некоторыми также расценивается как отклонение от нормы.

Помощь больному, соблюдение его интересов — единый профессиональный, нравственный и гражданский долг для врача, хотя в реальности это слияние, по-видимому, достигается не всегда. Устранение возможного противоречия достижимо лишь на путях совершенствования человека и общества.

Переживания больного, точнее — болезненные переживания — главное в клинической психиатрии. Поэтому путь развития клинической психиатрии видится в том, чтобы идти, так сказать, вглубь переживаний больного. При этом мы имеем в виду прежде всего разграничение духовного и душевного. Только на этом пути возможно разрешение проблем "психиатрия и инакомыслие", "гениальность и помешательство", "преступность и психические аномалии", а также психолингвистические и структурно-семантические исследования, позволяющие выявить разницу жизненных миров, образов мира, способов существования. Все это позволит более тонко и точно разграничивать норму и патологию.

Медицина — совсем особая сфера деятельности. Она выявляет трагическое противостояние конечности жизни, тленности материи и извечного стремления человека к бессмертию. А врач как бы становится ответственным перед обществом и каждым человеком за "несправедливость природы", ставит им границы, пределы. В этом смысле, быть может, и следует понимать утверждение К. Маркса о том, что врачи, медицина есть зло. Так и в психиатрии — лишь врач-психиатр в полной мере осознает возможность

болезненного распада, тленность, конечность душевных структур, столь же временных, как и телесные.

Как в индивидуальном сознании его высшая — рефлексивная — форма констатирует недостижимость личного идеала, так в человеческом обществе представители важнейших помогающих профессий (священнослужитель, врач, юрист) вплотную сталкиваются с принципиальным несовершенством человечества в целом. Не случайно этих специалистов иногда относят, выражаясь своеобразным мифологически-психоаналитическим языком, к психополипам — персонажам, существующим, действующим на своеобразных водоразделах — праведности и греха, жизни и смерти, законопослушности и преступления. Больной и его близкие могут легко согласиться с переутомлением, испугом, несчастной любовью и даже инцестом как причиной и механизмом психического расстройства, но наверное никто и никогда не поблагодарит врача за установленный им диагноз шизофрении.

Изначально свободный дух человека и человечества стремится распространить свою бесконечность и на две другие составляющие трихотомии. Отрижение, отвержение психопатологии — одно из свойств самосознания.

Очень выразительно эту ситуацию сформулировал выдающийся психиатр Г. И. Вайбрехт: “Неотвратимо роковой характер психотических вспышек всегда представляется людям чем-то жутким. Чтобы ослабить это чувство беспомощности, в разные времена и в разных формах стали появляться психологизирующие тенденции”. Поэтому положение психиатра, быть может, еще более трагично, чем врача любой другой специальности. Общество убеждено, что психиатр своевольно отбирает у человека самое дорогое — его личностную свободу, право на индивидуальность, уникальность, тогда как в действительности психиатр лишь старается помочь больной (разрушаю-

щейся, распадающейся) душе, николько не покушаясь на духовную свободу.

Но из этого неустранимого, имманентного для человечества заблуждения проистекает “естественная ненависть к психиатрии,” — так писалось в одной довоенной газете.

Поэтому представляется правомерным определять миссию специалиста по душевным болезням как крест психиатра. Его должно нести (т.е. делать для пациента все возможное и невозможное), не рассчитывая на благодарность или хотя бы понимание.

Итак, мы определили современную психиатрию как психиатрию постмодернизма. Было бы упрощением и даже вульгаризацией принимать дух и практику постмодернизма как допуск к вседозволенности и цинизму. Но, быть может, вполне современна и даже неизбежна, должна быть обязанность всякого, кто любит людей, — “учить смеяться над истиной, учить смеяться саму истину”, так как единственная твердая истина, что надо освобождаться от нездоровой страсти к истине” (Умберто Эко, выделено автором). Парадоксальность и кажущаяся произвольность этого тезиса преобразуется в самоочевидность и необходимость, если понять и принять постмодернизм не как разнуданность, вакханалию, оргию, а как определенный этап развития (само-) сознания человека и человечества. Его (их) взросление, усложнение — процесс во многом мучительный. И при этом никуда не исчезают, но наоборот, обостряются чувство личной ответственности, личного выбора. И вовсе даже не выбора, а личностной — личной — активности, ибо, как подчеркивают философы экзистенциально-гуманистической направленности, *человек не выбирает между добром и злом, но творит их*.

Итак, — действительность новая,
— болезни старые,
— идеалы человеческие,
точнее и лучше будет сказать — человечные.

(Продолжение публикаций материалов съезда — в следующем номере)

Всемирная психиатрическая ассоциация

МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС ЛЕЧЕНИИ ПСИХИАТРИИ: НОВЫЕ ПОДХОДЫ

10 – 13 ноября 2004 г., Флоренция

Тел.: +39 055 33611; факс: +39 055 3361250
E-mail: info@wpa2004florence.org; www.wpa2004florence.org

К патогенезу эндогенной депрессии

Е. Гинзбург (Израиль)

I

Со времени публикации первой статьи о депрессии (1) в моих взглядах произошли значительные изменения, и я выношу на суд читателей этот вариант развития болезни.

В замечательной работе А. Т. Beck et al 1983 г. (цит. по 2 – 3) показано, что существует два типа людей, заболевавших депрессией. Первый тип — “социотропный”, и второй “автономный”. “Социотропный” тип по преимуществу женщины, для которых основное содержание их жизни это отношения с близкими людьми. Когда эти отношения ухудшаются, для них это стресс, и под влияние стресса они входят в депрессию, которая по преимуществу носит черты невротической. Время от стресса до возникновения депрессии обычно непродолжительное.

“Автономный” тип — это по преимуществу мужчины, стремящиеся к достижениям, независимые и старающиеся всегда сами контролировать ситуацию, в которой они участвуют. Заболевают они депрессией после длительного периода целенаправленных усилий, и депрессия эта носит черты эндогенной. Таково вкратце содержание работы Beck.

“Автономных” лучше анализировать в сравнении с теми, кого можно условно назвать “преуспевающими”. Честолюбие “автономных” толкает их на достижение целей, которые имеют всеобщее значение, значение для всех. Это выводит их за рамки объекта, как цели для достижения. Они стремятся к тому, чего нет — к понятию. К истине, ее нет, ее надо сделать. Необходимо одну реальность превратить в другую реальность, и отношение между ними суть истина, понятие истины как цели. Реальности эти надо создать из сырого материала действительности и сделать конкретными. И конкретность эту “автономный” берет из себя. Он все берет из себя и пытается воплотить это в действительность. В этом у него есть свобода выбора. Но он выбирает себе ярмо. Претворять в жизнь трудно, поскольку жизнь имеет обыкновение сопротивляться, и осуществление занимает много времени, значительно больше, чем хотелось бы.

“Автономный” как, несомненно, наделенный самолюбием, отождествляет цель с самим собой. Так рациональные построения приобретают субъективную значимость и становятся достоянием “Я”. “Я” по-

рождает намерение, ведущее к действиям по достижению цели. И “Я” спрашивает с “Я”. Это порождает напряжение. Постоянное напряжение.

“Автономный” не может работать по заданию. Это потеря независимости. Он не в состоянии изменить цель — это потеря контроля. У него нет выбора, он должен довести все предприятие до конца — и это его ярмо.

В то же время цель “преуспевающего” должна удовлетворять главному параметру — легкости выполнения. Его цель имеет только формальное значение, а фактического никакого. У него нет свободы выбора, поскольку он рабски зависим от действительностии. Цель приходит к нему извне. Он только исполнитель. Он не отождествляет цель с самим собой. Спрашивает он не с себя, а с других. Напряжение у него не развивается, и депрессией он не болеет.

Вышеизложенное, конечно, утрировано. Люди не столь схематичны. Общеизвестно, что человек — это вселенная. А мысль не может охватить все во вселенной. Она всегда частична.

II

Нервный круг, начинающийся в MPFC¹ и далее nAcb → VP → MDN → MPFC задействован в субъективно значимом действии (4 – 8) с участием DA системы, дарующей “награду” (в самом широком смысле этого слова, как нечто заработанное) (9 – 16). “Награда” переживание субъективное, и вознаграждает только те действия, что меняют состояние самого субъекта (его самооценку и оценку окружающими). Субъективное действие начинается как желание в MPFC и выходит оттуда как более конкретное намерение (17). MPFC активирует nAcb, деструкция которого приводит к исчезновению действий, требующих для своей реализации “награду” как внутренний стимул к целенаправленному поведению. Удовольствие отождествляют с подъемом DA в nAcb. (18 – 34). Действия эти более трудоемкие и выходят за рамки повседневного существования. Они и затеваются ради “награды”. Трудоемкость этого процесса предполагает его длительность — месяцы и годы. И все это время “намерение” не может быть выполнено и истощится.

¹ Список сокращений — в конце текста.

От nAc_b проекция идет к Ventral pallidum, а он, в свою очередь, проецируется к MDN и последняя станция снова MPFC, где круг замыкается. Активация nAc_b от MPFC приводит к активации MDN и повторному возбуждению MPFC. Так поддерживается постоянная активность в этом круге, начинающемся “намерением” и заканчивающемся “намерением”.

До тех пор, пока “намерение” не будет исполнено, циркуляция продолжится как и активная деятельность, в которой, наряду с MPFC, задействованы другие отделы PFC. Когда, наконец, “намерение” достигает цели, циркуляция прекращается, “намерение”, как выполненное, исчезает. Происходит высвобождение DA в nAc_b с последующим торможением в MDN и MPFC — круг разрывается и перестает функционировать как круг. С исчезнением круга активная деятельность прекращается

Важно рассмотреть механизм высвобождения DA в nAc_b, получающий проекцию от допаминергической Ventral tegmental area (VTA). В VTA помимо DA нейронов есть GABA эргические интернейроны. Постоянная активация GABA нейронов из MPFC через AMPA рецепторы приводит к ингибиции тех DA нейронов, что проецируются к nAc_b (35 – 36). И на время этой перманентной активности в нервном круге происходит снижение концентрации DA в nAc_b. Повышение DA в nAc_b возможно только с прекращением постоянного возбуждения в MPFC, снятием блокады mesolimbic DA neurons с результирующим подъемом DA в nAc_b и переживанием “награды”.

Самое существование конечной глобальной цели обесценивает промежуточные достижения и лишает их гедонической ценности. Так создается ситуация, когда длительное время уровень DA в nAc_b не поднимается до уровня удовольствия. Постоянная циркуляция нервной активности в совокупности с ожиданием конца всего этого, приводит к не прекращающемуся ни на минуту нервному напряжению. Это создает ощущение постоянного дискомфорта, иногда достигающего уровня легкой дисфории. Дисфория снимается действием, ведущим к удовольствию. Так как деятельность по достижению цели — удовольствия не приносит, то остается искать его по преимуществу в чувственных наслаждениях.

Сенсорная и сенсорно-ассоциативная информация сходится к amygdala. Сенсорное восприятие имеет источником объекты внешнего мира и amygdala производит оценку этой информации на предмет “награда” или “вредоносность” (37 – 45). Amygdala проецируется в VTA и N. Ac_b. Активация amygdala приводит к повышению DA в nAc_b. В данном случае повышение DA в nAc_b — это удовольствие, получаемое от материальной стороны мира. Но при перманентной активности в MPFC (см. выше) блокируется тот подъем DA в nAc_b, что исходит из amygdala (36). Так активность, имеющая духовное содержание, подавляет активность материальную. Потребность в удовольст-

вии в такой ситуации может быть удовлетворена только искусственными средствами, по преимуществу алкоголем.

Не приносящие удовольствия действия по достижению цели превращаются в вынужденное поведение. Субъективное мышление и поведение начинаются с факта из внешнего мира, воспринятого субъективно (с отбором черт) и субъективно истолкованного, значение которого определяется произвольно. Это для — себя значение. И в своем поведении субъект руководствуется именно этим субъективным значением, а не фактом как таковым.

Вынужденное мышление и поведение целиком определяется факторами, лежащими вне ответственного нервного субстрата. Значение, которое имеет тот или иной фактор, определяется его взаимоотношениями с другими факторами, а не с “Я”. Обыденное понимание действия против желания — частный случай такого поведения. Мысление это решает проблемы, поставленные миром перед человеком. Такое поведение всегда носит характер ответа. Но область применения его шире. Намерение, исходящее из субъективного мышления, при претворении в жизнь, не может быть осуществлено без участия DLPFC — ключевой области для вынужденного мышления и поведения (46 – 51).

Вынужденное поведение — самый распространенный род деятельности. И ничего патологического в нем нет. Патология появляется у особого рода людей — тех экстравертов, для которых отсутствие удовольствия воспринимается как неудовольствие. У них длительное ожидание оборачивается нервным напряжением, а обычные действия по достижению цели не могут быть выполнены без ментального усилия. Ментальное усилие достаточно неприятное переживание, и как таковое придает действию повышенное значение.

Субъективное поведение исходит из соответствующего нервного круга (см. выше), и первоначально движимо желанием, которое порождает намерение, как нечто конкретное. Основная характеристика желания — это его скоротечность. Но “намерение” может пережить его. Оно отчуждается от желания и ведет собственную жизнь. “Намерение” требует воплощения в реальность. Манипуляции с реальностью это сфера вынужденного мышления и поведения.

Нейромодуляторы необходимы для нормального функционирования нервной системы. Все они (ацетилхолин, серотонин, гистамин и норадреналин (NA)) обладают сходным электрофизиологическим действием, ведущим к значительному повышению информационной ценности сигналов, имеющих источником внешний мир.

Но если три первых модулятора обладают невысокой специфичностью, участвуя практически в большинстве нервных процессов, то NA система активируется только в ситуациях, имеющих повышенное

значение, связанных с “наградой” (52 – 55) или вредоносностью. Действия, рассматриваемые как наказание и следующие непрерывной чередой, требуют для своего выполнения постоянной активации NA системы. Это постепенно приводит к снижению чувствительности рецепторов (56 – 61) и невозможности реализовать те действия, которые требуют ментального усилия. NA система и DLPFC активируются в сходных ситуациях (62 – 65) и функционирование DPFC должно зависеть от NA активности. Декомпенсация NA системы должна приводить к снижению функции DLPFC — это характерная черта эндогенной депрессии (75 – 77). Все это ведет к невозможности продолжать прежнюю деятельность. Но и поведение, стремящееся к удовольствию, требует для своего осуществления повышенной NA активности, и снижение чувствительности рецепторов в равной мере оказывается и на нем. Так исчезает последний источник DA в nAcb.

Но нервный круг продолжает функционировать, и намерение не исчезает. Оно уйдет, когда все будет сделано, не раньше. Отсутствие удовольствия и поддерживаемая активность в нервном круге влекут за собой монотонно низкую концентрацию DA в nAcb, снижение настроения и в последующем дисфорию.

Для того чтобы выйти из этого состояния, необходимо продолжение действий по достижению цели, т.к. только это может привести к исполнению намерения, подъему DA и разрыву нервного круга с выходом из депрессии. Нужно действие, но способность к нему утрачена. Чтобы ее восстановить, необходимо воздействие на NA систему. Трициклические антидепрессанты в какой-то мере восстанавливают функцию NA системы, восстанавливают способность действовать, частично гедоническую способность, и, тем самым, позволяют продолжить и довести все предприятие до конца и выйти из депрессии.

Настоящий раздел является попыткой внести содержание в нервный круг депрессии, предложенный Swerdlow и Коев (4).

III

Мир теряет для больного свое значение. Отсутствие способности воздействовать на людей ведет к тому, что они перестают иметь для больного какую-либо ценность. Так исчезает объективное рассмотрение. И вся сфера переживаний смещается в область субъективного. Отношения “Я” к “Ты” являются прообразом негативного мышления. Как неспособный действовать, больной может находиться только в зависимом положении. Отношение — которое он расценивает как подчиненность. Отсюда идет враждебность. Такого рода отношения у него не только с близкими, но и со всеми, с кем он имеет дело. Все они превосходят его в способности действовать. Больной воспринимает их, исходя из своего отношения к ним

— отношения зависимости и подчиненности. Это субъективное рассмотрение, и поэтому для него все они схожи, разница только внешняя. Отношения “Я” к “Ты” не меняются при перемене “Ты”².

Способность действовать — единственный критерий, по которому можно унифицировать отношения “Я” к “Ты”. Схема этих отношений одинакова и различия есть только в форме:

“Я” ничего не могу, а “Он” может все. “Я” слабый, а “Он” сильный. “Он” ничего не боится, “Он” со всем справится, а “Я” боюсь всего. “Я” бессилен. “Он” покидает мною, а у меня нет сил сопротивляться. Всякая оценка это сравнение. В сентенции “Я” слабый” неявно присутствует “А он сильный”. Так из выше-приведенного образца развертывается все негативное мышление.

Beck (1967, 1976) (66 – 67) выдвинул гипотезу о существовании у больных депрессией врожденных схем негативного мышления. Схема эта активируется стрессом и начинает функционировать, прокладывая тем самым начало процессу депрессии. Поскольку речь идет о стрессе — депрессия, по-видимому, невротическая. В случае эндогенной депрессии трудно себе представить, что негативная схема является одной из причин депрессии. Скорее она является ее следствием. Но так или иначе, негативное мышление присуще основным формам депрессии и при некоторых обстоятельствах может определять клиническую картину.

Это субъективное мышление. Характер отношения определяет направление мысли. Оно не может быть другим. Больной не может воздействовать на людей, он сам является предметом для воздействия. “Я” больного играет пассивную роль, его удел только переживать, а переживание всегда субъективно, чтобы приобрести объективную значимость, оно должно вылиться в действие, идущее вовне. Но действовать больной не может, и не представляет из себя какой-либо объективной ценности. От врача он требует субъективного отношения, отношения милосердия.

Структура негативного мышления — это противопоставление “Я” к “Ты”. Больной действует только по необходимости. Действий, идущих от “Я”, у него нет. Все действия приходят извне. Негативное мышление проявляется себя в ответах на вопросы психолога. Оно не является руководством к действию. Действие определяется ситуацией. Если оно есть вообще это действие. Пока больной остается способен действовать, негативное мышление остается втуне. Потеря этой способности может вывести негативное мышление на передний план. В тех случаях, когда сохраняется определенное, исходящее из MPFC, намерение, негативное мышление никак не реализуется, оставаясь только мышлением. Если намерение исчезает, содер-

² Следует помнить, что это относится к тяжелой эндогенной депрессии.

жанием сознания остается только негативное мышление, построенное на противопоставлении.

IV

Субъективной деятельности предшествует “намерение”, исходящее из MPFC. Как мы видели из предшествующего, “намерение” играет ключевую роль в происхождении эндогенной депрессии. Сохранение “намерения” при входлении в депрессию отягощает клиническую картину, но вместе с тем, дает возможность для выхода из депрессии. Все действия, какие еще возможны, сосредоточены на исполнении этого “намерения” как пути выхода из депрессии. Как правило, действия эти возможны только при лечении антидепрессантами. И эта целенаправленная сознательная деятельность вполне адекватна положению человека в мире.

Но может быть и другое развитие событий.

Общеизвестно, что возникновение определенного “намерения” зависит от возможности его осуществления. Если реализация “намерения” полностью исключена, оно, как правило, и не появляется.

Если такая ситуация развивается при эндогенной депрессии, клиническая картина совершенно меняется. Отсутствие “намерения” должно привести к ослаблению проекций от MPFC к nAcB и VTA, постоянному повышению DA в nAcB и связанной с этим энгибицией нейронов в MDN, что, в свою очередь, заканчивается уменьшением представительства “Ты” в MPFC. Вызвано это тем, что оценка поведения “Ты” в отношении “Я” имеет своими конечными этапами MDN и MPFC и торможение этих структур элиминирует этот процесс.

В сочетании с имеющим место противопоставлением “Я” к “Ты” (см. выше) исчезновение “Ты” из MPFC приводит к переключению противопоставления с “Ты” на весь мир людской — к бреду. Этот момент может быть снят нейролептиками. Противопоставление же, вырастающее из негативного мышления, должно эффективно блокироваться антидепрессантами, восстанавливающими способность больного действовать и повышающими его самооценку в отношении к здоровым.

Установка на противопоставление себя миру неизбежно приводит к бреду. У психотика реальный внешний мир ничего не значит. Этот потерянный мир он произвольно наделяет новым смыслом. Но мир дисcretен, и его нельзя объять единым смыслом. Единый смысл это всегда иррациональность. Исходящее из больного противопоставление можно осуществить, придав миру черты субъекта, наделенного действующим началом, направленным против больного. Так больной произвольно разыгрывает две роли, противостоящих друг другу субъектов. Миру надо дать какую-то роль. Иначе его нельзя противопоставить.

Психотическая депрессия протекает с бредом, если при обычной депрессии активность DA системы снижена (с чем принято связывать снижение настроения), то при психотической депрессии DA активность повышенна (68 – 74). Тем не менее, и при психотической депрессии наличествуют ядерные симптомы эндогенной депрессии в количественной оценке, достаточной для постановки диагноза депрессии.

Но снижение DA в nAcB само по себе не приводит к дисфории. При депрессии в течение длительного времени отсутствует переживание удовольствия, когда уровень DA в nAcB повышается на 40 – 50 мин. (78, 81 – 83). Важен именно транзиторный характер этих изменений. Не сам базальный уровень DA приводит к дисфории, а отсутствие повышений, связанных с удовольствием. Но удовольствие можно достичь, только пройдя через триаду: желание > действие > удовольствие (1). В другом порядке удовольствие получить нельзя. Монотонно повышенная активность DA в nAcB сама по себе к эйфории не приводит (80). Но постоянное повышение уровня DA в nAcB разрывает вышеописанный нервный круг, он перестает функционировать, и с этим прекращается намеренное целесообразное поведение и развивается бред.

Психотическая депрессия — это всегда эндогенная депрессия с декомпенсацией NA системы, потерей способности действовать и достигать удовольствия.

Интересное исследование было проведено Katz et al (79). Они наблюдали у больных депрессией, которых лечили TCA, что повышение активности NA системы коррелирует с первичным повышением активности и последующим вторичным улучшением настроения. Согласно западноевропейским взглядам, эндогенная депрессия это всегда психотическая депрессия. Часто, особенно в начале депрессии, основными проявлениями бывает выраженная тревога, страхи и связанная с этим ажитация. Такое состояние расценивается как психоз. Основой тревоги является негативное мышление и неспособность действовать, что делает грозящие опасности неотвратимыми. Отсюда страх. Сама опасность берутся из материала реальности. Она оценивается односторонне, это субъективная оценка, когда из объекта выбирают только негативные черты. При таком подходе опасность грозит отовсюду и не удивительно, что охваченный страхом больной мечется из стороны в сторону. Как правило, для лечения достаточно антидепрессантов с седативным компонентом действия.

Таков этот вариант. Приношу читателям извинения за самый тяжкий грех — стремление все объяснить.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

DA — допамин

DLPFC — dorsolateral prefrontal cortex

MPFC — medial prefrontal cortex

MDN — mediodorsal thalamic nucleus
nAcb — nucleus accumbens
NA — норадреналин
PFC — prefrontal cortex
TCA — трициклические антидепрессанты
VP — ventral pallidum
VTA — ventral tegmental area

ЛИТЕРАТУРА

1. Гинзбург Е. Независимый психиатрический журнал. 2002, № 2, стр. 25 – 34.
2. Beck A. T. Treatment of Depression. Old controversies and New approaches. 1983, N. Y.
3. Psychological aspects of Depression ed. Gotlib. 1992, N. Y.
4. Swerdlow N. R. et al. Behav. Brain Sci, 1987, v 10, p. 197 – 245.
5. O'Donnell et al. Schizophr. Bull, 1998, v 24, p. 267 – 283.
6. O'Donnell et al. Annals of N. Y. Acad. Sci. 1999, v 877, p. 157 – 175.
7. Groenewegen H. et al. Progress in Brain Res. 1996, v 107, p. 485 – 508.
8. Groenewegen H. et al. Annals of N. Y. Acad. Sci. 1999, v 877, p. 49 – 65.
9. Wise R. A. Brain Res. 1978, v. 152, p. 215 – 247.
10. Wise R. A. Psychology. 1986, v. 27, p. 300 – 310.
11. Wise R. A., Annals N. Y. Acad Sci. 1988, v. 537, p. 228 – 34.
12. Wise R. A. Behav. Brain Sci, 1985, v. 8, p. 178 – 86.
13. Wise R. A. Behav. Brain Sci, 1982, v. 5, p. 39 – 87.
14. Wise R. A. et al. Annu. Rev. Psychol. 1989, v. 40, p. 191 – 225.
15. Wise R. A. et al. Science. 1978, v. 201, p. 262 – 264.
16. Wise R. A. et al. Can J. Psychol. 1978, v. 32, p. 77 – 85.
17. Koechlin E. et al. PNAS. 2000, v. 97, p. 7651 – 7656.
18. Dr. Chaka. Behav. Brain Res in press.
19. Everitt B. J. et al. Annals N. Y. Acad Sci. 1999, v. 877, p. 412 – 38.
20. Ikemoto et al. Brain Res. Rev. 1991, v. 31, p. 6 – 41.
21. Killeen P. R. J. Exp. Anal Behav, 1995, v. 64, p. 405 – 31.
22. Koob G. F. et al. J. Comp. Physiol. Psychol. 1978, v. 92, p. 917 – 27.
23. Koob G. F. et al. Behav. Brain Res, 1981, v. 3, p. 341 – 59.
24. Koob G. F. et al. Ann. N. Y. Acad Sci. 1988, v. 537, p. 216 – 27.
25. McCullough L. D. et al. Brain Res, 1992, v. 592, p. 29 – 36.
26. McCullough L. D. et al. Neuroscience. 1993, v. 52, p. 919 – 25.
27. Mobini et al. Psychopharmacology, 2000, v. 152, p. 47 – 54.
28. Salamone J. D. in The mesolimbic dopamine system from motivation to action. ed Wilner P. Scheel-Kruger Cambridge University Press. 1991. 598 – 613.
29. Salamone J. D. Psychopharmacology, 1992, v. 107, p. 160 – 74.
30. Salamone J. D. Psychopharmacology, 1986, v. 88, p. 18 – 23.
31. Salamone J. D. Behav. Brain Res, 1994, v. 61, p. 117 – 33.
32. Salamone J. D. in Handbook of Psychopharmacology ed Iversen L. L. and Iversen S. D. Snyder S. H. N. Y. Plenum Press, 1987, 575 – 608.
33. Salamone J. D. Psychology. 1988, v. 16, p. 196 – 206.
34. Salamone J. D. et al. Neurosci. Biobehav. Rev. 1997, v. 21, p. 341 – 59.
35. Takahata R. et al. J. Neurochemistry, 2000, v. 75, p. 1775 – 78.
36. Jackson M. et al. J. Neurosci. 2001, v. 21, p. 676 – 681.
37. Malkova L. J. Neurosci. 1997, v. 17, p. 6011 – 6020.
38. Davis M. In Amygdala neurobiological aspects of emotion, memory, and mental dysfunction ed Aggleton, 1992, p. 255 – 306. N. Y. Wiley — Liss.
39. Everitt B. J. et al. In Amygdala neurobiological aspects of emotion, memory, and mental dysfunction ed Aggleton, 1992, p. 401 – 429. N. Y. Wiley — Liss.
40. Hiroi N. et al. J. Neurosci. 1991, v. 11, p. 2107 – 2116.
41. Le Doux J. E. Annu. Rev. Psychol. 1995, v. 46, p. 209 – 35.
42. Schoenbaum G. et al. Nat. Neurosci. 1998, v. 1, p. 155 – 159.
43. Schoenbaum G. et al. J. Neurosci. 1999, v. 19, p. 1876 – 1884.
44. Weiskrantz L. J. Comp. Physiol. Psychol. 1956, v. 49, p. 317 – 356.
45. Rolls E. T. Behav. Brain Sci, 2000, v. 23, p. 177 – 234.
46. Banich et al. Cognitive Brain Res, 2000, v. 10, p. 1 – 9.
47. Passingham R. E. et al. Phil. Trans. R. Soc. Lond. 1996, v. 351, p. 1473 – 1479.
48. Jenkins I. H. et al. J. Neurosci. 1994, v. 14, p. 3775 – 3790.
49. Smith E. E. Science, 1999, v. 283, p. 1657 – 1661.
50. Owen A. M. Prog. In Neurobiology, 1997, v. 53, p. 431 – 50.
51. Owen A. M. et al. J. Neurosci. 1996, v. 8, p. 353 – 364.
52. Jacobs B. L. et al. Prog. In Brain Res, 1991, v. 88, p. 159 – 165.
53. Foote S. L. et al. Physiological Rev. 1983, v. 63, p. 844 – 909.
54. Aston – Jones G. et al. Neuroscience. 1997, v. 80, p. 697 – 715.
55. Aston – Jones G. et al. J. Neurosci. 1994, v. 14, p. 4467 – 4480.
56. Mann J. J. et al. New England J. Medicine, 1985, v. 313, p. 715 – 720.
57. Mann J. J. et al. Biol. Psychiatry, 1997, v. 42, p. 859 – 870.
58. Bertschy G. et al. Neuropsychobiology, 1989, v. 21, p. 177 – 181.
59. Halper J. P. et al. Arch. Gen. Psychiatry, 1988, v. 45, p. 241 – 244.
60. Mann J. J. et al. Arch. Gen. Psychiatry, 1990, v. 47, p. 461 – 464.
61. Treisman A. Phil. Trans. R. Soc. Lond., B., 1998, v. 353, p. 1295 – 1306.
62. Hollerman J. R. et al. Nat. Neurosci. 1998, v. 1, p. 304 – 309.
63. Schultz W. et al. J. Neurosci. 1993, v. 13, p. 900 – 913.
64. Aston – Jones G. Neuroscience. 1997, v. 80, p. 697 – 715.
65. Passingham R. E. Phil. Trans. R. Soc. Lond., B., 1996, v. 351, p. 1473 – 1479.
66. Beck A. T. Depression Clinical, experimental and theoretical aspects. N. Y. 1967, Harper Row.
67. Beck A. T. Cognitive therapy and emotional disorders. N. Y. International Univercity Press.
68. Brown A. S. et al. J. Neural Transm. 1993, v. 91, p. 75 – 109.
69. Jimerson D. C. in Psychopharmacology. The third generation of progress. N. Y. Paven Press, 1987, p. 511 – 515.
70. Reddy P. L. et al. Biol. Psychiatry, 1992, v. 31, p. 112 – 118.
71. Roy A. et. al. Psychiatry Res, 1985, v. 15, p. 281 – 290.
72. Schatzberg A. F. et al. Ann. N. Y. Acad. Sei. 1988, v. 597, p. 462 – 471.
73. Van Praag H. M. et al. Psychol. Med. 1975, v. 5, 138 – 146.
74. Willner P. Brain Res. Ren. 1983, v. 6, p. 211 – 246.
75. Mayberg et al. Am. J. Psychiatry, 1999, v. 156, p. 675 – 82.
76. Liotti M. et al. Biol. Psychiatry, 2000, v. 48, p. 30 – 42.
77. Brody A. L. et. al. Psychiatry Res, 1999, v. 91, p. 1271 – 139.
78. Wilson C. et al. J. Neurosci. 1995, v. 15, p. 5169 – 5178.
79. Katz M. M. et al. Neuropsychopharmacology. 1994, v. 11, p. 89 – 100.
80. Abi-Dargham A. et al. PNAS. 2000, v. 97, p. 8104 – 8109.
81. Peoples L. L. et al. J. Neurosci. 1996, v. 15, p. 3459 – 73.
82. Chang J. et al. J. Neurosci. 1994, v. 14, p. 1224 – 1244.
83. Apicella P. et. al. Exp Brain Res. 1997, v. 116, p. 456 – 66.

Изменения личности у больных опийной наркоманией

Рохлина М. Л., Козлов А. А.

Проблема наркоманий является одной из наиболее актуальных как для здравоохранения, так и для общества в целом. Это обусловлено тяжелыми медицинскими и социальными последствиями злоупотребления психоактивными веществами, среди которых на первом месте находятся характерные изменения личности.

В литературе описан ряд социальных и медицинских последствий злоупотребления наркотиками. Отмечается низкий процент трудовой занятости, высокая частота криминогенного поведения и судимостей, нарушения семейных связей (17, 4, 9, 10, 19, Tchistyakova L. A., 2000). Указывается на повышенный суициdalный риск и высокую смертность больных наркоманиями (22, 6, 24, 28, 27, Shufman N. E., Wit zum E., 1994).

Наркомании, как известно, являются группой высокого риска развития гепатитов, ВИЧ-инфекции и СПИДа.

Еще в XIX — начале XX века были выделены и описаны психоорганические расстройства непсихотического уровня, формирующиеся при опийной и других видах известных в то время наркоманий (12, 16, 3, 29, 26). По мере расширения арсенала психоактивных веществ (ПАВ), совершенствования методов их изготовления и способов употребления происходило накопление данных о психоорганических изменениях, возникающих при различных видах наркоманий, токсикоманий, алкоголизме.

Понятие психоорганического синдрома, введенное E. Bleuler в 1916 году, включало наряду со снижением памяти расстройства аффекта и нарушения мышления в виде обеднения представлений и снижения уровня суждений, отражающие диффузное поражение мозга. В настоящее время существует целый ряд классификаций ПОС. В частности, в одной из последних классификаций Б. Н. Пивень (1996) группирует наиболее существенные для диагностики ПОС признаки, к которым относит нарушения памяти, расстройства эмоциональной сферы, нарушения восприятия, истощаемость психических процессов, снижение критики и соматовегетативные расстройства.

В Международной классификации болезней (МКБ 10), наркологические болезни отнесены к экзогенным психическим расстройствам.

Имеются подробные описания психоорганических расстройств при злоупотреблении различными ПАВ, с указанием на зависимость формирования этих расстройств от давности наркотизации (21) и на то, что степень выраженности интеллектуально-мнестиче-

ских расстройств находится в связи с видом употребляемого наркотика (14, 19, 8, 20).

В отношении опийной (морфинной, героиновой) наркомании данные литературы неоднозначны. Ряд авторов указывает на астению, охватывающую интеллектуальную сферу этих больных (25, 3, 23, 1, 29) и на то, что длительное употребление морфиновых препаратов отражается на умственной работоспособности. Память становится неточной, продуктивность умственной работы понижается, увеличивается утомляемость, планомерная деятельность затрудняется.

Другие авторы отрицают снижение интеллекта у опийных наркоманов и указывают, что интеллект у них остается сохранным на протяжении длительного отрезка времени от начала наркотизации, а качество мышления остается высоким (5, 11, 18, 15, Nyswander M., 1956). У них не отмечается выраженных затруднений при осуществлении операций анализа, синтеза, сравнения (13). А возникающие в процессе заболевания элементы интеллектуально-мнестического снижения, а также астения и анергия обратимы при прекращении приема наркотика и продолжительной ремиссии.

Тем не менее, по мере накопления данных и усовершенствования методов исследования появились факты, указывающие на возникновение деструктивных изменений в нервных клетках и поражении головного мозга при длительной интоксикации морфином. Так, с помощью компьютерной томографии при морфинной наркомании была выявлена мозговая атрофия (2).

Нами было изучено 127 больных опийной наркоманией, проходивших стационарное лечение в ННЦ наркологии МЗ РФ: 80 — героиновой наркоманией и 47, обусловленной употреблением кустарных препаратов из опия-сырца, осложненной приемом димедрола или гипноседативных средств. Средний возраст больных был $25 \pm 6,7$ года. Длительность наркотизации — от 1 года до 24 лет (в среднем — 4,35 года).

У всех пациентов, независимо от вида употребляемого наркотика, в процессе наркотизации формировались следующие черты: повышенная возбудимость, нарастающие аффективные расстройства в виде дисфорических или апатико-абулических депрессий, выраженной аффективной лабильности, преобладание истеро-возбудимых форм реагирования, психо-социальная дисфункция в виде постепенного угасания интересов, различные аномалии эмоционально-волевой сферы, расстройства сферы влечения или сексуальная расторможенность, а также ипохондрия, фобические расстройства.

Личностные изменения у больных нарастили постепенно, начинаясь с заострения преморбидных черт характера. Затем, по мере продолжения употребления наркотиков, проявлялись отчетливые психопатоподобные нарушения и, наконец, развивалось выраженное морально-этическое снижение, в ряде случаев с обеднением чувств, суждений, ослаблением активности, усилившимся психопатоподобной симптоматики, аффективных нарушений, снижением и утратой трудоспособности, социальной дезадаптацией и формированием характерного дефекта. Одновременно с этим все заметней становились интеллектуально-мнестические расстройства.

Следует также отметить, что по мере наркотизации индивидуальные личностные характеристики сглаживались, нивелировались, больные становились как бы все более похожими друг на друга, их поведение в основном определялось психопатоподобными расстройствами истеро-возбудимого и эмоционально-неустойчивого круга или, наоборот, — преобладанием апатико-абулических расстройств. Все это — в совокупности — объединяло изученных нами больных по характеру изменений личности в одну группу, которую можно квалифицировать, как "наркоманская личность".

Типичными чертами поведения и реагирования больных были эгоизм, лживость, позерство, паразитические тенденции, легкомыслие, безразличие к своей судьбе, непоследовательность, неустойчивость намерений, слабый контроль эмоций, показная уверенность в себе и наряду с этим стремление избежать ответственности, желание обвинять в своих неудачах окружающих. Характерными были склонность к тунеядству и праздному образу жизни, циничность, жестокость по отношению к близким, непристойные, грубые выходки, развязность, отсутствие чувства дистанции, притупление родительского долга, в том числе утрата материнского инстинкта, притупление профессионального долга.

Признаки интеллектуально-мнестических нарушений были отмечены у всех больных опийной (самодельные опиаты) и 62 из 80 больных героиновой наркоманией. При этом тяжесть интеллектуального снижения была наибольшей у опийных больных, в меньшей степени — у героиновых наркоманов. Его выраженность четко коррелировала с длительностью употребления наркотиков ($r = 0,34; p < 0,01$).

Проявлялось интеллектуально-мнестическое снижение в следующем: в динамике наркотизации у больных сужался круг интересов — все мысли сосредотачивались на наркотиках. Наблюдались примитивность суждений, застrevание на "мелочах", неспособность обобщать и выделять главное. В беседе больные быстро утомлялись, не могли сконцентрироваться, внимательно следить за содержанием разговора; иногда они не могли вспомнить определенные моменты своей жизни, забывали, о чем идет речь в настоящий

момент, часто переспрашивая; нередко отвлекались, переключались на другие темы, проявляли плоский юмор. Сложные ситуации нередко приводили больных в тупик; при этом у них наблюдалась растерянность, они старались всячески оградить себя от вновь возникшей проблемы.

Характерными проявлениями интеллектуально-мнестических нарушений были также: торpidность мышления, бедность воображения, нарушения непосредственной и опосредованной памяти, мотивационного компонента памяти и динамики мнестической деятельности, в редких случаях — ослабление фиксационной и репродуктивной памяти.

Нельзя не отметить тот факт, что интеллектуально-мнестические нарушения имели транзиторный характер. Катамнез показал, что длительный отказ от употребления наркотиков приводит к определенному улучшению интеллектуально-мнестических функций, хотя полное восстановление и наступает.

У большинства больных наблюдались расстройства аффективной сферы. Они были наиболее выражены в абстинентный и постабstinентный периоды и характеризовались дисфорической (наиболее часто), тоскливой или апатической депрессией. Длительное время у больных сохранялись аффективная лабильность, ипохондричность, астения, бездеятельность, неспособность заняться каким-либо трудом, читать.

Обращала на себя внимание ипохондричность у многих больных, которая не была свойственна им ранее. Больные высказывали тревожные опасения, что в результате наркотизации они могут заболеть неизлечимыми болезнями, прислушивались к своим соматическим ощущениям и нередко преувеличивали их, просили показать их тем или иным специалистам, без конца обращались к врачу с просьбой назначить дополнительные медикаментозные средства. Наряду с этим, критика к злоупотреблению наркотиками у них отсутствовала. Частота рецидивов у этих больных оказалась такой же, как у остальных больных. Их ипохондрические высказывания шли как бы в разрез с их поведением и отношением к наркотизации в целом.

В период ремиссии у значительного числа больных также наблюдались своеобразные аффективные расстройства. Чаще всего это было тревожно-дисфорическое или тоскливо-дисфорическое состояние, которое сменялось в дальнейшем (через 2–4 месяца и более) — апатико-абулическим. При этом чем меньше времени проходило после купирования абстинентных явлений, тем выраженнее были дисфория, эксплозивность, и, наоборот, чем дальше от абстиненции — тем в большей степени отмечались апатия, безволие, неспособность к труду. Больные были совершенно бездеятельны, беззаботны, легкомысленны, развязны, порой неуправляемы. У них отмечалась неустойчивость намерений. Кроме того, у многих пациентов наблюдалась эмоциональная лабильность, они становились чувствительными к состоянию ма-

лейшего душевного дискомфорта, неадекватно реагировали даже на незначительные психотравмирующие моменты. У них сразу же снижалось настроение, что, в свою очередь, способствовало актуализации патологического влечения к наркотикам и нередко приводило к рецидиву.

Клиническое исследование изменений личности больных наркоманиями, их эмоциональной сферы, памяти и интеллекта подтверждалось результатами психологического обследования (тестирования), которое показало следующее.

Хроническое злоупотребление наркотиками приводит к значительным изменениям личности. Эмоциональная сфера характеризуется стрессом в результате фruстрированности, потребности в удовольствии и покое. Нарушение динамики мнестической деятельности проявляется неустойчивостью внимания больных, быстрой истощаемостью и сниженной работоспособностью и нередко сочетается с аффективно-эмоциональной неустойчивостью. А преобладание у них среднего уровня обобщения может свидетельствовать о наметившейся тенденции к снижению интеллектуальных способностей.

В результате проведенного лечения и длительного отказа от наркотиков эти показатели существенно улучшаются. При этом, наиболее опасным этапом становления ремиссии является период от 1 месяца до полугода после отказа от наркотиков. В это время наблюдается внезапное или периодическое усиление психопатологической симптоматики (даже на фоне медикаментозной терапии), что способствует актуализации влечения к наркотикам и далее — к срыву и к возобновлению их приема.

В то же время, длительный отказ от употребления наркотиков приводит к определенному улучшению интеллектуально-мнестических функций. Это, по-видимому, подтверждает транзиторный характер таких нарушений, хотя полного восстановления может и не наступить.

Наиболее устойчивыми характеристиками личности больных наркоманиями, мало подверженными изменениям в ходе лечения, являются асоциальность, конфликтность, нарушенный контроль за своим поведением.

Таким образом, изменения личности у больных опийной наркоманией характеризуются повышенной возбудимостью, выраженной аффективной неустойчивостью, преобладанием истеро-возбудимых форм реагирования, наличием асоциальности, конфликтности, легкого интеллектуально-мнестического снижения и бездеятельности, которые мы расцениваем как "органическое снижение уровня личности с десоциализацией" или своеобразный психоорганический синдром, сформировавшийся в результате злоупотребления психоактивными веществами. У больных, употребляющих самодельные опиаты, проявления

психоорганического синдрома были выражены в значительно большей степени, чем у больных героиновой наркоманией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бориневич В. В. Наркомании, М., 1963. — 275 с.
2. Бушев И. И., Карпова М. Н. Ж. Невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1990. — 90(2). — с. 107 — 109.
3. Горовой-Шаотан В. А. О патогенезе морфинной абstinенции. — Дисс. докт. мед. наук, 1942.
4. Гречаная Т. Б., Врублевский А. Г., Егоров В. Ф. Материалы XII съезда психиатров России. — М., 1995. — с. 705 — 706.
5. Гуревич М. О., Серейский М. Я. Учебник психиатрии. — М. — Медгиз, 1946.
6. Егоров В. Ф., Кошкина Е. А., Корчагина Г. А., Шамота А. З. Русский медицинский журнал. — 1998. — январь. — с. 109 — 114.
7. Козлов А. А., Бузина Т. С. Ж. Невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1999. — № 10. — с. 14 — 19.
8. Козлов А. А. Клинические проявления изменений личности у больных наркоманиями. Автореф. дисс. канд.. — М., 1999.
9. Кошкина Е. А. Методы изучения потребления психоактивных веществ среди различных групп населения. Пособие для врачей психиатров-наркологов., М., 1997. — 82 с.
10. Кошкина Е. А., Шамота А. З., Вышинский К. В. Ж. Вопросы наркологии, 1997. — № 4. — с. 64 — 67:
11. Короленко Ц. П., Шматко Н. С., Евсеева Т. А., Толыго И. С. Материалы 4-го съезда невропатологов и психиатров УССР. — Киев, 1967. — Т. 2. — с. 122 — 123.
12. Корсаков С. С. Курс психиатрии. М., 1901. — 1113 с.
13. Лысенко И. П., Ревенок А. Д. Восьмой всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов. — М., 1988, Т. 1. — с. 392 — 394.
14. Михайличенко И. П. Актуальные вопросы алкоголизма и наркоманий. — Вильнюс. — 1983. — с. 58 — 60.
15. Морозов Г. В., Боголепов Н. Н. Морфинизм. М., 1984. — 174 с.
16. Осипов В. П. Руководство по психиатрии. М. — Л.: Госиздат, 1931.
17. Пелипас В. Е., Мирошниченко Л. Д. Ж. Вопросы наркологии. — 1991, № 1. — с. 31 — 34.
18. Пятницкая И. Н. Клиническая наркология. Л., Медицина, 1975.
19. Рохлина М. Л., Козлов А. А., Каплан И. Я. Ж. Вопросы наркологии. — 1998, № 1. — с. 11 — 20.
20. Рохлина М. Л., Козлов А. А. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. — М.: изд-во "Анахарсис", 2001.
21. Селедцов А. М. Психоорганические расстройства при злоупотреблении различными психоактивными веществами. Автореф. дисс. докт., 1994.
22. Трайнина Е. Г. Особенности аутоагрессивных проявлений и расстройств при некоторых формах полинаркоманий. Автореф. дисс. канд. М., 1984.
23. Стрельчук И. В. Клиника и лечение наркоманий. — М.: Медгиз, 1956.
24. Чирко В. В. XIII съезд психиатров России (Материалы съезда). — Москва, 2000, с. 276.
25. Эрленмайер А., Солье П. Морфинизм и его лечение. Спб, 1899. — 474 с.
26. Bleuler E. Руководство по психиатрии. Берлинъ, 1920. (Перевод с немецкого издания, 1916).
27. Gable Robert S. Am. J. drug alcohol abuse. 1993, 19(3), P. 263 — 281.
28. Goughan J. Z., Miller J. P., Wagelin D., Whitman B. J. J. Clin. Psychiatr., 1982, Vol. 43. — № 6. — P. 225 — 228.
29. Kraepelin E. Über die Beeinflussung einfachen psychischen Vorgänge durch einige Arzneimittel. — Zeha, 1892.

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Ну вот, и сифилис мозга!

Семинар ведет А. Ю. Магалиф (15 апреля 2004 г.),
врач-докладчик Г. В. Огнева

Уважаемые коллеги, вашему вниманию представляется больной Г. 1963 г. рождения. В больницу им. В. А. Гиляровского поступает второй раз. Первое стационарирование было 22 августа 2003 года.

Анамнез. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родился от поздней беременности (матери было 38 лет) единственным ребенком в семье. Роды были затяжные, родился в асфиксии. Закричал не сразу. В дальнейшем развивался нормально. В детстве болел мало: перенес корь, ветрянку без осложнений. В школу пошел в семь лет. Учился хорошо. Имел много друзей. Увлекался спортом, музыкой. Окончил музыкальную школу по классу бас-гитары. Позднее, в 80-х годах, организовал свою музыкальную группу, с которой выступал на концертах и дискотеках. Организовывал дискотеки. По окончании восьмого класса работал на заводе АЗЛК перегонщиком автомобилей. С 1985 по 1987 год служил в армии водителем в летних войсках. После демобилизации женился. В то же время закончил курсы иностранных языков. Овладел итальянским языком. Работал какое-то время в клинике Святослава Федорова водителем и одновременно переводчиком, когда в клинику приезжали иностранцы. Был азартным человеком: увлекался казино, игровыми автоматами, даже не приходил домой. Примерно с 1992 года занялся бизнесом. Работал в компании "Бизнес-табак", которая имела одновременно и продуктовую линию. Однажды при перевозке, возможно контрабандного шампанского из Италии, на таможне груз был задержан, и фирма предъявила ему крупную сумму долга — 148 тыс. долларов, которую он потом отрабатывал на этой же фирме. В этот же период жена ушла от больного вместе с четырехлетней дочерью. В течение восьми лет с женой не живет, но развода не оформил. Жена живет с другим мужчиной. С женой и ребенком дружеские отношения. Жена навещает престарелых родителей больного, он встречается с дочерью. В течение последних 3–4 лет проживал с женщиной вне брака. У них родился ребенок, которому сейчас около трех лет. После развода фирмы нигде не работал. В начале 2003 года вернулся к родителям, где и проживает по настоящее время. Примерно с марта 2003 года у больного появились странности в поведении. Со слов жены резко похудел, говорил, что

занимается правильным питанием, стал уделять повышенное внимание своему здоровью, часто исчезал из дома, ничего не объясняя родителям. Обклеил комнату различными картинками, вырезанными из газет и журналов. Говорил навещающей его дочери, что если смотреть на эти картинки, то они могут двигаться. 20 августа 2003 года у больного внезапно резко изменилось состояние: перестал разговаривать, есть, сидел в однообразной позе или внезапно вскакивал и бежал раздетым, босиком на улицу. По просьбе родственников скорой помощью доставлен в 20-ю городскую клиническую больницу, где в приемном отделении был осмотрен психиатром. Был растерян, взгляд бессмысленный, озирался по сторонам, на любой вопрос отвечал: "Что такое?". Периодически пел, насвистывал, нецензурно банился. Внезапно становился агрессивным, сопротивлялся осмотру. В таком состоянии больной был отправлен в нашу больницу 22 августа 2003 года. В отделении был труднодоступен контакту, на вопросы не отвечал, застывал в однообразной позе, к чему-то прислушивался, насвистывал, неожиданно вскакивал с постели, нецензурно банился, отталкивал от себя персонал. Первые три дня терапии галоперидолом по 5 мг внутримышечно 3 раза в день, реланиумом 4 мг внутримышечно на ночь, состояние оставалось прежним. Был недоступен, что-то шептал, свистел, застывал в однообразных позах. Был переведен на терапию мажептилом по 10 мг. 3 раза в день и аминазином — 50 мг на ночь. На второй день терапии состояние улучшилось: стал спокоен, самостоятельно приходил в процедурный кабинет и столиковую, но на вопросы по существу не отвечал. В дальнейшем общался с больными, стремился к беседе с врачом. Во время беседы сообщил, что ему снился сон наяву: как будто он вез на своей машине итальянца и был у него переводчиком. Итальянец ехал в город Воскресенск, где у него живет русская жена. Затем больной вернулся в поселок Верейю, где он проживал летом с отцом. Дома у него сильно болела нога в области бедра, он вызвал "03" и таким образом попал в нашу больницу. Что с ним было на самом деле, не помнит. Просит врача рассказать, в каком состоянии он поступил. При обследовании в крови больного выявлены четыре креста по реакции Вассермана, но клинической картины сифилиса не было. Был консульти-

рован сифилидологом. Прошел курс пенициллинотерапии по 1 миллиону единиц четыре раза в день в течение двадцати дней. При психологическом обследовании больного, наряду с нарушением в сфере внимания и мнестическим снижением, выступали специфические процессуальные нарушения мышления: разноплановость, вычурность, нецеленаправленность, некритичность.

На электроэнцефалограмме были выявлены выраженные изменения в виде дисритмии, доминирования медленной активности с акцентом в левой височной области, с признаками выраженной дисфункции стволовоэнцефальных образований. Больной был консультирован профессором Гориным из института им. В. П. Сербского. Установлен диагноз: "Шизофрения приступообразно-прогредиентная". Сифилис расценен как сопутствующее заболевание. Больной в удовлетворительном состоянии с относительной критикой был выписан домой под динамическое наблюдение участкового психиатра и венеролога. После выписки состояние было удовлетворительным. Посещал ПНД, принимал поддерживающую терапию, сам восстановил утерянные документы. Пытался устроиться на работу, но особой инициативы не проявлял. Так как больной уже около трех лет не работал, в ПНД ему было предложено пройти МСЭК для оформления группы инвалидности. Перед настоящим поступлением родители стали замечать резкое ухудшение памяти у больного: по несколько раз в день спрашивал, какое число, месяц, день, что означает четырнадцать часов, сколько это? Тут же забывал. Состояние резко изменилось 14 марта 2004 года, когда больной снова внезапно перестал разговаривать, застыпал в однообразной позе, к чему-то прислушивался, появилась слабость в правой руке. Родители вызвали бригаду "03". Больному был сделан какой-то укол, после чего у него развился судорожный припадок, и он был госпитализирован в 54-ю Городскую больницу с подозрением на инсульт. Там он провел менее суток. В связи с неадекватным поведением в отделении к больному была вызвана психиатрическая бригада. Был малодоступен, мимика галлюцинаторная, неадекватно улыбался, на вопросы практически не отвечал. Бригадой скорой помощи больной был доставлен в нашу больницу. Утром у него вновь наблюдался судорожный припадок с потерей сознания, мочеиспусканием. После припадка был вялым, сонливым.

Соматический статус. Кожные покровы чистые. Давление 130 и 90. Тоны сердца ритмичные. В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный.

Неврологический статус. Зрачки узкие, равны между собой. Реакция на свет живая. Конвергенция недостаточная. Движение глазных яблок в сторону и вверх ограничено. Сухожильные рефлексы рук — равномерные, коленные — с акцентом справа. Менингиальные знаков нет.

Психическое состояние. Сознание ясное. Кон tactу малодоступен. Заставляет в однообразной позе. Мимика галлюцинаторная, к чему-то прислушивается. Инструкции выполняет после многократных повторений. Неадекватно улыбается, иногда свистит. Галлюцинаторная симптоматика исчезла примерно на третий день. Больной некоторое время оставался заторможенным. На первый план выступили мнестические расстройства: не помнит число, месяц, год, как зовут врача, хотя узнавал его. Не может сказать, когда он поступил в больницу, кто из родственников его навещал, не может назвать имя друга, который к нему неоднократно приезжал. Не может сказать, осматривался ли он врачом. На все вопросы говорит: "Я не помню". Во время беседы неадекватно улыбается, благодушен.

17 марта 2004 года больному была проведена компьютерная томография головного мозга. Выявлена открытая смешанная гидроцефалия, атрофия головного мозга.

Учитывая, что при предыдущем поступлении у больного был выявлен сифилис в крови, а также обнаружено изменение головного мозга на КТ и электроэнцефалограмме, была проведена спинномозговая пункция. В ликворе по реакции Ланге четыре креста. Больной проконсультирован научным сотрудником отделения сифилидологии Центрального научно-исследовательского института кожно-венерологической патологии А. В. Аншуковым. Диагноз: "Поздний менинговаскулярный нейросифилис". Назначена антибактериальная терапия. В настоящее время больной получает антибиотик "Мегион" по 2 мл внутримышечно 1 раз в сутки. Курс лечения — 20 дней. Терапия началась с 1 апреля 2004 года. Больной дважды осматривался психологом. На сегодняшний день состояние больного улучшилось. Охотно беседует, сообщает анамнестические данные, но остается благодушным, безразлично относится к своему заболеванию, хотя знает, что у него обнаружен сифилис мозга. Планов на будущее не строит.

Вопросы к врачу-докладчику: — Он знает, какую терапию ему проводили? — Знает, конечно. Он первые дни получал галоперидол внутримышечно в течении 3–4 дней.

— Дегидратацию делали? — Ему дважды делали пункцию, и его состояние улучшилось. — Когда он заразился сифилисом? — Дату заражения выяснить не удается. Он так говорит: "Я не знаю. Когда-то встречался с проститутками". Сыпи он у себя не замечал.

Психолог Н. И. Гостева. Первое обследование проводилось 11.09.2003 г.

Больной ориентирован в месте и собственной личности, во времени — неточно, ошибается на день при указании даты. Причину госпитализации назвать не может. Темп деятельности замедленный, работоспособность низкая. Внимание крайне неустойчиво, страдает способность к концентрации и распределению.

нию. Отсчет от ста по семь выполнить не мог. Память грубо снижена. Кривая запоминаемости: 2, 4, 3, 4 слова из 10. Отсроченное воспроизведение — только 3 слова. Введение опосредования ухудшает эффективность мnestической деятельности. Из 15-ти предъявленных стимулов больной правильно вспоминает только четыре. Ассоциативный процесс протекает в замедленном темпе. Образы не всегда адекватны по смыслу, по содержанию эмоционально выхолощены. Мысление больного характеризуется разноплановостью, элементами вычурности, наличием субъективной установки, заметно снижены произвольность и критичность мыслительной деятельности. Эмоциональная сфера характеризуется выраженной неустойчивостью, тревогой, нетерпеливостью, беспокойством. Тест Люшера указывает на тревожно-депрессивное состояние, взбудораженность, ощущение своего бессилия как-то повлиять на ситуацию. Нетерпелив и раздражителен. Графика больного органическая, дефектная.

Таким образом, по результатам психологического обследования, на первый план наряду с нарушениями в сфере внимания и мnestическим снижением, выступают специфические процессуальные нарушения мышления: разноплановость, вычурность, нецеленаправленность, некритичность.

Ведущий: — Приведите, пожалуйста, пример разноплановости и вычурности. — Например, методика классификации предметов, это — способность категориально обобщать. Больной, действительно способен в медленном темпе распределить все 62 карточки на соответствующие категории. Но, тем не менее, на этом уровне категориального обобщения он не удерживается, и появляются такие решения: объединяет два предмета: бабочку и ласточку в группу "легкокрылые". Это пример вычурности. Второй пример, который свидетельствует о разноплановости. Больной вытаскивает из каждой категории по одному предмету и составляет группу, которая у него называется "сопутствующие предметы". Здесь у него часы, этажерка, стакан, велосипед, глобус и книга. При этом есть группа "транспорт", но там нет велосипеда; группа "школьно-письменных предметов", но он оттуда забирает книгу с глобусом; группа — "посуда", но он убирает стакан. То есть он способен категориально обобщать, но это не та импульсивность, которая присуща больным-органикам, когда они тыкают карточкой и не знают, куда ее положить. Здесь больной способен категориально обобщать, но на этом уровне не удерживается, и уже из выделенных им групп забирает карточки, складывает в отдельную группу и называет "сопутствующим товаром". Еще один пример нелепости и некритичности. Когда я даю проективный рисунок дерева, а потом спрашиваю: "В кого это дерево могло бы превратиться?", больной мне говорит: "В палубу корабля". Хотя вопрос, не во что могло бы превратиться, а в кого. У Зейгарник и у Рубинштейн написано, что при высоких дозах нейролепти-

ков, больные способны давать подобные нарушения памяти.

Второе промежуточное обследование 23 марта 2004 г. На первый план выступает выраженная отрицательная динамика памяти, внимания, умственной работоспособности с низкой продуктивностью, нецеленаправленностью мыслительной деятельности, наличием нелепых парадоксальных суждений. Целенаправленность мыслительной деятельности заметно снижена, имеют место нелепые парадоксальные решения. Например, больной образует группу с вычурным названием "разнопитающиеся". Это карточки с изображением птиц и бабочки, которая пьет нектар, а птицы питаются обычной пищей. Он все категориально обобщает, сравнивает понятия, интерпретирует пословицы. Но на этом фоне делает группу, которая называется "ассортимент". Туда входят: часы, ножницы и метла.

Последнее психологическое обследование. Он ориентирован в месте и собственной личности. Не может назвать текущей даты, не помнит нашей второй встречи, контакту доступен, настроение ровное с налетом благодушия. Инструкции усваивает, однако в полном объеме не удерживает вследствие резкого снижения памяти. Работоспособность низкая, деятельность малопродуктивная, в медленном темпе. Однако, следует отметить, что скорость интеллектуальных процессов по сравнению с двумя предыдущими обследованиями улучшилась.

По объективным данным. Объем активного внимания значительно снижен. Процесс переключения внимания осуществляется в заторможенном темпе, отмечается вязкость произвольного внимания. Больной обращается к произвольному речевому контролю, нарушая инструкцию, проговаривает свои действия вслух. Колебание внимания выраженное. При выполнении серийных операций, например, отсчет от ста по семь, отмечаются единичные ошибки. При складывании и вычитании двузначных чисел латентные периоды ответов резко увеличиваются. Однако результат всегда отрицательный. При воспроизведении ритмических структур серийных структурированных звуков, обнаруживает трудности, легко появляются персеверативные ответы. Память значительно снижена. На простых опытах заучивания десяти слов у больного объем воспроизведения на уровне четырех-пяти элементов. На кривой заучивания можно видеть своеобразное плато, что свидетельствует о поражении лобных долей мозга. Инертность наблюдается и при воспроизведении фраз. Больному удается повторить лишь часть последней фразы из двух предъявляемых. Введение опосредования не ведет к существенному улучшению продуктивности мnestической деятельности. Из 17-ти предъявленных понятий больной вспоминает правильно только два. В шести случаях называет опосредующий образ вместо стимула. Ассоциативный процесс протекает в медленном темпе, образы бедны, примитивны, стереотипны. Гра-

фика испытуемого органическая, дефектная с грубыми персеверациями. При воспроизведении большого объема материала, например, рассказ, отмечаются конфабуляции. Самостоятельное прочтение другого рассказа не меняет картины воспроизведения. Заучивание материала при повторении ведет к снижению продуктивности процесса произвольного заучивания, что отражает истощение механизмов произвольной регуляции мнестической деятельности. Узнавание как более пассивная форма мнестической деятельности в целом сохранна. Была допущена единичная ошибка: при узнавании изображения в зашумленных условиях больной не узнал расческу и идентифицировал ее с изгибами конструкций. При узнавании геометрических фигур (некоторые хорошо прорисованы, а некоторые штриховкой) не может вспомнить слово "прямоугольник". Подсказываю: "Прямоугольник". Через минуту спрашиваю: "Как называется эта фигура?", он говорит: "Периметр". Латеральная парафразия. Письменная речь сохранна. Имеют место единичные ошибки: слово "дятел" пишет с мягким знаком на конце; в слове "гора" последнюю букву вместо "а" пишет "л". Нарушения пространственного гноэзиса и праксиса не обнаруживает. Сфера мышления характеризуется значительной тугоподвижностью, инертностью. Категориальный способ решения мыслительных задач больному доступен и используется. Однако этап сверхобщения не доступен. Имеют место импульсивные бездумные решения. Например, заканчивая выполнение методики классификации предметов, больной из образованной им ранее группы "животные", убирает три карточки с изображением кошки, собаки, петуха и называет эту вновь образованную группу "приложение к человеку", объясняя, что за ними надо ухаживать. Понимание переносного смысла метафор доступно. Понимание простых пословиц не доступно. Но вместе с этим больной с трудностями, но справляется с заданием по анализу сюжетной картинки. Для понимания содержания такой картины испытуемый должен выделить детали, сопоставить их друг с другом, создать гипотезу о ее смысле и затем, сверить эту гипотезу с реальным содержанием картинки. Он это делает. Эмоционально-личностная сфера характеризуется чертами астенизации, налетом благодушия. Критичность и самопроизвольный контроль поведения нарушены.

Таким образом, на первый план выступают грубые нарушения в сфере внимания, мнестические нарушения, достигающие степени дефекта, тугоподвижность, ригидность, инертность, импульсивность и некритичность мышления на фоне снижения критичности и самоконтроля поведения. Комплекс нарушений указывает на заинтересованность лобно-височных структур коры головного мозга.

Ведущий: — Разноплановость была выявлена? — Разноплановости как таковой нет, но грубая некритичность остается. Все три заключения дают нам право говорить и о процессуальных нарушениях мышле-

ния в том числе. Но грубая некритичность рефреном идет везде. При этом графика грубо-органическая.

Врач-сифилидолог А. В. Аншуков. Основной принцип современного лечения нейросифилиса это — обеспечение трепонемоцидной концентрации антибиотиков в ликворе. У пациента в прошлом году использовались большие дозы пенициллина, но показано, что они у 1/3 пациентов могут достигать трепонемоцидных концентраций, а у 2/3 — нет. Понятно, почему мы не имели успеха первого курса лечения. Сейчас мы смогли выбрать две схемы лечения: внутривенное введение пенициллина по 10 млн. единиц на физрастворе капельно 2 раза в сутки, т.е. 20–24 млн. единиц в день. Эти дозы обеспечивают проникновение пенициллина через гематоэнцефалический барьер в нервную систему и в ликвор. Эти дозы близки к нейротоксическим. Нейротоксическая доза пенициллина считается — 30 млн. единиц в сутки. Поэтому надо подумать, стоит ли назначать пенициллин в таких дозах больным с выраженной энцефалопатией, с тяжелым состоянием, близким к ступору. Этому больному был назначен препарат "Мегион", международное название — "Цефтриаксон". Препарат беспрепятственно проникает через гематоэнцефалический барьер и другие тканевые барьеры, поэтому, дозировки обычные. Этот препарат используется при лечении различных бактериальных менингитов. Дозировки, которые рекомендуются — от 1 до 4 граммов в сутки. Мы обычно используем дозировки — 1–2 грамма. Мы смотрели концентрацию при различных дозах, и выяснилось, что в дозе 0,5 грамм в сутки цефтриаксона, не у всех больных обеспечивается трепонемоцидная концентрация. Значит, можно предположить, что доза — 1 грамм у больного с весом выше среднего, не всегда может обеспечить трепонемоцидную концентрацию. К тому же, у больного при длительных сроках заболевания имеются такие формы, для воздействия на которые нужна концентрация в несколько раз большее, чем трепонемоцидная, которая оказывает действие на спиралевидные формы. Здесь оправдана большая доза препарата — 2 грамма в сутки. Можно было бы и 4 грамма, но это только пациентам с очень высоким весом.

Ведущий: Скажите, пожалуйста, какой у Вас прогноз? — Хотелось бы иметь оптимистический прогноз, но все равно, каждый раз не знаешь, чем все это закончится. Здесь многие факторы определяют: не только давность заболевания, например, человек лет десять может быть просто носителем, т.е. не иметь активности процесса, но вдруг процесс внезапно обостряется. Нейросифилис вообще может развиваться как угодно: внезапно или постепенно. Обычно, если процесс острый, быстро проводится специфическое лечение, то и о восстановлении можно говорить с большей вероятностью. А если более выражены атрофические изменения, то мало вероятности того, что он восстановиться.

Вопрос из зала: — *А первичные признаки были у него?*

— Мы всегда знали, что наличие твердого шанкра или признаков вторичного периода — сыпи не всегда обязательны при сифилисе. Сифилис может быть так называемый “безголовый”, т.е. сразу в скрытой форме. Последние годы особенно обозначилось, что меньше стало манифестных форм и больше скрытых. Изменились особенности реагирования иммунной системы на спирохету. То ли сама спирохета как-то поменялась, то ли широкое применение антибиотиков привело к тому, что на ранних стадиях заглушается активность сифилиса, и он переходит в скрытые формы.

Ведущий: *Сейчас большой рост сифилиса?* — Рост большой. — *Нейросифилис всегда поступает в психиатрические больницы или чаще в неврологические отделения?* — В неврологические. — *И там процент довольно большой?* — Трудно сказать, какой процент составляют больные из числа неврологических или психиатрических стационаров. Я думаю, что за год несколько больных в одном отделении проходит. — *Это менингоэнцефалиты, как правило?* — Мы придерживаемся немного другой классификации. Мы это все относим к менинговаскулярному нейросифилису. Паренхимотозная форма, как прогрессивный паралич и спинная сухотка, особняком идут. — *Дегенеративные процессы вещества мозга есть?* — При ишемическом инсульте тоже размягчение вещества в зависимости от сосудистого бассейна. Есть больные с ишемическими нарушениями. Они все сосудистые больные. Есть понятие хронической ишемии мозга, которая ведет к вторичной атрофии ткани мозга. При остром нарушении мозгового кровообращения в зависимости от калибра сосуда она может клинически проявляться или не проявляться. — *А в психиатрических стационарах много таких пациентов?* — Только в Вашей больнице человек пять прошло на протяжении года. — *Это больше, чем было в 40–50-е годы?* — Дело в том, что у нас эпидемия сифилиса раза в три-четыре превысила эпидемию послевоенных лет. Эпидемия началась в начале 90-х годов. Пик пришелся на 1996 г., и к сегодняшнему дню мы имеем рост нейросифилиса. Сейчас уже есть случаи прогрессивного паралича, и, может быть, через 5–10 лет появится спинная сухотка.

— *А как выявляется заболевание сифилисом?* — Во всех стационарах по приказу Минздрава при поступлении больного берутся анализы на ВИЧ, гепатит и RW (сифилис). Другое дело, какие тесты используются. Кто-то использует скрининговые тесты — РПР. Мы слышали сегодня, что реакция Вассермана была положительной. Действительно, при поздних сроках реакция Вассермана может быть положительной. Здесь можно говорить о так называемых “качелях”, когда преобладает инфекционная активность, затем идет иммунный ответ. Потом иммунный ответ гасит инфекцию, спирохета уходит в цист-формы. Иммун-

ный ответ тоже постепенно снижается. Могут быть такие волны. Когда амплитуда их возрастает, это приводит к клиническим проявлениям. Если применяются экспресс-методы, РПР, то можно легко пропустить заболевание.

Ведущий: *Что такое РПР?* — Это экспресс-метод, аналог реакции Вассермана. Неспецифический тест. Он проводится с кардиолипидным антигеном. Реакция пассивной гемагглютинации — специфический тест. Он не позволяет пропустить больного сифилисом. Но при этом мы будем выявлять тех больных, которые действительно когда-то болели и вылечились. Но, все равно, если такой пролеченный больной попадает в психиатрическую или неврологическую клинику, стоит поискать у него нейросифилис, особенно, если такое подозрение возникло.

Вопрос из зала: — *Цитоза у него не было?* — Мы повторно пунктировали, чтобы нам посчитали цитоз, потому что, первый анализ был без цитоза. Мы получили ответ: “Единичные в поле зрения”. Это зависит от остроты процесса и от степени инфильтрации оболочек. Если процесс преимущественно сосудистый, оболочки слабо инфильтрированы, и цитоз может быть нормальный.

Вопрос из зала: — *Как Вы можете ставить менинговаскулярную форму, когда нет других данных за поражение менингиальных оболочек: при обследовании у невропатолога нет ни одного менингиального знака?*

— По немецкой классификации, которой мы пользуемся, менинговаскулярный нейросифилис объединяет в себя и менингит, и васкулярные формы. Поэтому здесь общее понятие — менинговаскулярный нейросифилис. С другой стороны, цитоз в ликворе определяется степенью поражения оболочек. Поражение все равно может быть, но цитоз при этом нормальный. Потом оболочечный процесс может быть локализован, например, в области основания мозга. При этом цитоз в области поясничного отдела в районе каудальной системы, будет нормальный. Поэтому это имеет довольно важное значение, но не абсолютное.

Ведущий: *В данном варианте, можно говорить, что в основном имеется поражение паренхимы?*

— Здесь можно говорить о поражении паренхимы вторичном, вследствие того, что у больного хронический васкулит.

Ведущий: *Можно ли в данном случае говорить о прогрессивном параличе?*

— С точки зрения только нашей специальности на Ваш вопрос ответить нельзя. Вы, очевидно, имели ввиду лабораторные критерии постановки диагноза. Они относительны, потому что по цитозу нельзя сказать. Для прогрессивного паралича характерен высокий цитоз, но при вакулярном, он может колебаться от нормальных значений до нескольких сотен. Белок может говорить о степени дегенерации нервной ткани (быстрый процесс) и, чаще всего, говорит о наруше-

нии проницаемости оболочек мозга. Здесь как раз могла бы нам помочь реакция Ланге. Она может дать паралитический тип кривой, может дать менингитический или сифилитический зубец. Реакция Ланге тоже имеет относительное значение, т.к. может дать паралитическое плато при васкулярном сифилисе. Чем больше мы имеем сведений о больном, тем легче нам разобраться. Даже патоморфологический диагноз весьма сложен. Одни и те же признаки. И там, и здесь сосудистое поражение, размягчение тканей мозга. Если мы находим в ткани мозга спирохету, вокруг нее зону размягчения и инфильтрат, то мы можем говорить, что это именно энцефалит, т.е. прямое поражение паренхимы мозга. А так мы можем говорить о вторичном поражении, т.е. вследствие ишемического влияния.

Ведущий: Вы пунктируете в лежачем положении больного? — Обычно, да. — Жидкость как вытекает? — По скорости истечения жидкости мне было сложно ориентироваться, потому что все, что написано в руководствах, ориентировано на диаметр иглы. Одно время был стандарт игл для пункции. Они диаметром 1 мм и выше. У меня диаметр иглы — 0,75. Я не могу по скорости ориентироваться. — Но струи нет? — Такая иголка струи никогда не дает.

Вопрос из зала: Сколько больных нейросифилисом Вы наблюдали? — Вообще больных нейросифилисом свыше 70-ти человек, из психиатрических больниц — примерно 25 человек. — Это за какой срок? — Нейросифилисом я занимаюсь около 3-х лет, а с психиатрами общаюсь, в основном, последние год-полтора.

Ведущий: А почему у этого больного невролог не установил анизокории? — А это не обязательные признаки. Был один вопрос о заразности таких пациентов. Пациенты с поздним сифилисом не заразны ни бытовым образом, ни при случайных уколах медперсонала.

— Эффективность терапии как Вы определяете? — Во-первых, сразу на фоне лечения. Во-вторых, мы проводим контроль ликвора, контроль крови раз в полгода и клиническое обследование у невролога, у психиатра, все в совокупности.

БЕСЕДА С БОЛЬНЫМ

Больной входит в зал бодро, улыбается, держится свободно, без стеснения. Внешне интересный мужчина.

— Здравствуйте! Проходите, пожалуйста. Как жизнь? — Спасибо, хорошо. — Чего же хорошего, лежите в психиатрической больнице? — Я второй раз уже здесь. — Привыкли? — Привык. — Выписаться хотите? — Да, есть желание. — А зачем, тут же хорошо? — Вы знаете, дома лучше. — А что Вас дома ждет? — В первую очередь — папа и мама. — Вы вместе с родителями живете? — Да. — Вы втроем живете? — Да. — Работаете? — Я устраивался и нашел ра-

боту, но попал в больницу. — А какую работу нашли? — Механика в гараже МВД. — Разбираетесь в машинах? — Да. — Но Вы же — водитель? — Это профессия — водитель. А когда учился, то специальность получил — автомеханик. — Скажите, пожалуйста, а почему Вы в больницу попали, чем Вы заболели? — Чем я заболел, мне не сказали. Поэтому я до сих пор не знаю, как называется моя болезнь. Что-то с ней-ро. — Что такое — “нейро”? Какой орган болен? — В данном случае — голова. — У Вас болела голова, поэтому Вы здесь оказались? — Она и не болела. Есть нервные клетки в голове, как мне сказали, и они, видимо сместились. Я точно не знаю. — И что в результате этого получилось? — Первый раз получилось, что я не реагировал ни на кого. Меня спрашивали о чем-то, я не отвечал. — Почему? — Это вопрос, скорее к Вам. — Да, но что у Вас было за состояние, почему Вы не отвечали? — Я замкнулся. — Почему Вы замкнулись, Вам было страшно отвечать? — Во втором случае предшествовало то, что у меня были галлюцинации: двигались предметы. Если смотришь на картинку, она тоже оживает. — Картины были цветные или черно-белые? — И цветные и черно-белые. — А как они оживали? — Допустим, раздевались. — Разговаривали? — Нет. — А что слышалось? — Я ничего не слышал. — Когда Вы поступили в больницу, у Вас было такое выражение лица, как будто Вы кого-то слушаете. Слышалось что-нибудь: голоса, музыка? — Нет, ничего. — Вас удивляло, что картинки двигаются? — Отчасти, да. — Как Вы это объясняли? — Думал, что у меня что-то со зрением. — Почему все-таки, трудно было двигаться: не хотелось или просто тело не слушалось? — Онемение было. — Это второй раз. А когда Вы первый раз поступили, онемения не было, но Вы застывали в каких-то позах? — Я не припоминаю. — Страшно было? — Нет. — А Вы сразу поняли, что Вас привезли в больницу? — Понял. — А что это психиатрическая больница, Вы поняли? — Не сразу. — Вам казалось, что Вы в центре внимания находитесь? — Меня смотрели по двое-трое человек врачей сразу. — Окружающие люди не казались Вам подозрительными, странными? — Нет, я понимал, что это врачи. — А как Вы воспринимали больных? — Такие же, как я. — Была разница в Вашем самочувствии при первом поступлении и при втором? — Было хорошее самочувствие. Я был тем, кем был, пока не заболел. — Зачем тогда надо было в больницу поступать, если самочувствие было хорошее? — Это было 15 марта этого года. Папа меня стал спрашивать, я повернул голову и замолчал, не стал с ним говорить. — Долго Вы не говорили? — Я не знаю, сколько времени. Папа вызвал “03”. — Вы помните, что у Вас был припадок? — Мне рассказывали. — Вы сказали, что у Вас онемела правая рука. А еще что-нибудь онемело? — Нога немного. — Вам было трудно ходить? — Неудобства испытывал. — А чувствительность тоже ослабела? — Ослабела. — Сейчас восстановилось все? — Да. — Вы сейчас свободно владе-

ете рукой? — Да. — Почек у Вас изменился? — Да. — У Вас рука дрожит, когда Вы пишете? — Я редко пишу. Если бы я часто писал, то у меня почерк был бы уверенный и стабильный. — А Вы не замечаете, что у Вас руки дрожат? — Нет. — Протяните руки вперед и раздвиньте пальцы. Хорошо, тремора у Вас нет. Возьмите мои руки и пожмите их. Вы правша или левша? — Правша. — Правая рука у Вас чуть-чуть слабее, чем левая. Вы знаете, на какой предмет Вас здесь все время обследуют? Какую болезнь у Вас пытаются выявить? — Это мне как раз не говорят. — Какими болезнями Вы раньше болели, может быть, какими-нибудь заразными? — Сифилис был. — Вы не можете припомнить, когда Вы заразились? — В 2002 году, наверное. — Может быть, раньше? — Может быть в 2001 году. — Почему Вы считаете, что в 2001 году? — У меня достаточно часто были разные встречи. — Почему Вы именно эти годы называете? — Я не знаю, но думаю, что это именно так. — Вы никогда не обращались к венерологам? — Нет. — Никогда не испытывали затруднений в области половых органов? — Нет. — У Вас на коже не было сыпи? — Не было. — А если бы это было раньше, не в 2001 году, а где-нибудь в 1995 или 1996 году, такое может быть? — Я не знаю. — Нам просто интересно, когда Вы могли заразиться. От этого зависит диагноз и лечение. — Вы знаете, я мог заразиться даже в 80-х годах. Я же водитель: сели, познакомились... — Скажите, пожалуйста, до какого момента Вы были здоровым человеком? — Как выхожу из больницы, так считаю себя здоровым человеком. — А до первого заболевания? — Я считал себя здоровым. — Вы неожиданно заболели? — Это было как снег на голову. — Вы тогда растеряны были, ничего не соображали? — Нет, я слышал от других больных, как они говорили: «Работаю и чувствую, что не могу работать». У меня такого не было. — Сон расстраивался? — Нет. — Когда Вы говорите, то у Вас немного смазана речь. Это Вам вообще присуще или только сейчас появилось? — Это оттого, что я итальянским языком занимался. — Просто ощущение, как будто у Вас что-то во рту? — Ничего нет. Но мне это несколько человек уже говорили. — Вы сами не ощущаете, что у Вас смазанная речь? — Немного чувствую. — Когда это у Вас появилось? — Между больницами. — Головные боли у Вас бывают? — Нет. — Голова никогда не болела? — Нет. — Вы испытываете затруднения при ходьбе, может быть, нога не слушается? — Такого нет. — Когда Вы движетесь, делаете что-то, все нормально? — Да. — Какие вопросы у врачей?

М. Е. Бурно. — В какой больнице Вы сейчас находитесь? — В больнице им. Гиляровского. — Для каких болезней эта больница? — Я не знаю, какие еще есть отделения в этой больнице и что в них лечат. — В Вашем отделении, от каких болезней лечат? — Неврологию. — Что это за больные, что у них не так? — Страдают от таких болезней, о которых я расска-

зывал. — Что у них болит? — Что-то в голове. — Как они себя ведут? — По-разному: одни заикаются, другие буйные. — Что это за болезни, сердечные? — Нет, это от психов. — Сколько Вам лет сейчас? — Сорок. — А папе? — Папе — 81 год. — А что такое сифилис? — Венерическое заболевание. — А что при этом страдает? — Не знаю, я переносил и ничего не чувствовал. У меня взяли кровь и потом сообщили: «У Вас, извините, четыре креста по сифилису». — Но что при этом заболевании болит, что поражается? — Бывают язвы на лице, на теле. — А сейчас в чем Ваше нездоровье? — Я сейчас здоров. — А почему Вы не работали последнее время? — Мне работу трудно было найти. У меня сейчас будет третья группа рабочая. Некоторые берут на работу с группой, некоторые — нет. — А кем бы Вы сейчас могли работать? Переводчиком могли бы работать? — Да. — Могли бы с группой поехать в Италию, как переводчик? — Это надо брать газету «Работа» искать, это долго. — Я сейчас назову четыре предмета, из которых три надо объединить в группу: часы, велосипед, самолет, поезд. — Часы лишние, потому что все остальное — движущееся. — А часы не движутся? — Они не движутся, они идут.

Ведущий: А каким общим словом можно объединить велосипед, поезд и самолет? — Транспорт.

— Какой сейчас месяц, Вы знаете? — Апрель. — А год? — 2004 год.

М. Е. Бурно. — А как у Вас с памятью, трудности есть? — Да, ощущаю. Многое не могу вспомнить. Раньше лучше было. — Трудно что-то вспомнить или трудно запомнить? — Трудно запомнить. — Как зовут Вашего врача? — Галина Владимировна. — А в чем Вы ощущаете трудности запоминания? — Какие-то простые вещи забываю. Мне кажется, что раньше я помнил больше, чем сейчас. — Настроение, какое у Вас? — Отличное.

Ведущий: Кем Вы хотели устроиться на работу? — Автомехаником. — А что делает механик? — Записывает, какая машина уехала, какая приехала, кому ремонт нужно делать. — А какой ремонт надо делать, механик знает? — Ему сообщает водитель. — Зачем надо учиться на механика, если сам ничего не делаешь? — Надо практиковаться, методом практики все проходить. Кто-то должен мне все объяснить, показать. Я должен запомнить. — Что запомнить? — Все его действия. — Автомеханик ведь ремонтирует автомобили. — Автомеханик не ремонтирует... — А кто ремонтирует? — Слесарь ремонтирует. — Он должен следить за слесарем? — Нет, он за машинами должен следить. — Значит, Вы придетете работать механиком и будете следить, какая машина приехала, какая уехала? — Когда надо встать на ремонт. — А кто Вам скажет, когда ей на ремонт вставать? — Водитель. — Сколько Вы будете получать за такую работу? — Мне еще не сказали. — Примерно? — Семь-восемь тысяч рублей. — Семь-восемь тысяч просто за то, чтобы отмечать, ка-

кая машина приехала, а какая уехала? — Это гараж МВД, а это организация богатая. — Что Вы у нас хотели бы спросить? — У меня нет вопросов. — Тогда, до свидания. — До свидания.

ОБСУЖДЕНИЕ

Врач-докладчик: Нейросифилис включает в себя очень много расстройств неврозоподобных, и депрессивных, похожих на эндогенные заболевания, и эпилептиформные припадки. Эти расстройства бывают неглубокими и быстро купируются. У нашего больного это как раз и наблюдалось. Я считаю, что здесь надо поставить диагноз: "Психотические смешанные расстройства в связи с нейросифилисом".

Ведущий: Перед первым поступлением были галлюцинаторные расстройства, когда ему ставили шизофrenию и поставили бы, если бы не обнаружили четыре креста. У него были интересные зрительные галлюцинации: картинки двигались, раздевались. Еще не так давно говорили, что психоз при сифилисе мозга, это — шизофренический процесс, спровоцированный сифилисом. Обратите внимание на обследование психологов, там много процессуальной симптоматики: нелепость, неадекватность, разноплановость.

И. П. Лещинская. Когда он поступил, то оценивался как пациент с кататоно-галлюцинаторным статусом, даже с онейроидными включениями. Дальше он бы так и расценивался, если бы не припадки и не нарастающая деменция. Тут два подхода может быть. Либо шизофрениоподобные расстройства при сифилисе у личности, так сказать готовой к шизофреническому психозу, либо это картина психоза чисто экзогенная в результате сифилиса. Сейчас очень просто рассуждать и свести все к сифилису. Но в нашей каждодневной практике это очень сложно. Его нарушения сознания могли быть в рамках кататоно-нейроидного состояния с последующей амнезией. В конце концов, он мог заболеть сифилисом и шизофреией параллельно. Сейчас, исходя из картины единого психоза, можно сказать, что более грубая симптоматика перекрыла все, что было раньше. Анализируя психоз, мы не расставим сейчас все точки над "i". Все зависит от того, как интерпретировать влияние сифилиса на его симптоматику. Нам, практическим врачам, надо теперь более прицельно обследовать больных сифилисом. Ни один клиницист, видя его в психиатрическом отделении и не имея данных о сифилисе, не поставил бы ему экзогенный психоз, а поставил бы шизоаффективный. В настоящем статусе преобладают дementные расстройства: некритичность, легковесность, благодушие. Мнестические нарушения тоже есть. Плюс, конечно, нарушения речи. Естественно, его дефект не эндогенной этиологии.

Ведущий: Он обследован психологом, и дает преобладание процессуальных расстройств. — Но сейчас Марк Евгеньевич ему давал классификацию предметов, и он правильно назвал транспортные средства.

— Но слово "транспорт" он назвал с большим трудом. — Это за счет мнестических нарушений, а не за счет шизофренических. Он одну и ту же фразу муссирует все время, постоянно "застревает". Когда его спрашивают про болезнь, он не может подобрать слова, все время дает объяснительные ответы.

Н. И. Гостева. Александр Юрьевич, я хочу уточнить то, что процессуальные нарушения имеют отрицательную динамику. Если при первых поступлениях была и разноплановость, и вычурность, и некритичность, то это все уменьшается при втором обследовании; остается как осколок. Вот он разложил классификацию, и я подумала: "Как хорошо, органика и ничего больше нет".

Ведущий: Вы считаете, что у него амнестическая афазия?

И. П. Лещинская. Элементы есть, конечно. Для нас всех этот случай — подтверждение того, что мы сейчас ставим шизофреннию по психозу. Хотя по психозу стопроцентно говорить о диагнозе шизофрении нельзя. Если дефект потом редуцируется, как можно говорить о шизофреническом дефекте?

А. Г. Меркин. Это можно назвать эйфорическим вариантом психоорганического синдрома. Анализируя анамнез, можно сказать, что психоз был похож на онейроидно-кататонический. Но опять же вопрос: а можем ли мы ставить диагноз исключительно по психозу? Можем ли мы говорить о психозе, патогномоничном для шизофрении? Ведь многие авторы описывают те же самые кататонические расстройства при органической патологии. Поэтому, мне кажется, что у него нет шизофрении.

И. С. Павлов. Надежда Ивановна Гостева сказала, что он первый раз был "более эндогенный", а сейчас "менее эндогенный". Я вспомнил гретеровскую форму шизофрении, когда алкоголизм "смягчает" шизофренический процесс. Наджаров на съезде невропатологов, психиатров и наркологов сказал, что по единичным приступам острого психоза нельзя ставить шизофрению. Сейчас больной производит впечатление экзогенного. Доминирует статус эйфорического психоорганического синдрома. Я не вижу здесь "эндогенного шлейфа". Он отвечал и вел себя как органик, а не как шизофреник. Здесь говорили по поводу первичного сифилиса: твердого шанкра и высыпаний. Я видел этих больных, когда работал на неотложке. Строители, имеющие сифилис, советовали друг другу пенициллиновой мазью смазывать, и все пройдет. Учитывая, что сейчас очень много всяких мазей с антибиотиками, мы часто пропускаем и первичный сифилис, и вторичный. А водители, особенно дальnobойщики — все большие умники, занимаются самолечением, медициной пренебрегают. Так что здесь все могло пройти незаметно.

А. А. Глухарева. В нашей больнице было двое больных нейросифилисом. Первый больной меня очень удивил. Это была клиника типичного делирия. Неделю был делирий. Делали дезинтоксикацию — толку

никакого. Я все равно думала, что это делирий. И только когда мы его пропунктировали и назначили Мегион, то на трети сутки на фоне специфического антибиотика делирий прошел. Тогда я поверила, что это нейросифилис.

Ведущий: В этом случае, про который Вы рассказываете, алкогольная этиология сыграла свою роль?

— Все выпивающие бьют себя в грудь и говорят, что не пьют до психоза. Когда я прицельно начала разматывать анамнез, то поняла, что симптоматика появилась немного раньше. Это не острый делирий. И на трети сутки терапии Мегионом делирий редуцировался. А во втором случае — была шизофреноподобная картина. Типичный галлюцинаторно-параноидный психоз эндогенной структуры. Конечно, терапия началась с антипсихотиков. А потом, когда мы получили RW и ликвор, мы присоединили Мегион.

Ведущий: — Когда во втором случае Вы давали больному нейролептики, психотика ушла?

— Да, редуцировалась. Она редуцировалась так, как и у эндогенных больных. Но изменения личности больше были по органическому типу, по типу органической деменции.

Т. Б. Левченко. Я хотела сказать, что есть еще сосудистая патология с поражением артериального звена, отнесенная к аутоиммунным заболеваниям, называемая “антифосфолипидный синдром”, где почти всегда RW четыре креста. Сосудистые хирурги советуют отправлять таких больных на диагностику к нам. Есть диагностический метод обследования — гистология артериального звена. Лечится это гормонами и антибиотиками. Именно гистология является подтверждением. Часто бывает так, что больной не обращался к дерматологам, не было первичных признаков, никто не болен в семье, а в анализе выходит четыре креста. Это антифосфолипидный синдром.

Ведущий: Почему антифосфолипидный синдром? — Потому что в крови обнаружены антитела.

— Трепонемы нет? — Трепонемы вообще нет. Это не сифилис.

— А какая этиология? — Аутоиммунная. Разрушение сосудистой сети.

Ведущий: Фосфолипиды, — нормальная фракция, которая существует в фосфолипидной оболочке мембранны. Происходит окисление липидов, разрушение фосфолипидного слоя с гибелью клеток. Как можно это дифференцировать?

А. В. Аншуков. Дело в том, что фосфолипидный синдром так называется потому, что есть целый ряд признаков. Это наличие самих антител фосфолипидов, нарушение свертывающей системы крови, тромботические атаки в анамнезе, привычное невынашивание беременности. Надо учитывать весь комплекс этих признаков. Был такой случай. Шел подробный разбор больных на клинической конференции в Клинике нервных болезней. У одного больного были признаки антифосфолипидов, но антитела фосфолипидов не были найдены. Можно было

бы говорить о сочетании нейросифилиса и антифосфолипидного синдрома. Что касается имитации сифилиса антифосфолипидным синдромом, то при последнем могут быть антитела — кардиолипины. Здесь может быть положительная реакция Вассермана, реакция связанного комплемента с кардиолипиновым антигеном. У нас еще был другой больной, которому поставлен антифосфолипидный синдром. У него с кардиолипиновым антигеном были четверки. Давали высокий тип разведения: один к сорока.

Ведущий: А клиника, какая? — Клиника инсульта. Я мало интересовался антифосфолипидным синдромом и не слышал о психических нарушениях. В основном речь идет об инсультах. Это состояние, которое развивается из острой ишемии в каком-то определенном бассейне. Клиника, как правило, острая. Очень важная вещь — профилактика реакции обострения. Когда мы назначаем специфическое лечение, то можем получить реакцию обострения в виде повышения температуры. Она описывается при вторичном периоде, когда имеется повышение температуры, слабость, вялость, ломота и усиление яркости высыпаний на коже. У больного могут развиться психоз, инсульт или судорожный синдром. Поэтому эту реакцию надо предотвращать. Я считаю наиболее предпочтительным способ введения гормонов первые три дня лечения: преднизолон — 60–90 мг внутримышечно, и введение антибиотика за час до первого укола. Теперь к вопросу об адаптации бактериальной флоры к цефтриаксону. Мы знаем, что к пенициллину бактериальная флора уже давно адаптировалась, тем не менее, этот препарат используется при любой форме сифилиса. Спирохета не привыкает к пенициллину. Цефтриаксон — препарат еще новый для лечения сифилиса. Мы знаем его высокую активность в отношении спирохеты, но с пенициллином его еще не сравнивали.

Вопрос о переходных формах менинго-васкулярного нейросифилиса и прогрессивного паралича жарко обсуждался еще в начале прошлого века, но однозначного мнения не было. Морфология и клиника здесь ничего не дают. Надо смотреть только на ядро личности. Если оно сохранено, то это сосудистый больной, и о прогрессивном параличе говорить рано.

А. В. Павличенко. У нас в больнице было двое больных с неврозоподобными расстройствами, которые мы вначале никак не могли объяснить. Один шел с диагнозом: “Органическое тревожное расстройство”. Вторая больная была с невротической депрессией. Через пять дней после их выписки из больницы пришли положительные результаты реакции Вассермана. Когда второй раз больные поступили, то в одном случае уже было выражено нарастание органической симптоматики, расстройство памяти. Никаких инфекций не было. Потом больной сказал, что был подозрительный контакт четыре года назад. Клиника этих неврозоподобных состояний была более-менее понятна и укладывалась в клинику сифилиса мозга.

По статусу наш больной, конечно, дементный. Между психоорганическим эйфорическим вариантом и деменцией. В статусе выраженные некритичность, беспечность, несмотря на сохранность других психических функций. Грубых расстройств памяти и внимания мы не видим. Есть слабость интеллекта, слабость суждений. Можно говорить о когнитивном снижении: когда-то знал языки, а сейчас начальная форма деменции. Если бы мы не знали о сифилитической природе заболевания, то такой статус все равно говорил бы об органической этиологии. Вроде бы до марта 2003 года никаких психических симптомов не было. Гипертимный преморбид. Ничего не настороживало в плане эндогенного заболевания. Потом психоз. Что не типично? Не типично то, что не было аффективных расстройств, характерного для эндогенного заболевания предшествующего этапа.

Мне показались неубедительными расстройства мышления в психологическом эксперименте, которые были обозначены как специфически шизофренические. То, что он образовал группу "ненужных" предметов, может указывать на конкретный тип мышления. Если смотреть всю структуру психоза, то можно предполагать не только шизофрению. Выход типичный для больного с органическим заболеванием ЦНС неясного генеза. Но, зная природу этого заболевания, никаких сомнений в диагнозе не остается.

М. Е. Бурно. Сорок лет назад я работал в деревенской психиатрической больнице в Калужской области. Эта областная больница принимала и острые состояния из нескольких районов области. В ту пору я встречался с редкими сейчас больными прогрессивным параличом и сифилисом мозга. И был один больной, весьма похожий на сегодняшнего пациента. Это был так называемый послевоенный сифилис. Для прогрессивного паралича нужно, чтобы прошло со временем заражения 10 – 20 лет.

Помню, как встретил меня один паралитик, когда я приехал с чемоданом в больницу в эту деревню. Он правил лошадкой, вез на кухню на телеге бак с кислой капустой. У него на груди были ордена и медали, вырезанные из газеты. Лицо паралитически гипомимичное, мертвоватое. Он сообщил мне, что он Хрущев. А на больничной кухне работала тогда женщина, тоже с прогрессивным параличом, — "жена Хрущева". Такая была обстановка.

О сегодняшнем пациенте. У него фасад благородного благополучия. Как будто бы все в порядке. Здоровый, душевный человек, способный шутить, улыбается все время, но копнешь немножко — и выявляется грубое органическое слабоумие. Коллега венеролог верно сказал, что в случаях прогрессивного паралича разрушается ядро личности. И это оказывается, прежде всего, в некритическом отношении к тому, что с ним происходит. О чем говорит эта некритичность, это разрушение ядра личности? О том, что анатомически органически повреждена сифилитической инфекцией паренхима мозга. Паренхима мозга

— это и есть рабочая, деятельная, часть мозга, клетки мозга. Есть каркас, на нем держится паренхима. Каркас — это оболочки, сосуды, глия. При сифилисе мозга страдает именно этот каркас. Прогрессивный паралич — это сифилитический менингоэнцефалит, но, прежде всего, энцефалит — глобарное поражение паренхимы. И психопатологически, психиатрически это оказывается нарушением самособойности, своего "Я", грубой некритичностью. По-видимому, есть тут и некоторые сосудистые изменения сифилитического происхождения. Но, прежде всего, страдает паренхима. Он даже красив, как-то выразителен в своей некритичности. Я не вижу тут психиатрически, психопатологически выраженного сосудистого поражения. Сосудистый сифилитик похож на склеротика. Еще Ганнушкина спрашивали, чем отличается сосудистый сифилитик от склеротика. И Ганнушкин сказал: "Сифилитик — злее". Тихон Иванович Юдин напечатал это в своей книге об истории отечественной психиатрии. Очень тонко клинически подмечено. В самом деле, я видел этих злобноватых сосудистых сифилитиков. Это не слабодушные склеротики. При прогрессивном параличе, даже в самом начале, обнаруживается тотальное, глобарное слабоумие, страдает критика. Тогда как в случае сосудистого сифилиса, оболочечного, гуммозного сифилиса критика в известной мере сохранена. Томография головы говорит о мозговой атрофии, диффузной атрофии коры. Клиника прогрессивного паралича разнообразная. Но главное, что пронизывает всю эту разнообразную клинику, это слабоумная паралитическая грубая не-шизофреническая некритичность и расстройства памяти. У нашего больного нет бреда величия, но это и необязательно. Очень понравилось выступление коллеги психолога. По-моему выступление было очень тонкое и квалифицированное, конечно, с точки зрения клинициста, с точки зрения того, насколько оно помогает клиницисту. Сегодня видно, что это не просто прогрессивный паралитик, а прогрессивный паралич на эндогенно-процессуальной почве. Почва совершенно особенная в том смысле, что она шизофренически стойкая, медленно поддается душевному разрушению. Как и в случае травмы головы, алкоголизма. Шизофреник, например, может пить неимоверные количества крепкого спиртного и страдать тяжелейшими запоями, но мы не видим выразительного алкогольного снижения, огрубления личности. Также как мы не видим выразительного травматического снижения личности, если больной шизофренией получает тяжелую травму головы. Шизофреническая структура совершенно особенная. Чем ее не мучай, а невозможно сделать из шизофреника типичного алкоголика или травматика. Эндогенно-процессуальная структура работает и здесь. Мы даже порою видим, что шизофреник переносит тяжелые инсульты, но при этом гораздо более сохранен и несет в себе какие-то творческие изюминки — в отличие от инсультного не-шизофреника. Характерно, как рассказывала психолог, что эти изю-

минки, когда больной, решая сложные задачи, затрудняется в простых арифметических действиях, тоже стали паралитически страдать, гибнуть под влиянием totalного органического снижения-процесса. Предполагаю диагностически, что это прогрессивный паралич на шизофренической почве. Так случается, что сифилитический процесс оживляет шизофренический. Лечение. Когда мы начинали во время таких больных лечить малярией сорок лет назад, они практически выздоравливали. И родственники не могли найти, что осталось от болезни. Юлиус Вагнер-Яурегг, австрийский психиатр, получил единственную среди психиатров нобелевскую премию за лечение прогрессивного паралича малярией. Мне еще отец рассказывал, что когда в больницу Кащенко после войны поступали офицеры с прогрессивным параличом, то после лечения они возвращались в строй с прежними погонами. Если это прогрессивный паралич, то, можно ли сегодня лечить его без пирогенного воздействия? Достаточно ли одного пенициллина? Вспоминаю те случаи благодатного лечения прогрессивного паралича малярией и нобелевскую премию Вагнер-Яурегга.

А. Ю. Магалиф. Мы сегодня столкнулись с патологией, которая нам плохо известна. В течение многих лет в Советском Союзе почти не было сифилиса и, соответственно, нейросифилиса. Хочу высказать благодарность доктору-сифилидологу Алексею Васильевичу за то, что он нам рассказал о таких вещах, которые мы не можем себе даже представить. Это другая специальность. Мы просто не видим таких больных. По формальным признакам этот больной относится к больным прогрессивным параличом (ПП). Ведь это органическое слабоумие. Эйфорическая форма экзогенно-органического синдрома со снижением интеллекта. Если бы мы не знали этиологию, то сказали бы, что у больного был инсульт. В статусе у него остаточные явления мозговой катастрофы. У него не только рука, а вся сторона была поражена: и рука, и нога. Сейчас у него сохраняется некоторая мышечная слабость в правой руке. Правая рука слабее левой, при том, что он правша. Смазанность речи, при том, что язык у него не отклоняется. Смазанность речи как раз характерна для нейросифилиса. Он эйфоричен, благодушен, абсолютно некритичен. Длительность заболевания у больного может соответствовать ПП: он ведь мог заразиться более 10 лет назад, о чем он сам сказал. Я согласен с Марком Евгеньевичем в том, что это и есть разрушение ядра личности. Когда мы смотрим больных с разными психозами, в том числе с эндогенными, которые выходят в ремиссию, на что мы сразу обращаем внимание? На критичность больного, спаян психоз с его личностью или нет. Например, мы видим его некоторую спаянность, когда больной формально говорит: "Да, я болел", а когда начинаешь подробно его расспрашивать, то выясняется, что критики к этому психозу у него нет, и мы уже конста-

тируем изменение личности. Это бывает не только при эндогенном психозе, но и при экзогенно-органических психозах. Тут это стоит на первом месте. Он вообще некритичен. Его абсолютно все устраивает. Сидит с улыбкой, без дистанции, шутит. У него нет никакого сомнения, что будет работать. Его только третья группа немножко смущает. Он, дипломированный автомеханик, шофер с большим стажем, рассказывал нам нелепые вещи о том, что механик в гараже МВД только регистрирует в журнале, какая машина уехала, какая приехала, а к ремонту машины отношения не имеет. Даже начинает сердиться, когда я к нему пристаю с этим вопросом. Это лобная симптоматика. Я испытываю большое удовлетворение от нейропсихологического обследования. Потому что по психологическому тестированию мы сразу, не видя больного, представили себе, что у него заинтересованность лобно-теменных отделов мозга. И больной нам это очень хорошо продемонстрировал. В руководстве по психиатрии написано, что к патогномоническим признакам прогрессивного паралича относятся внутренняя и наружная водянка мозга. У нашего больного кроме этого поражены мелкие сосуды, как при альцгеймеровской форме ПП, и, видимо, более крупные сосуды. Результатом этого был ишемический инсульт.

Теперь по поводу шизофреноидной симптоматики. В руководствах везде написано, что это трудно дифференцировать. Недаром пишут, что врачи-психиатры при ПП часто ставили диагноз: "Шизофрения". А в руководстве под редакцией Снежневского написано, что если имеется развернутый психоз при нейросифилисе, то это обязательно больной с эндогенной предрасположенностью. Мы это видим по первому приступу, по второму приступу — с натяжкой. Я сформулирую диагноз так: "Поздний нейросифилис. Прогрессивный паралич в начальной стадии с шизофреноидной симптоматикой? Остаточные явления ишемического инсульта". Хочу добавить, что к сожалению, ставлю диагноз не столько на основании собственного опыта, сколько по данным литературы.

О лечении уже сказали. Маляротерапия действовала не только за счет высокой температуры. Наверное, там есть что-то еще. Почему, например, маляротерапия давала хорошие ремиссии, а пиротерапия пирогеналом или серой не давала? Результат был гораздо слабее.

Марк Евгеньевич упомянул, что больные давали хорошие ремиссии. Много лет назад я читал мемуары знаменитого провинциального актера Орленева. В конце книги он пишет, что заболел сифилисом и попал в психиатрическую больницу. По-видимому, у него был прогрессивный паралич. Потом он выздоровел, прекрасно себя чувствовал и написал эти мемуары. Значит, была хорошая ремиссия. Так что, будем надеяться, что наш больной тоже даст такую ремиссию.

Освобождение от отбывания наказания осужденных с психическим расстройством

Ю. Н. Аргунова

Одним из оснований освобождения от дальнейшего отбывания наказания является наступление у осужденного психического расстройства, лишающего его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими (ст. 81 УК РФ). Психическое расстройство в этом случае должно наступить после совершения преступления. При этом суд может назначить лицу принудительные меры медицинского характера.

Представление об освобождении от отбывания наказания в связи с наступлением психического расстройства вносится в суд начальником учреждения или органа, исполняющего наказание. К представлению прилагаются заключение медицинской комиссии и личное дело осужденного (ч. 5 ст. 175 Уголовно-исполнительного кодекса РФ). Часть 5 ст. 175 УИК РФ, введенного в действие с 1 июля 1997 г., не содержит принципиальных различий со ст. 100 ИТК РСФСР, утратившего силу.

До недавнего времени перечень заболеваний, как и порядок освидетельствования утверждались приказами Минздрава и Минюста России и являлись, следовательно, ведомственными нормативными актами, что не соответствовало духу проводимой в стране правовой реформы. Совместным приказом указанных министерств от 9 августа 2001 г. № 311/242 "Об освобождении от отбывания наказания осужденных к лишению свободы в связи с тяжелой болезнью"¹ были утверждены Перечень заболеваний, который может быть использован в качестве основания для представления к освобождению от отбывания наказания осужденных к лишению свободы, а также Порядок медицинского освидетельствования осужденных к лишению свободы и их представления к освобождению от отбывания наказания в связи с тяжелой болезнью. Судя по формулировке, данный Перечень лишь мог быть использован, а значит обязательным для применения не являлся, хотя начальникам учреждений и органов, исполняющих наказание, приказывалось его

использовать. Кроме того, разработчики Перечня не учли, что основанием для освобождения от наказания в соответствии с законом является не перечень заболеваний как документ, а само заболевание, обнаруженное у осужденного.

Федеральным законом "О внесении изменений и дополнений в Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации" от 11 июня 2003 г. № 75-ФЗ в ст. 175 УИК РФ было внесено, наконец, дополнение, в соответствии с которым перечень заболеваний, а также порядок медицинского освидетельствования осужденных отныне утверждаются Правительством РФ.²

Спустя восемь месяцев с момента принятия закона постановлением Правительства РФ от 6 февраля 2004 г. № 54 были утверждены Перечень заболеваний, препятствующих отбыванию наказания (далее — Перечень) и Правила медицинского освидетельствования осужденных, представляемых к освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью (далее — Правила)³. В постановлении за Минюстом и Минздравом России закреплена обязанность "давать разъяснения по вопросам применения" указанных Правил. Возможность на ведомственном уровне давать разъяснения по вопросам применения Перечня заболеваний постановлением не предусматривается.

Следует заметить, что до настоящего времени, несмотря на вступление в силу данного постановления Правительства, Минздрав и Минюст России не соизволили признать свой приказ от 9 августа 2001 г. утратившим силу. Такая ситуация, впрочем, типична для ведомственного нормотворчества.

Итак, согласно п. 19 нового Перечня под психическими расстройствами, препятствующими отбыванию наказания, понимаются "хронические психические расстройства стойкого характера (психозы и слабоумие), лишающие лицо возможности осознавать характер и общественную опасность своих действий (бездействий)".

¹ Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти, 2001, № 44 или Российская газета, 2001, 19 октября, 2002 г. 18 декабря.

² Российская газета, 2003, 17 июня.

³ Российская газета, 2004, 13 февраля.

Указанная формулировка, однако, не вполне корректна и не соответствует уже упоминавшейся ст. 81 УК РФ.

Во-первых, термин “бездействие” во множественном числе не употребляется.

Во-вторых, упущено из виду то обстоятельство, что при оценке психического состояния в расчет принимается невозможность осознания лицом не просто характера, а именно *фактического* характера (фактической стороны) своих действий (бездействия).

В-третьих, отсутствует волевой признак юридического критерия — невозможность *руководить своими действиями* (бездействием), которая, как известно, может проявляться как без утраты лицом возможности осознавать фактический характер и общественную опасность этих действий, так и наряду с ней.

К слову сказать, в предыдущем Перечне заболеваний, утвержденном приказом Минздрава и Минюста России № 311/242 таких грубых ошибок в рассматриваемой формулировке не содержалось.

При возникновении (обострении) указанного в Перечне психического расстройства осужденные подлежат медицинскому освидетельствованию, которое осуществляется специализированными медицинскими комиссиями, создаваемыми в специализированных (психиатрических) лечебно-профилактических учреждениях⁴ уголовно-исполнительной системы (УИС) Минюста России.

Медицинская комиссия состоит не менее чем из трех врачей. К работе комиссии могут привлекаться в качестве консультантов специалисты других учреждений здравоохранения (п. 4 Правил). Представляется, что такими специалистами могут выступать и члены НПА России, работающие в тех или иных психиатрических учреждениях страны.

Осужденные направляются на медицинское освидетельствование лечебно-профилактическими учреждениями и медицинскими частями УИС, а также лечебно-профилактическими учреждениями государственной и муниципальной систем здравоохранения при наличии у них заболевания, включенного в Перечень заболеваний, препятствующих отбыванию наказания, подтвержденного клиническими данными обследования их здоровья в условиях стационара лечебно-профилактического учреждения.

В направлении на освидетельствование указываются сведения о состоянии здоровья осужденного, отражающие степень нарушения функций органов и

(или) систем организма в связи с заболеванием, а также результаты проведенных лечебных мероприятий. Форма направления утверждается Минюстом по согласованию с Минздравом России.

Если осужденному с психическим расстройством будет отказано в направлении на освидетельствование, он или его законный представитель может обжаловать это решение в суд.

Осужденный должен быть в доступной форме (видимо имеется в виду в доступной для него форме) ознакомлен с порядком и условиями проведения освидетельствования и заблаговременно уведомлен о дате его проведения.

Освидетельствование проводится не позднее 10 дней со дня поступления в медицинскую комиссию медицинских документов.

Согласно п. 9 Правил медицинская комиссия при необходимости может запросить дополнительные сведения о состоянии здоровья освидетельствуемого из учреждений здравоохранения, в которых он наблюдался, или направить его на дополнительное обследование.

Данная норма, однако, нуждается, на наш взгляд, в уточнении. Запрос таких сведений должен осуществляться при наличии согласия осужденного или его законного представителя, т.к. в соответствии с ч. 3 ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим лицам в интересах обследования гражданина допускается только с согласия гражданина или его законного представителя. Без такого согласия подобные сведения могут быть предоставлены лишь в случае, если обследуемый не способен из-за своего состояния выразить свою волю (см. п. 1 ч. 4 ст. 61 Основ).

Как следует из п. 10 Правил, медицинская комиссия при проведении освидетельствования проводит осмотр осужденного, изучает результаты его обследования, медицинскую документацию и оценивает степень нарушения функций органов и (или) систем его организма.

По результатам освидетельствования комиссия большинством голосов ее членов выносит медицинское заключение о наличии или отсутствии у осужденного заболевания, включенного в Перечень заболеваний, препятствующих отбыванию наказания. Форма заключения утверждается Минюстом по согласованию с Минздравом России.

Медицинское заключение (с соответствующими разъяснениями) объявляется под расписку осужденному или его законному представителю.

Копия медицинского заключения направляется осужденному не позднее 3 дней со дня вынесения заключения, о чем делается отметка в журнале регистрации медицинских освидетельствований осужденных, форма которого утверждается Минюстом России.

⁴ Перечень лечебно-профилактических учреждений для медицинского обслуживания подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений, а также осужденных, содержащихся в исправительных учреждениях, приведен в Номенклатуре учреждений здравоохранения уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Российской Федерации, утвержденной приказом Минздрава и Минюста России от 9 августа 2001 г. № 310/241 — см. Российская газета, 2001, 29 августа.

При ухудшении состояния здоровья осужденного повторное освидетельствование его медицинской комиссией проводится независимо от времени, прошедшего со дня предыдущего освидетельствования.

Важно отметить, что данные Правила (в отличие от предыдущих) распространяются теперь не только на осужденных к лишению свободы⁵, но и приговоренных к другим видам наказания (исправительным работам и т.д.), что стало соответствовать ст. 81 УК РФ.

В рассматриваемых Правилах не регламентирован, однако, порядок направления осужденных на дополнительное обследование, предусмотренное п. 9 Правил. Не исключено, что такое обследование может проходить и в условиях психиатрического стационара. Будет ли в этом случае обеспечиваться принцип добровольности госпитализации?

Ответ на этот вопрос можно найти в утвержденной приказом Минюста России от 30 марта 2004 г. № 71 Инструкции о порядке направления осужденных к лишению свободы для отбывания наказания, их перевода из одного исправительного учреждения в другое, а также направления осужденных на лечение и обследование в лечебно-профилактические и лечебные исправительные учреждения.⁶

⁵ См. также Перечень медицинских противопоказаний к отбыванию наказания в отдельных местностях Российской Федерации осужденными к лишению свободы, утвержденный приказом Минздрава и Минюста России от 28 августа 2001 г. № 346/254 — Российская газета, 2001, 13 ноября.

⁶ Российская газета, 2004, 14 апреля.

Согласно п. 19 Инструкции “направление осужденного, страдающего психическими расстройствами, на лечение и обследование осуществляется только при наличии письменного согласия на госпитализацию самого осужденного или его законных представителей, за исключением случаев неотложной госпитализации, предусмотренных Законом РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”.

Под неотложной госпитализацией, судя по всему, подразумевается недобровольная (или, следуя терминологии ГПК РФ, принудительная) госпитализация.

Непроясненным остается еще один вопрос. Как уже указывалось, суд при принятии решения об освобождении осужденного с психическим расстройством от дальнейшего отбывания наказания может назначить ему принудительные меры медицинского характера. Представляется, что рекомендации на сей счет должны содержаться в заключении медицинской комиссии по окончании освидетельствования осужденного. Однако это обстоятельство в подзаконных актах до сих пор отражения не получило. Ничего не говорится об этом и в утвержденной приказом Минздрава и Минюста России от 9 августа 2001 г. № 311/242 учетной форме № 035-1/У-И “Заключение специальной медицинской комиссии о медицинском освидетельствовании осужденного (ой)”.

Анализ подзаконных и иных нормативных актов по рассматриваемой проблеме свидетельствует, таким образом, о необходимости незамедлительного приведения их в соответствие с законами Российской Федерации.

СПЕЦИАЛИСТЫ НЕЗАВИСИМОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ РОССИИ ведут прием граждан

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

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

Москва, Новый Арбат, 11, комн. 1922

М. “Арбатская”, напротив “Дома книги”

Комиссия специалистов (по предварительному назначению)
работает по вторникам с 16 до 20 час., там же.

Телефон для справок: (095) 291-9081; факс: 291-8469; E-mail: ipar@aha.ru

Адрес для корреспонденции: 121019, Москва, Новый Арбат, 11, комн. 1922,

Российский исследовательский центр по правам человека.

Консультации и комиссионный прием граждан проводятся бесплатно

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Экспертная оценка суггестивного воздействия

(по материалам психолого-психиатрических заключений о деятельности бизнес-клубов)

В. Д. Менделевич (Казань)¹

Одной из новых проблем судебной психиатрии стала проблема экспертной оценки и квалификации использования различных методов психологического (“психотерапевтического”) воздействия в криминальных целях. В первую очередь, эта проблема охватила сферу групповой деятельности — вовлечения людей в религиозные или финансовые объединения граждан. В настоящее время в Российской Федерации остро встал вопрос о противоправной деятельности бизнес-клубов — сообществ людей, нацеленных на личное обогащение путем построения финансовых пирамид, привлечения новых членов в организацию с использованием залоговой системы внесения денежных средств [1, 14, 17 – 21].

По данным службы по борьбе с экономическими и налоговыми преступлениями МВД РФ, финансовые пирамиды (бизнес-клубы) в России получили широкое распространение. Только в 2003 году в двадцати регионах страны было выявлено 93 преступления по противоправной деятельности подобных финансовых пирамид, по которым возбуждено 42 уголовных дела. Это почти в два раза больше, чем в 2002 году. Ущерб составил свыше 42 млн. рублей, при этом удалось вернуть пострадавшим вкладчикам около 35 % “похищенных средств”. Рост числа финансовых пирамид, по мнению руководства МВД, связан с тем, что “в условиях стабилизации российской экономики и роста доходов граждан возросла инвестиционная активность населения и предпринимателей. Криминальная среда оперативно отреагировала на происходящие в обществе процессы, в регионах стали появляться новые финансовые пирамиды [17 – 19].

Следственные органы настаивают на том, что в качестве основного элемента мошенничества при проведении т.н. бизнес-семинаров члены преступных группировок используют “элементы гипноза” и иные манипулятивные техники [1, 14, 17 – 19]. С этим мнением практически во всех случаях согласны специалисты в области психической деятельности (психиатры, психотерапевты, психологи), которые, как и в известных случаях с оценкой деятельности “религиозных сект”, признают намеренный криминальный характер психо-

логического воздействия и обнаруживают признаки использования приемов “классического и рассеянного (эриксоновского) гипноза, диссоциации сознательного и бессознательного”, “наведения транса”, “выбора без выбора”, “разрыва шаблона”, нейролингвистического программирования с “якорением”, поведенческой психотерапии” и др. [2].

Таким образом, в ракурсе экспертизы принципиальным становится вопрос о доказательной базе — научном подтверждении или опровержении заключения об использовании с корыстной противоправной целью “высокоэффективных методов психологического манипулирования”, “суггестивного воздействия” и иных психотехнологий.

Важным в плане доказательности заключений оказывается также вопрос о том, какую экспертизу следует назначать и проводить, чтобы научнообоснованно оценить противоправность “психологического (психотерапевтического) воздействия”. Он решается в разных регионах по-разному. В одних назначается комплексная психолого-психиатрическая (Самара, Казань), в других — психологическая экспертиза (Пермь, Тюмень). В связи с этим определяется и выбор экспертов (специалистов) — психиатров, психотерапевтов или психологов. Обычно вопросы, поставленные перед экспертами, звучат следующим образом: 1) использовались ли при проведении бизнес-семинаров представителями Организации методы направленного психологического воздействия с целью завладения денежными средствами участников семинара? Если использовались, то, какие именно? 2) применялись ли при проведении семинаров методики, используемые в психотерапии; 3) оказывает ли какое-либо влияние на психику (в том числе на подсознание) человека участие на бизнес-семинарах; 4) могла ли быть и была ли под психотерапевтическим (психологическим) воздействием руководителей Организации у ряда граждан ограничена способность в полной мере осознавать фактический характер собственных действий и руководить ими (в частности, при внесении денежных средств)?

Таким образом, можно констатировать, что обвинение нацеливается на поиск доказательств вины подозреваемых (обвиняемых) — руководителей бизнес-клубов — на ниве психологии и психотерапии.

¹ Институт исследований проблем психического здоровья, Казанский государственный медицинский университет.

Данный факт требует от экспертов особой тщательности, научности и аргументированности в связи с тем, что в перечисленных областях знаний продолжают существовать парадоксальные теории, иррациональные представления и обывательские заблуждения. Использование их в качестве доказательной базы для оценки применения или не применения преступниками целенаправленного психологического (психотерапевтического) влияния может, с одной стороны, исказить истину, с другой, дискредитировать науку.

Нами проведен анализ и вынесены заключения специалиста по материалам уголовных дел в отношении “противоправной психологической (психотерапевтической)” деятельности Организаций (бизнес-клубов) гг. Самары, Тюмени, Перми и психического состояния потерпевших. Экспертной оценке подвергались как показания свидетелей, видео- и аудиозаписи с бизнес-семинаров, так и заключения судебно-психологических и комплексных психолого-психиатрических экспертиз, вынесенных назначными судом экспертными комиссиями (в составе д.м.н., проф. Г. Н. Носачева, к.м.н., асс. В. С. Баранова — в Самаре, к.м.н., доц. А. В. Светлакова, к.м.н., асс. А. А. Андрусенко, к.пс.н., доц. Т. А. Поповой, А. Д. Тупицына, А. И. Андрусенко — в Перми).

Во всех случаях нами было признано, что выводы официальных экспертиз носят не доказательный, а гипотетический характер, многие из них тенденциозны и строятся на ложных с точки зрения современной психиатрии, психологии и психотерапии посылах, концепциях и теориях.

Принципиальным вопросом стал вопрос о том, можно ли на основании представляемых органами следствия материалов уголовных дел делать доказательные выводы об использовании психотерапевтического (психологического) воздействия на граждан при проведении бизнес-семинаров. Отметим, что термины “психологическое” и “психотерапевтическое” используются в уголовных дела и экспертных заключениях как синонимы, что не является правильным [8 – 13]. Однако, учитывая имеющуюся терминологическую практику, мы не будем останавливаться на этом вопросе особо.

АНАЛИЗ ТЕХНОЛОГИИ ПРОВЕДЕНИЯ БИЗНЕС-СЕМИНАРОВ (ПО ПОКАЗАНИЯМ СВИДЕТЕЛЕЙ, ВИДЕО- И АУДИОЗАПИСЯМ)

Семинары проходили по единой схеме. Граждане, узнававшие от своих знакомых, родственников или сослуживцев о возможности “легко и быстро” заработать деньги, участвуя в работе бизнес-клубов, приходили на первый информационный семинар в один из арендованных Организацией залов. Их встречали “приветливые”, “улыбающиеся”, “вежливые”, “хорошо одетые” люди, “создававшие благоприятную об-

становку для общения”. Атмосфера оценивалась вновь пришедшими участниками как дружеская, располагающая, “представительная”. Сам информационный семинар состоял из выступлений организаторов-ведущих и проходил в виде *разъяснения* собравшимся в зале целей Организации, сути бизнеса и механизмов получения (зарабатывания) денег и прибыли. В зале во время выступления организаторов звучала громкая музыка. Периодически часть слушателей громко аплодировала ведущему, сопровождая аплодисменты возгласами “Хей, хей”. Манера ведения семинара напоминала митинговую скандированную речь с частыми повторами наиболее важным фраз и аплодисментами лекторам. Семинар включал в себя текстовую часть, в которой слушателям объяснялся принцип, на основании которого каждый из пришедших может разбогатеть. Для убедительности приводились яркие примеры, использовалась проекционная аппаратура, слайды и схемы. Пояснялось, что некоторые “люди продают продукты или имущество, а мы продаем идею”. Декларировалось, что целью Организации является улучшение благосостояния людей за короткий промежуток времени. При этом *открыто объяснялось*, что деньги зарабатываются за счет привлечения новых членов (следовательно, новых взносов) в Организацию. Подробно описывалась цепочка и распределение денежных средств, расписывались гонорары “партнеров 1, 2 и 3 степеней”. Для убедительности ведущими некоторых семинаров отмечалось, что за счет притока новых членов только в одном городе (“пусть даже 10 % населения”) деятельность Организации может длиться до десяти лет, т.е. быть прибыльной в долгосрочной перспективе.

После общего семинара организаторы проводили индивидуальные собеседования с каждым впервые пришедшим на семинар. Им рассказывалось, что для вступления в Организацию необходимо на добровольных началах внести денежные средства в установленном размере (от 19 800 рублей до 1 000 \$ США в различных Организациях). При этом указывалось, что преимущество при вступлении имеют те люди, которые вносят деньги за короткий срок (до полуночи текущего дня). Обычно у каждого участника семинара имелось в распоряжении от 2 до 5 часов на сбор денег и внесение его в Организацию.

Известно, что часть слушателей и участников семинаров, отказалась от вступления в Организацию непосредственно после первого же семинара, объясняя это различными причинами (от “нежелания обманывать других людей, приглашая их участвовать в работе Организации”, до отсутствия возможности занять деньги для вступления в организацию). При этом отказавшиеся сообщали о том, что это решение пришло к ним в связи с осознанием того, что заработать в Организации можно только путем построения финансовой пирамиды и собственной сверхактивности по

привлечению людей. Другая часть участников информационных семинаров за короткий срок находила денежные средства и вносила их в виде добровольных пожертвований в Организацию, предварительно ознакомившись с условиями. Решение о вступлении и внесении денежных средств совершалось участниками семинаров “добровольно, без физического и психического принуждения” и оформлялось в письменном виде. (Именно этим можно объяснить тот факт, что в материалах некоторых дел имеются постановления РОВД о первоначальном отказе в возбуждении уголовных дел по фактам деятельности Организации. Основанием этого служил факт признания следственными органами “добровольной передачи денег и наличие соответствующей расписки”). Следует отметить, что в расписке, которую подписывали потерпевшие, имелся пункт о том, что внесенные ими денежные средства “передаются добровольно и возврату не подлежат”.

Часть участников информационных семинаров на следующие же дни после вступления в организацию, посоветовавшись с родственниками или проанализировав, способны ли они привлечь новых членов в организацию, “оправдать” вложенные деньги и заработать, обратилась к организаторам с целью возврата внесенных денег. В подавляющем большинстве случаев деньги им возвращены не были с мотивированной добровольности их внесения и на основании подпísанных документов. Через некоторое время отдельные граждане обратились в органы внутренних дел с заявлениями о том, что руководители Организации, “используя мошенничество, злоупотребляя доверием и применяя психологическое воздействие”, овладели их денежными средствами. Следует отметить, что из числа граждан, обратившихся с исками о возмещении материального ущерба, на использование психологического воздействия указали лишь около 60 %. Причем текст обращения был идентичный по форме и содержанию.

Таким образом, главным вопросом, ставившимся перед экспертами и специалистами, являлся вопрос о том, использовались ли методы суггестии (внушения, гипноза, психологического или психотерапевтического воздействия, манипулирования и пр.) при проведении бизнес-семинаров. При этом в качестве цели предполагаемого воздействия рассматривалось стремление организаторов путем введения слушателей в “состояние измененного сознания (транса)” вынудить их внести денежные средства в Организацию. Предполагалось, что “внесение денег было совершено потерпевшими неосознанно и при использовании целенаправленного внешнего психологического манипулирования”.

АНАЛИЗ ФАКТОВ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ “ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ И МАНИПУЛЯЦИЙ”

Доказать или опровергнуть использование кем бы то ни было методов направленного психологического воздействия на окружающих можно на основании обнаружения и подтверждения следующих фактов:

1) владения человеком методиками психологического (психотерапевтического) воздействия после обучающего курса у специалистов соответствующего профиля;

2) наличия верbalных и неверbalных признаков использования подобных методов — осознанно и с определенной целью;

3) обнаружения признаков эффективности психологического воздействия, т.е. наличия феноменов, указывающих на погружение и нахождение окружающих людей (человека) в измененном состоянии сознания — трансе.

Удивительным оказался тот факт, что, несмотря на поставленные перед экспертами вопросы об эффектах психологического (психотерапевтического) воздействия, исследования были направлены исключительно на предполагаемых источников воздействия, а не на потерпевших. По материалам дел нам не известны случаи психолого-психиатрических экспертиз потерпевших, которые могли бы подтвердить или опровергнуть наличие оказанного на них психологического воздействия и нахождения их в измененных состояниях сознания во время бизнес-семинаров. Учитывая данный факт, приходится констатировать, что экспертный вывод по вопросу о сути и эффектах предполагаемого воздействия перемещался в сферу предположений и гипотез, а не в сферу доказательств. Не вызывает сомнений тот факт, что без доказательств обнаружения изменений психической деятельности потерпевших в процессе воздействия невозможно доказать наличие самого воздействия. Анализ же наличия верbalной и неверbalной продукции лиц, подозреваемых в использовании суггестии, не может явиться основанием для вынесения доказательного заключения о его результативности.

Процесс внушения — это процесс межличностной коммуникации [7, 8, 15, 16, 24], включающий, с одной стороны, воздействие информации на кого-либо, с другой — восприятие той же информации от кого-либо. Можно пытаться воздействовать и не оказывать этого воздействия в реальности. Но можно быть готовым воспринимать желаемую информацию и оказываться под воздействием собственного желания.

Под психологическим (психотерапевтическим) воздействием в современной науке понимается осознаваемое использование арсенала психотерапевтических методик (психологического консультирования, психокоррекции или психотерапии в узком понимании) с определенными целями — для улучшения пси-

хической адаптации человека, обучения навыкам эффективного взаимодействия с окружающими или для избавления от психопатологических симптомов [5, 8 – 13, 16, 23]. В мировой психиатрической и психологической науке отсутствуют серьезные доказательства того, что психотерапевтическое воздействие можно использовать в корыстных и противоправных целях. Данные допущения имеются лишь в популярной литературе, и не основаны ни на какой доказательной базе [3]. Известно, что даже под гипнозом невозможно внушить человеку необходимость совершения аморального для него и криминального по сути действия. Следовательно, использование термина “психотерапевтическое” воздействие в контексте противоправной деятельности некорректно.

Под психологическим манипулированием (манипуляцией) в современной социальной психологии понимается “вид психологического воздействия, искусное исполнение которого ведет к скрытому возбуждению у другого человека намерения, не совпадающего с его актуально существующими желаниями” [4]. Как следует из определения, суть манипуляции заключается в расхождении целей манипулятора и “манипулируемого”, т.е. скрытом принуждении. В анализируемых случаях мы не обнаруживаем признаков манипулирования, т.к. намерения, желания и цели сторон совпадали. Слушатели приходили на информационные семинары с целью быстрого обогащения, получения прибыли. Организаторы, зарабатывая с помощью привлечения новых членов и поступления от них денежных средств и не скрывая этого, фактически позволяли всем вступившим иметь возможность (шанс) заработать тем же способом. Подобный способ обогащения на семинарах подробно объяснялся (вербально и с помощью схем и графиков), его нельзя обозначить “скрытым возбуждением намерения...”, т.к. он осуществлялся явно. Следовательно, можно утверждать, что *психологического манипулирования ведущими и организаторами информационных семинаров не осуществлялось*.

Как следует из показаний потерпевших и свидетелей, аргументом, приводившим к заключению об использовании психотерапевтического (психологического) воздействия на них и подвинувшим их к решению вступить в Организацию, внести деньги, явились их последующие высказывания о том, что эти действия совершились “как под гипнозом”, “по непонятным для меня причинам мною, человеком с высшим экономическим образованием, бухгалтером со стажем была внесена требуемая сумма”, “предполагаю, что использовались техники и методы, применяемые в психотерапии”. Однако в делах имеются и свидетельства обратного, в которых участники семинаров отрицали факт какого-либо психологического воздействия на них. Многие из потерпевших назвали действия руководителей Организации мошенничеством и не

упомянули о каком-либо специфическом психологическом воздействии.

Подавляющее большинство потерпевших, подробно не поясняя и не расшифровывая, обнаружили психологическое воздействие со стороны руководителей и ведущих семинаров в использовании: 1) громкой музыки, 2) громких аплодисментов и скандировании, 3) отсутствии времени на раздумья при решении внести деньги. Общую же атмосферу они характеризовали как положительную. Таким образом, можно отметить, что подавляющее большинство потерпевших не указывало в качестве доказательства наличия психологического воздействия на какие-либо скрытые вербальные или иные информационно емкие приемы, обычно применяемые при суггестии, названные некоторыми экспертами технологиями “информации низкой точности”. Подавляющее большинство участников семинаров отмечали, что их пытались “убедить”, а не внушить им что-либо. Использовались различные приемы убеждения — образные сравнения, примеры, схематическое изображение методов получения прибыли. Лишь одна из потерпевших посчитала, что на нее в процессе семинара оказывалось прямое психологическое воздействие, которое она ощущала в виде появления “головной боли, автоматического отключения головного мозга”. Из этого она сделала вывод о том, что использовалось “колдовство” и назвала организацию “сектой”. К ее показаниям приложены выписки из брошюры по масонству и сатанизму.

Следует особо отметить, что в постановлении о привлечении в качестве обвиняемых один из следователей также неоднократно указывал, что “участниками преступной группировки” использовались *методы убеждения*. Данный термин, имеющий определенное значение и трактовку, использован следователем пять раз. Сходные указания имеются в показаниях свидетелей, ряд из которых применил термин “уговорили” заплатить деньги.

Вопрос об использовании руководителями семинара в отношении приглашенных “высокоэффективных методов психологического, суггестивного воздействия” (по заключениям экспертов), техник “присоединения и ведения”, “информационного давления”, “эриксоновского гипноза”, нейролингвистического программирования, нельзя считать доказанным. Данное мнение основано на нескольких фактах.

Как указано выше, не доказан тот факт, что руководителями семинара использовалось именно внушение (суггестия), а не метод убеждения. Под внушением в современной психотерапии понимается подача информации, воспринимаемая без критической оценки (т.е. без анализа и приведения фактов — пусть искаженных). В то время как убеждение — это метод межличностного общения, при котором один человек приводит развернутую аргументацию с целью убе-

дить собеседника в правильности его позиции (пусть ложной).

Анализ видеоматериалов проведения семинаров руководителями Организации и показаний свидетелей может указывать на тот факт, что ими использовался метод убеждения. При этом не скрывался механизм возможного получения приглашенными прибыли, описывался весь технологический процесс. Руководители стремились убедить слушателей, что выбранный ими способ получения прибыли адекватный и наиболее эффективный. Семинар проводился в форме столкновения мнений, разнообразие которых позволяло слушателям критически отобрать из всех перечислявшихся аргументов наиболее убедительные с их точки зрения. Таким образом, можно утверждать, что принятие решения о вступлении в Организацию и внесение участниками денег с целью получения прибыли было совершено приглашенными осознанно и целенаправленно, а не под суггестивным воздействием.

Еще одним доказательством использования во время информационных семинаров целенаправленного психологического воздействия могли бы служить факты, указывающие на то, что слушатели в этот период находились в измененном состоянии сознания (трансе) и, следовательно, не могли в полной мере осознавать характер собственных действий и руководить ими.

Из постулатов судебной психиатрии известно, что к признакам ограничения способности в полной мере осознавать характер своих действий и руководить ими относятся действия и переживания человека, выходящие за рамки его обыденного поведения и переживаний, характеризующиеся нелогичностью, непоследовательностью, дезорганизацией, некомфортностью или опасностью в отношении себя или окружающих, отсутствием целенаправленности и осмысленности мотивов, а также сопровождающиеся психопатологическими симптомами и синдромами [22]. Причинами ограничения способности человека осознавать характер своих действий и руководить ими могут являться психические заболевания психотического уровня (шизофрения, биполярное аффективное расстройство, органические психические расстройства), умственная отсталость и деменция, некоторые формы личностных расстройств в стадии декомпенсации, в том числе психический инфантилизм и т.д., а также острые психопатологические симптомокомплексы, сопровождающиеся измененными состояниями сознания. Следовательно, внешние факторы и психологические воздействия могут являться исключительно условиями формирования состояний, способствующих ограничению способности человека в полной мере осознавать свои действия и руководить ими, а не причинами этих состояний.

Учитывая имеющиеся в анализируемых материалах данные, можно утверждать, что действия потер-

певших на протяжении семинара, до и после него носили идентичный целенаправленный характер. Мотивацией прихода на семинар была нажива, стремление и желание путем выгодного вложения денежных средств получить прибыль. Мотивацией обращения в суд — немедленный возврат вложенных денежных средств и нежелание признавать себя ответственным за собственные действия. Подобные мотивы следует признать осознанными. Они отражают типичный для потерпевших метод получения прибыли и не выходят за рамки обыденного поведения. Никаких признаков психической патологии или особых (необычных для этих лиц) форм поведения обнаружено и заподозрено не было. Помимо этого, в материалах дела, а также в заключениях психолого-психиатрических экспертиз не приведено ни одной характеристики, указывающей на наличие у потерпевших в момент совершения действий по передаче денег, непосредственно до этого действия или после каких бы то ни было признаков психических расстройств. Следовательно, можно предполагать, что их поведение носило целенаправленный характер во все анализируемые периоды.

Наибольший интерес в плане доказательства наличия признаков ограничения способности осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, а также аргументации в пользу нахождения потерпевших в состояниях транса (измененных состояниях сознания) представляет анализ того факта, что лишь около 60 % потерпевших указали на особое психическое состояние во время семинара. Следует задаться вопросом о том, может ли целенаправленное психологическое воздействие не быть универсальным? Как следует из материалов дел, даже в процессе индивидуальных собеседований руководителями использовались речевые шаблоны, а не специфичные психологические методики.

Можно утверждать, что один и тот же способ психологического воздействия может оказывать на слушателей различные эффекты. Но это связано не со способом, а с особенностями психики реципиента. Вследствие этого, наиболее важным является вопрос о доказательной базе обнаружения у потерпевших признаков измененных состояний сознания в момент передачи денег, до и после этого события. В экспертизе, проведенной под руководством проф. Г. Н. Носачева, использовались для доказательства “информационно-психологического воздействия” исключительно показания потерпевших, которые не могут быть признаны аргументированными в силу заинтересованности потерпевших результатами дела, а также в силу того, что высказывания потерпевших о неосознаваемом характере их действий расходились с целенаправленностью и мотивацией реальных действий.

Эксперты обосновывали наличие “суггестивного воздействия (внушения), оказанного организаторами семинара на приглашенных лиц”, используя термин

“необычное состояние”. Данный термин не является научным и не может применяться в качестве доказательства. Эксперты считали, что “признаками формирования у приглашенных лиц суггестивной установки являлись их указания на ограниченное, неполное, односторонне-позитивное и некритичного восприятие ситуации, связанное с вступлением в организацию”. Таким образом, эксперты указали лишь на готовность (установку) к внушению, а не на само внушение. Кроме того, описание признаков носит излишне общий и неконкретный характер. Отсутствуют признаки, которые, с одной стороны, помогли бы идентифицировать состояние потерпевших как “некритичное”, с другой, присутствуют признаки целенаправленного стремления вступить в Организацию и получить прибыль.

Таким образом, можно отметить тот факт, что в материалах дел и, в частности, в заключениях экспертов по вопросам использования или не использования во время бизнес-семинаров методов психологического воздействия **отсутствуют данные, которые могли бы быть положены в основу вывода о том, что потерпевшие в момент совершения предполагаемого преступления находились в измененном состоянии сознания, что могло бы быть основополагающим доказательством использования целенаправленного суггестивного воздействия руководителями семинара и указывать на то, что потерпевшие не могли отдавать отчет своим действиям и руководить ими.**

Необоснованным, ненаучным, недоказанным и выходящим за границы профессиональной компетентности следует признать формулировку экспертов о том, что “при проведении семинаров психотерапевтическое воздействие осуществлялось в виде “*психологического насилия*” и что оно было направлено на “*манипулирование сознанием*” участников, эксплуатацию “*желания разбогатеть*”. Словосочетания “*манипулирование сознанием*” и “*психологическое насилие*” не входят в научный лексикон и не могут быть признаны корректным.

В материалах дел отсутствуют какие-либо указания на то, что руководители и ведущие семинаров, которые, как предполагало следствие, использовали психологическое воздействие, имели соответствующие навыки и обучались им. Имеется лишь неподтвержденное никакими фактами мнение одного из следователей о том, что обвиняемые руководители Организации “владели навыками в области психологии и педагогики”, которые и использовали в своей деятельности по привлечению новых членов.

По мнению одной из экспертных комиссий под председательством доц. А. В. Светлакова, “проблема — владеют ли, обладают ли организаторы способностями психического воздействия на личность (т.е. методами психотерапии, суггестии) — практического, экспертного значения не имеет, ибо все организато-

ры-фигуранты используют некоторые способы и приемы суггестии при манипулятивно-обманной деятельности лишь как способ мошенничества, обмана, что не тождественно методам и способам классической суггестии как метода лечения больных”. С подобным подходом согласиться категорически нельзя. Тем более что известно [6], что в подобных бизнес-компаниях принят “кодекс чести”, в соответствии с которым работник принимает на себя обязательство “не использовать недозволенные приемы психологического воздействия на личность (гипноз и другие техники внушения), которые могут оказывать пагубное воздействие на здоровье и психику человека или на время ввести его в заблуждение”. (Справедливости ради, следует отметить, что подобное обязательство грешит предубеждением, что, во-первых, недозволенные приемы психологического воздействия существуют (это не является научным фактом), во-вторых, что, нарушив подобный запрет, можно достичь желаемого результата — ввести человека в заблуждение. Мы рассматриваем существование данного пункта “кодекса чести” как заблуждение или как рекламный трюк, адресованный сотрудникам Организаций.)

Следует отметить, что экспертными комиссиями под председательством, к примеру, д.м.н., проф. Г. Н. Носачева, была отвергнута сама возможность лично на основании интервьюирования обвиняемых (руководителей и ведущих семинаров) оценить их знания и навыки психологического воздействия, получить какие-либо сведения об их возможном обучении способам “психологического вмешательства” и получить соответствующие пояснения. Следовательно, можно утверждать, **по материалам дел невозможно достоверно указать на то, что обвиняемые владели методиками психологического (психотерапевтического) воздействия и обучались этому у специалистов соответствующего профиля**. Наиболее часто при оценке действий руководителей бизнес-семинаров эксперты использовали термин “*манипуляции*”. Исходя из научной трактовки понятия манипуляции, можно констатировать, что в материалах дела отсутствуют доказательства того, что предполагаемое психологическое воздействие носило осознаваемый, намеренный и целенаправленный характер. Как уже было указано выше, музыкальное сопровождение, аплодисменты или дефицит времени не могут обладать признаками целенаправленного психологического воздействия и сами по себе не способны привести к принятию решения о внесении денежных средств. Следовательно, их использование не может считаться целенаправленным.

АНАЛИЗ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ БАЗЫ ЭКСПЕРТИЗ

Учитывая тот факт, что следствие в оценке использования психологического воздействия руководи-

телями Организации и ведущими бизнес-семинаров основывалось на заключениях комплексных психолого-психиатрической экспертиз, в частности, проведенной под руководством проф. Г. Н. Носачева, мы сочли возможным проанализировать *теоретические основы экспертизы*.

Как следует из выводов экспертиз, предполагаемое психологическое воздействие включало в себя в основном методики, построенные на техниках т.н.нейролингвистического программирования и эриксоновского гипноза. В связи с этим следует обратиться к известному в мировой психотерапии мнению о том, что “**система НЛП (нейролингвистического программирования)...не выведена и в принципе не выводима из известных научных достижений... и не существует свидетельств или документальных подтверждений этой системе**” [23]. В настоящее время нейролингвистическое программирование рассматривается как гипотеза, а не как доказательная теория и практика. Следовательно, в своих размышлениях и заключении эксперты основывались не на строгого научных данных, а скорее на оклононаучной мифологии. Еще в 1985 году был опубликован обзор 22 научных исследований, посвященных образованию теоретических положений НЛП и анализу ее доказательной базы. В 68,2 % экспериментов теория нейролингвистического программирования была опровергнута, еще в 18,2 % случае она была признана сомнительной. Из данного анализа были сделаны выводы о том, что теория нейролингвистического программирования является сомнительной и не имеющей научного статуса. Особо следует отметить вердикт Национальной Академии наук США, отрицающий научность НЛП [цит. по 23].

Таким образом, можно утверждать, что **любое заключение по оценке психологических методов воздействия, построенное на базе НЛП — научно не доказанной и даже опровергнутой, — является ошибочным и не может являться доказательным.**

Проведенный анализ экспертных оценок использования бизнес-клубами суггестивного воздействия с целью привлечения новых членов и завладения их денежными средствами позволяет констатировать тот факт, что подавляющее большинство заключений судебно-психологических и комплексных психолого-психиатрических экспертиз плохо аргументировано и основано на ложных парадоксальных теориях. Необходимо признать, что в условиях недостаточной проработанности теоретических основ психотерапии и психологии воздействия экспертам следует крайне осторожно подходить к заключениям о характере и эффектах подобных воздействий, дабы не дискредитировать науку и не скатиться к обывательской оценке. Следует согласиться с мнением [20, 21], что в настоящее время в рамках объективизации судебно-психологической экспертизы суггестивного воздействия стоит задача систематизации знаний, выработки единого на-

учно-методического подхода, выделения четких научных критериев, их классификации, настройки понятийного и терминологического аппарата.

ЛИТЕРАТУРА

- “Банда гипнотизеров обокрала 500 жителей Магниторска более чем на 25 млн. рублей”. / Аргументы и факты. 17.03.03.
- Баранов В. С. Психолого-психиатрическая экспертиза деятельности группы К. Руднева. / <http://www.people.nnov.ru/volkov/index1.html>.
- Винокуров И., Гуртовой Г. Психотронная война. — М.: Мистерия, 1993. — 366 с.
- Доценко Е. И. Психология манипуляции: феномены, механизмы и защита. — М., 1997.
- Карвасарский Б. Д. Психотерапия. — М., 1985. — 303 с.
- Кодекс чести страховой компании ТАС. <http://www.taslife.com.ua/index.html>.
- Куликов В. Н. Социально-психологические аспекты суггестии. — Автореф. дисс. канд... п. наук., Л., 1974.
- Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. — М.: МЕДпресс-информ, 1998, 1999, 2001, 2002. — 592 с.
- Менделевич В. Д. Современная психотерапия: проблемы ответственности, права и компетентности. / В материалах Российской конференции “Психотерапия и клиническая психология в общемедицинской практике”, Санкт-Петербург-Иваново, 2000. — с. 78 – 82.
- Менделевич В. Д. Психотерапевтическая и психологическая деятельность: синонимы или антонимы? / В материалах I Международной конференции памяти Б. В. Зейгарник “Клиническая психология”, М., 2001. — с. 178 – 181.
- Менделевич В. Д. Современная психотерапия без Бехтерева — в борьбе за чистоту рядов и рынок услуг. / В сборнике статей к конференции “В. М. Бехтерев и современная психология, психотерапия”, Казань, 2001. — с. 60 – 64.
- Менделевич В. Д. Кризис в психологии или кризис у психологов? / В материалах “Недели современной психологии, философии, искусства”, Казань: ЮЛАКС, 2003. — с. 38 – 40.
- Менделевич В. Д. Психиатрическая пропедевтика. — М.: МЕДпресс-информ, Изд-ие 3-е переработанное и дополненной, 2004. — 528 с.
- “Мошенники построили клубные пирамиды”. <http://www.businesspress.ru/newspaper/article.asp?mId=43&aid=5512>.
- Мышляев С. Гипноз. Личное влияние? — Нижний Новгород: Нижполиграф, 1993. — 287 с.
- Носачев Г. Н. Направления, виды, методы и техники психотерапии (в 2-х томах). — Самара: Парус, 1998.
- Пирогова К. Финансовые пирамиды обрели второе дыхание. <http://www.communist.ru/lenta/?561>.
- Постнова В. Бизнес-клуб не вписался в уголовный кодекс. / Независимая газета, № 107 (2661), 3.06.02.
- “Россияне снова готовы нести деньги в финансовые пирамиды”. <http://news.iof.ru/lenta.ru/2003/10/25/2?PHPSESSID=1780e504821d27f630d962cb68e40510>.
- Секераж Т. Н. О судебно-психологической экспертизе психологического воздействия. // В сборнике “Современное состояние и перспективы развития новых направлений судебных экспертиз в России и за рубежом”, Калининград, 2003. — с. 195 – 201.
- Секераж Т. Н. Экспертиза информационно-психологической безопасности. / В материалах III Всероссийского съезда психологов, СПб.: СПбГУ, 2003, т. VII.
- Судебная психиатрия (под руководством Г. В. Морозова). / Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1988. — 400 с.
- Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. — СПб.: Питер, 1999. — 656 с.
- Чалдини Р. Психология влияния. — СПб.:Питер, 2000. — 272 с.

Способность обвиняемого с психическим расстройством представать перед судом. Американская модель

В. В. Мотов (Тамбов)

ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЕ ТРУДНОСТИ

Психиатр, получивший профессиональную подготовку по судебной психиатрии в России, оказавшись в США, неизбежно сталкивается со значительными трудностями в понимании американской системы права и психиатрии. Приличное “техническое” знание американского английского не избавляет Вас от этих трудностей. Естественные первоначальные попытки использовать в Америке знакомые Вам психиатрические и правовые понятия в том значении, в котором они используются в России, или употреблять незнакомый термин в формально правильном “словарном” его значении, не зная “среды”, в которую “погружен” этот термин, могут поставить в неловкое положение (что со мной случалось не раз в первые месяцы пребывания в США). Более того, имеются термины, которым, попросту, нет полных эквивалентов в другом языке и точное их значение удается передать лишь описательно.¹

Существуют и иного рода трудности: например, англо-американский термин “competency to stand trial” дословно переводится, как “способность представать перед судом”; читатель вправе ожидать, что и российский термин “способность представать перед судом” при переводе его на английский должен звучать как “competency to stand trial”. Однако, с моей точки зрения, адекватный англо-американский термин в данном случае — “competency to proceed”. Почему так — скажу чуть ниже, пока лишь замечу, что это, действительно, нелегко понять, не имея представления о различиях в порядке судопроизводства по уголовным делам в США и России.

Часть трудностей связана с тем, что одинаковое понимание какого-то психопатологического термина или психического расстройства психиатрами в России и США создает ложное впечатление, что и юридические последствия противоправного поведения человека, имеющего такое одинаково понимаемое психическое расстройство, будут одинаковыми в обеих странах. Возьмем, к примеру, термины “бред” и “галлюцинации”. Понимание их в России и США практически идентично. Между тем, судебно-психиатическая оценка обвиняемого, обнаруживающего бредовые или галлюцинаторные расстройства в период совершения правонарушения, в России и Америке может существенно отличаться. Российскому судебному психиатру трудно понять, как можно признать

вменяемым обвиняемого с бредом или слуховыми галлюцинациями в период совершения уголовно-наказуемого деяния. Так же трудно американскому судебному психиатру понять, почему обвиняемый, например, с недавно возникшим, медленно прогрессирующим паранойальным бредом ревности, не утративший трудоспособности, ведущий себя внешне адекватно и на работе, и в общении с соседями, совершивший правонарушение, не вытекающее из фабулы бреда, должен признаваться невменяемым или, например, не способным представать перед судом.

С учетом сказанного, необходимость “определиться в терминах”, прежде чем приступить к изложению существа вопроса, представляется мне оправданной.

СПОСОБНОСТЬ ПРЕДСТАВАТЬ ПЕРЕД СУДОМ (СППС). ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕРМИНА

В США, когда говорят о способности обвиняемого по своему психическому состоянию представать перед судом (competency to stand trial), имеют ввиду способность участвовать лишь в той стадии судебного процесса, на которой решается вопрос о виновности подсудимого (guilt determination stage). Способность участвовать в судебном процессе (competency to proceed) — более широкое понятие, оно включает в себя как СППС, так и способность участвовать в следующей стадии судебного процесса — стадии вынесения приговора (competency to participate in the sentencing proceeding). Кроме того, отдельно от СППС и способности участвовать в судебном процессе на стадии вынесения приговора рассматривается способность обвиняемого по своему психическому состоянию принимать решения в уголовном процессе (decisional competency). В нее, в свою очередь, включаются и способность признать себя виновным (competency to plead guilty), и способность отказаться от права на адвоката (competency to waive an attorney), и способность отказаться от права хранить молчание (competency to waive the right to remain silent), и ряд других. Особо выделяется способность достойно принять смертную казнь (dignitarian competency).

В данной статье рассматривается лишь способность обвиняемого по своему психическому состоянию принимать участие в судебном процессе на стадии установления вины.

Требование понимания обвиняемым происходящего в суде и возможных последствий своих заявлений содержалось в английском общем праве, по край-

¹ Например, “insanity” и “невменяемость”.

ней мере, с XVII в. Возможно, оно возникло как реакция судов на ситуацию, когда обвиняемый, вместо того, чтобы заявить о своей виновности или невиновности, как того требует процедура судебного слушания, молчал, не реагируя на обращенные к нему вопросы судьи. В этом случае суд должен был решить, молчит ли обвиняемый по причине “злого умысла” (“malice”) или “карьи господней” (“visitation of God”) [1]. В первом случае для принуждения обвиняемого к заявлению о своем отношении к выдвигаемому против него обвинению судья отдавал распоряжение подвергнуть обвиняемого испытанию. Испытание заключалось в том, что на грудь обвиняемого накладывался все более тяжелый груз до тех пор, пока испытуемый не заговорит [1]. Во втором случае обвиняемый избегал подобной участи. Категория “нем по причине кары господней” (“mute by visitation from God”) включала в себя первоначально лишь страдавших глухонемотой, в последующем в нее вошли и душевнобольные.

Шестая поправка к Конституции США гарантирует обвиняемым в уголовном преступлении право на помочь адвоката в осуществлении своей защиты, возражение на обвинение, приведение доказательств.² Реализация этих прав требует не просто “физического” присутствия, но и “психического” присутствия обвиняемого в суде. Не присутствующий “психически” обвиняемый не может помочь адвокату в осуществлении защиты.

Более того, с точки зрения интересов общества и общественной морали судебный процесс должен быть достойным. “Состязательная форма уголовного процесса с необходимостью базируется на допущении, что обвиняемый будет осознающим и понимающим участником. Суд над обвиняемым, который не соответствует этим ожиданиям, представляется неуместным и противоречащим здравому смыслу”.[1]

ФОРМУЛА СПОСОБНОСТИ ОБВИНЕМОГО ПРЕДСТАТЬ ПЕРЕД СУДОМ

Стандартная формулировка способности обвиняемого по своему психическому состоянию представать перед судом была дана Верховным Судом США в 1960 г. в деле *Dusky v. United States*. Верховный Суд указал, что сам по себе факт правильной ориентировки обвиняемого в пространстве и времени, а также то, что обвиняемый способен воспроизвести некоторые прошлые события, еще не свидетельствует о его СППС; “...тест должен быть следующим: обладает ли он (обвиняемый) в настоящее время достаточной способностью советоваться со своим адвокатом с умеренной степенью разумного понимания и обладает ли он разумным, а также и фактическим пониманием направленных против него судебных процедур” [2].

² Шестая поправка к Конституции США принята в 1791 г.

Данный тест стал обязательным для всех федеральных судов США, он также был принят в большинстве штатов [3].

Как видим, формулировка включает в себя два критерия: (1) способность обвиняемого понимать смысл судебных процедур в уголовном процессе, включая и роль участников процесса и (2) способность обвиняемого функционировать в этом процессе, прежде всего путем консультаций со своим адвокатом в подготовке защиты.

Тест фокусируется на “способности”, а не “готовности” взаимодействовать с адвокатом и понимать существо происходящего в суде. Обладающий способностью, но отказывающийся сотрудничать с адвокатом, делает осознанный выбор и понимает возможные его последствия. Также и когда обвиняемый не может оценить степень тяжести выдвинутого против него обвинения или не может представить себе роль участников процесса просто по причине своего незнания, но не из-за психических нарушений, вопрос о СППС необоснован [3].

Необходимость наличия у обвиняемого “умеренной” степени понимания предполагает гибкость применения теста к реальным ситуациям. Полное или абсолютное понимание не требуется. Большинство комментаторов согласны, что в данном тесте “порог” СППС не очень высокий [3]. В то же время порог может варьировать в зависимости от контекста. Требуется, безусловно, разный уровень способности понимать существо обвинения в случае, например, управления автомобилем без прав и в случае обвинения в преступлении в банковской сфере.

Подобным же образом, способность обвиняемого к взаимодействию со своим адвокатом может зависеть не только от психического состояния обвиняемого, но и от личностных характеристик самого адвоката. В деле *Morris v. Slappy* (1983) Верховный Суд США указал, что Конституция не гарантирует “содержательные” отношения между обвиняемым и адвокатом. Суд не требует, чтобы между обвиняемым и адвокатом отношения характеризовались как “высококачественные” [4].

Последний компонент теста — присутствие “разумного” и “фактического” понимания имеет в виду осознанное функционирование. Как отмечалось многими судами, сам по себе факт наличия у обвиняемого психотических симптомов еще не делает этого обвиняемого неспособным представать перед судом³. Психическая болезнь должна быть такой, которая лишает

³ В 1996 г. Theodore Kaczynski был обвинен в изготовлении самодельных взрывных устройств, которые он рассыпал по почте незнакомым ему людям, в результате чего погибли 3 человека и многие получили серьезные ранения. Назначенный судом психиатр (Dr. Sally Johnson) обследовала Kaczynski с целью установления его способности представать перед судом, установила ему диагноз параноидной шизофрении и дала заключение, что у испытуемого нет та-

обвиняемого возможности рационального понимания консультаций адвоката и происходящего в суде [5]. Важно отметить, что понимание должно быть и фактическим, и разумным, рациональным. Одного фактического понимания недостаточно. Обвиняемый, понимающий, что выносимый в отношении его приговор связан с выдвигавшимся против него обвинением (фактическое понимание), но уверенный, по причине наличия у него бреда, что он ни минуты не будет находиться в тюрьме (отсутствие рационального, разумного понимания), может быть признан неспособным представать перед судом [5].

Некоторые штаты попытались сделать тест СППС более содержательным. Так, например, Правила уголовного судопроизводства штата Флорида устанавливают, что обвиняемый отвечает тесту СППС, если он удовлетворяет следующим 6 критериям:

- 1) понимает значение обвинений и заявлений против него;
- 2) оценивает пределы и характер возможного наказания;
- 3) понимает состязательную природу судебного процесса;
- 4) способен раскрывать своему адвокату факты, относящиеся к исследуемому в суде вопросу;
- 5) демонстрирует адекватное поведение в зале суда;
- 6) дает относящиеся к делу показания [5].

Первые три критерия относятся к способности обвиняемого понимать существование происходящего в период судебного процесса, понимать судебный процесс как таковой. Обвиняемые, не способные понять существование обвинения, возможное наказание или то, что в ходе судебного процесса прокурор пытается добиться осуждения обвиняемого, вряд ли смогут противостоять обвинению или защитить себя в суде. Последние три концентрируются на способности обвиняемого функционировать, действовать в ходе судебного разбирательства.

кого психического дефекта, который лишил бы Kaczynski возможности понимать характер обвинения и помогать адвокату в осуществлении своей защиты. Суд признал его способным представаться перед судом. Судебное слушание для определения вины Kaczynski не состоялось лишь потому, что в обмен на обещание прокурора не добиваться для Kaczynski смертной казни, обвиняемый согласился признать себя виновным. Kaczynski был приговорен к четырем срокам пожизненного заключения плюс 30 годам без возможности условно-досрочного освобождения. См. On line at www.findarticles.com/cf_0/g2699/mag.jhtml В 1960-е гг., однако, многие американские специалисты в области психического здоровья рассматривали (а российские судебные психиатры продолжают рассматривать и сейчас) наличие психотических симптомов у испытуемого как обстоятельство, исключающее его возможность представаться перед судом. См. A. Louis McCarry, "Competency for Trial and the Due Process Via the State Hospital," 122 Am. J. Psychiat. 623 (1965).

АМНЕЗИЯ И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ОЦЕНКЕ СППС

Одна из часто встречающихся проблем в отношении п. 4 (способность обвиняемого рассказать адвокату о правонарушении и описать период времени, относящийся к правонарушению, для выработки совместно с адвокатом плана защиты), — ссылки обвиняемого на запамятование своих действий в период совершения правонарушения. Как такая ограниченная амнезия (если она действительно имеет место) влияет на СППС обвиняемого в США?

Большинство судов считает, что амнезия *per se*, ограниченная периодом времени, относящимся к правонарушению, вне зависимости от ее причин ("органическая" — как результат, например, черепно-мозговой травмы, интоксикации и т.д. или "психогенная" — как результат действия психологического защитного механизма "репрессии"), не препятствует возможности обвиняемого представаться перед судом [5].

В деле *Wilson v. United States* (1968) Wilson, получивший черепно-мозговую травму при попытке скрыться с места преступления и утративший способность восстановить в памяти период времени, относящийся к совершению им вооруженного ограбления, был признан способным представаться перед судом, т.к. понимал существование выдвинутых против него обвинений и был способен общаться со своим адвокатом [6]. Вместе с тем, суд в деле *Wilson* отметил, что до вынесения приговора должно быть установлено следующее:

1. В какой степени амнезия влияла на способность обвиняемого консультироваться со своим адвокатом и помогать ему в осуществлении защиты.
2. В какой степени амнезия влияла на способность обвиняемого свидетельствовать в свою пользу.
3. В какой степени обстоятельства дела могли быть воссозданы без учета сведений, полученных от обвиняемого, имея в виду его амнезию.
4. В какой степени штат помогал обвиняемому и его адвокату в этом воссоздании.
5. Является ли обвинение настолько убедительным, что не допускает каких-либо разумных гипотез невиновности обвиняемого. Если имеется значительная вероятность того, что обвиняемый мог бы полагаться на алиби или другую защиту, но не сделал этого из-за амнезии, должно предполагаться, что он мог бы сделать это.
6. Любые другие факты и обстоятельства, которые бы указывали на то, был ли судебный процесс справедливым для обвиняемого [6].

КТО И КОГДА МОЖЕТ ПОДНЯТЬ ВОПРОС О СПОСОБНОСТИ ОБВИНЕМОГО ПРЕДСТАВЛЯТЬ ПЕРЕД СУДОМ?

В деле *Pate v. Robinson* (1966) Верховный Суд США указал, что суд должен исследовать вопрос о способности обвиняемого представаться перед судом вся-

кий раз, когда возникают обоснованные основания сомневаться в ее наличии [7].

В этом смысле показательным является дело *Drope v. Missouri* (1975) [8]. *Drope* обвинялся (вместе с двумя другими лицами) в изнасиловании своей жены. Он был признан СППС на основании заключения психиатра, указавшего, что испытуемый был правильно ориентирован, отвечал без затруднений на вопросы, касающиеся исследования его суждений, у него не было признаков бреда, галлюцинаций, иллюзорных расстройств. Вместе с тем у него отмечались заметная обстоятельность речи, ответы не в плане задаваемых вопросов и затруднения в локализации событий во времени. Жена обвиняемого заявила, что, по ее мнению, ее муж болен, что он, например, падает и начинает кататься по лестничным ступенькам, когда что-нибудь происходит не так, как он того хочет, и что он пытался душить ее за день до суда (последнее заставило ее отказаться от намерения прекратить добиваться его обвинения). На второй день судебного процесса подсудимый выстрелил в себя. Апелляционный суд штата Миссури нашел, что ни заключение психиатра, ни суициальная попытка не создают обоснованных сомнений в способности обвиняемого представать перед судом. Верховный Суд США не согласился с этим и отменил приговор, отметив, что суд не придал должного значения информации о возможной неспособности обвиняемого представать перед судом, которая появилась уже в ходе судебного процесса. Верховный Суд указал, что все доказательства иррационального поведения обвиняемого, его манера вести себя в суде, любое предшествующее медицинское заключение относительно его СППС и т.д. имеют значение для решения вопроса о том, требуется ли еще одно обследование психического состояния обвиняемого, но в некоторых обстоятельствах даже одного из этих факторов, взятого отдельно, может оказаться достаточно [8].

В большинстве юрисдикций вопрос о способности обвиняемого представать перед судом может поднять и сторона защиты⁴, и сторона обвинения, и судья *sua sponte* [9]. Если суд установит, что существуют обоснованные сомнения в такой способности обвиняемого, суд назначает одного или нескольких специалистов

в области психического здоровья для исследования его психического состояния. Обычно обследование происходит стационарно и длится несколько недель или даже месяцев [9].

С 1970-х гг. многие штаты пытаются сократить период стационарного обследования и также сделали движение в сторону предоставления такого обследования в амбулаторных условиях либо в пенитенциарном учреждении, либо, если обвиняемый находится до суда на свободе, в местном учреждении, оказывающем амбулаторную психиатрическую помощь [9].

РОЛЬ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ⁵

В делах, где исследуется способность обвиняемого представать перед судом, может возникнуть вопрос, как далеко суды позволяют идти эксперту в своих формулировках? Должен ли эксперт лишь установить диагноз психического расстройства (если имеется), обосновать его и на этом остановиться, по аналогии с тем, как это требуется от психиатра в федеральных судах США при решении вопроса о вменяемости, либо ему разрешено идти дальше и прямо ответить на вопрос, что обвиняемый обладает (или не обладает) в настоящее время способностью советоваться со своим адвокатом с умеренной степенью разумного понимания и обладает (или не обладает) разумным, а также и фактическим пониманием судебных процедур, направленных против него? Большинство американских судов позволяют эксперту давать такое полное заключение⁶.

Очень часто заключение экспертов в области психического здоровья является единственной, имеющейся у суда информацией, на основании которой выносится решение о способности или неспособности обвиняемого представать перед судом. 24 штата позволяют основывать такое судебное решение исключительно на результатах обследования психического состояния обвиняемого экспертами, если ни одна из сторон не высказывает несогласия с этими результатами.

⁵ Экспертное заключение для решения вопроса о способности обвиняемого представать перед судом в США может давать и психиатр и клинический психолог, а в некоторых штатах и психиатрический социальный работник. Подробнее об этом см. НПЖ, 2003, 3, 70 – 76.

⁶ Не все специалисты в области американского права и психиатрии находят такой подход судов рациональным. Один из авторитетов в данной области, руководитель курса “Право и Психиатрия” в Национальном Центре Права Джорджтаунского университета Prof. H. Wales, на курсе которого мне посчастливилось заниматься в весеннем семестре 2002 г., считает, что эксперта в области психического здоровья следует ограничить объяснением суду вопроса о том, каким образом и насколько имеющееся у обвиняемого психическое расстройство может затруднить выполнение обвиняемым определенных функций в суде и взаимодействие со своим адвокатом.

⁴ Должен ли адвокат обвиняемого настаивать на постановке вопроса о способности своего подзащитного представать перед судом вопреки желанию клиента? Ассоциация Американских Адвокатов отвечает на этот вопрос утвердительно при условии, что адвокат имеет обоснованные сомнения в способности подзащитного представать перед судом См. *Reisner R., Slobogin C., Rai A. Law and the Mental Health System*, 3rd Ed. West Group St. Paul, Minn., 1999 at 947. В деле *Medina v. California* (1992) Верховный Суд США указал, что бремя доказательства неспособности обвиняемого представать перед судом лежит на стороне, поднявшей этот вопрос. См. *Medina v. California*, 505 U. S. 437, 112 S. Ct. 2572, 120 L. Ed. 2d 353 (1992).

тами [9]. Опрос 55 судей в штате Северная Каролина показал, что 35 % из них никогда не высказывали несогласия с заключениями экспертов при решении вопроса о способности обвиняемого представать перед судом, остальные 65 % ответили, что если они и высказывали несогласие, то делали это редко [9]. По данным H. Steadman (1979), имеется 90 % совпадение между экспертным заключением и судебным решением относительно способности обвиняемого по своему психическому состоянию представать перед судом [9].

ВОССТАНОВЛЕНИЕ СППС. КАК ДОЛГО ОНО МОЖЕТ ПРОДОЛЖАТЬСЯ?

Если суд выносит решение, что обвиняемый способен представать перед судом, судебная процедура в отношении него возобновляется.⁷ Если неспособен — почти всегда от обвиняемого требуется подвергнуться лечению для восстановления этой способности. Обычно лечение проводится в психиатрическом стационаре, хотя отмечается тенденция к проведению его в амбулаторных условиях. [9].

Вопрос о том, как долго может продолжаться такое лечение, был рассмотрен Верховным Судом США в деле *Jackson v. Indiana* (1972). Theon Jackson обнаруживал признаки глухонемоты и умственной отсталости, уровень его умственного развития соответствовал уровню дошкольника. Он не умел читать, писать и мог общаться с окружающими, используя лишь ограниченный язык жестов. Jackson обвинялся в открытом хищении чужого имущества (сумочек с 4 долларами у одной женщины и 5 долларами у другой). Уголовный суд графства Марион, штат Индиана после заявления обвиняемого о своей невиновности приступил к осуществлению процедуры определения способности обвиняемого представать перед судом. В соответствии с законом штата суд назначил двух психиатров для обследования Jackson. На судебном слушании для решения вопроса о способности представать перед судом обвиняемый был представлен своим адвокатом. Суд имел в своем распоряжении письменные заключения двух психиатров, устные показания указанных психиатров и переводчика из школы для глухих, с помощью которого психиатры пытались общаться с испытуемым. Из письменного заключения психиатров следовало, что почти полное отсутствие у обвиняемого навыков общения в сочетании с отсутствием слуха и умственным недоразвитием делало его неспособным понимать характер предъявляемых ему обвинений или участвовать в своей защите. Один из психиатров показал, что чрезвычайно маловероятно, что обвиняемый когда-либо в будущем сможет научиться читать или писать, и сомнительно, что он так-

же сможет когда-либо в достаточной степени освоить язык жестов. Второй психиатр полагал, что даже если бы обвиняемый не был глухонемым, он бы все равно был неспособен представать перед судом, и выражал сомнение в том, что интеллектуальный уровень обвиняемого позволит ему когда-либо в будущем развить необходимые навыки общения. Переводчик в своих показаниях заявил, что в штате Индиана нет учреждений, которые могли бы помочь кому-то, находящемуся в таком же положении, что и обвиняемый, приобрести минимальные навыки общения. На основании этих доказательств суд решил, что Jackson не обладает пониманием, достаточным для того, чтобы защищать себя в суде и вынес определение о помещении Jackson в учреждение, находящееся в ведении департамента психического здоровья штата Индиана на такой период времени, пока департамент не убедит суд, что “обвиняемый здоров” [10].

Jackson обжаловал определение суда. Дело рассматривал Верховный Суд США, который вынес решение о том, что штат Индиана не может на законных основаниях госпитализировать обвиняемого в психиатрический стационар на неопределенный период времени лишь из-за его неспособности по психическому состоянию представать перед судом и отменил приговор суда нижней инстанции. Судья Blackmun, представлявший решение Верховного Суда США в данном деле, указал следующее: “...характер и продолжительность госпитализации в психиатрический стационар должны иметь достаточное отношение к цели, для которой эта госпитализация осуществляется. Лицо, обвиняемое штатом в уголовном преступлении и помещенное в психиатрический стационар исключительно на основании неспособности представать перед судом, не может содержаться там дольше разумного периода времени, необходимого для выяснения, существует ли значительная вероятность, что данное лицо приобретет способность представать перед судом в обозримом будущем. Если будет определено, что такой вероятности не существует, тогда штат должен либо начать обычную судебную процедуру, которая потребовалась бы для недобровольного помещения в психиатрический стационар на неопределенный период времени любого другого гражданина, либо освободить обвиняемого. Более того, даже если будет установлено, что обвиняемый, вероятно, вскоре сможет представать перед судом, его продолжающееся недобровольное содержание в психиатрическом стационаре должно оправдываться успехами в движении к цели [восстановлению способности представать перед судом]. В свете существующих различий в учреждениях [психиатрических стационарах] и процедурах [недобровольной госпитализации], а также недостатка доказательств в материалах данного уголовного дела, мы не считаем уместным пытаться предписать произвольные временные границы. Мы констатируем, однако, что заявитель Jackson к настоящему вре-

⁷ Примерно 70 % обследуемых признаются способными представать перед судом. См. Gale Encyclopedia of Psychology by Timothy Moore. On line at www.findarticles.com/cf_0/g.2699/mag.jhtml.

мени официально находится недобровольно в психиатрическом стационаре три с половиной года, что в достаточной степени устанавливает отсутствие реальной возможности, что он когда-либо сможет полностью участвовать в судебном процессе” [10].

Решение Верховного Суда США в деле Jackson о том, что обвиняемый, находившийся по определению суда в психиатрическом стационаре для восстановления СППС, в отношении которого установлено, что такая его способность не может быть восстановлена, должен быть либо выписан из психиатрического стационара либо в отношении него должна быть начата процедура недобровольной госпитализации, подверглось критике с двух направлений. С точки зрения штата решение казалось сомнительным по той причине, что результат его — освобождение или недобровольная госпитализация на общих основаниях — не безопасен для общества т.к. речь идет о лицах с нарушенной, неустойчивой психикой, совершивших уголовно-наказуемые деяния, а потому представляющих общественную опасность. С точки зрения обвиняемого, результатом решения является продолжительная недобровольная госпитализация, приводящая к значительному ограничению свободы лица, вина которого в суде не установлена.⁸

Dr. Alan Stone, бывший Президент Американской Психиатрической Ассоциации, профессор курса “Право и психиатрия” в школе права Гарвардского университета, полагал 6 месячный срок госпитализации для цели восстановления СППС достаточным в большинстве случаев. “Я уверен, что после шести месяцев подавляющее большинство предполагавшихся неспособными [предстать перед судом] окажутся в одной из двух категорий: те, кто способен предстать

перед судом и те, кто страдает от психических нарушений, таких как задержка умственного развития, органическое поражение головного мозга или хронические ослабоумливающие процессы, которые делают невозможным восстановление способности [предстать перед судом] когда-либо вообще. Лица, относящиеся к первой группе, должны быть судимы, а уголовные дела в отношении лиц второй группы должны прекращаться. Лица, относящиеся к небольшой категории не попадающих ни в одну из этих групп, после тщательного рассмотрения могли бы быть помещены в психиатрический стационар на дополнительные 6 месяцев, после чего, отнесены к одной из вышеописанных групп. Что касается тех, кто обвиняется в совершении мелких правонарушений, время [пребывания в психиатрическом стационаре] для них должно быть даже короче [шести месяцев] и оценивающий их состояние суд должен быстро рассмотреть альтернативы продолжительному лишению свободы, такие как условное освобождение, амбулаторная помощь, или прекращение уголовного дела” [11].

В настоящее время 18 штатов ограничивают период пребывания в психиатрическом стационаре для восстановления СППС 18 месяцами или менее, после чего данное лицо либо освобождается, либо в отношении него начинается обычная процедура недобровольной госпитализации в психиатрический стационар. 15 штатов и Округ Колумбия (куда входит столица США) установили временной предел, связанный с максимально возможным сроком лишения свободы, предусмотренным Законом за преступление, в котором обвиняется данное лицо. В большинстве из них такой предел должен быть меньше возможного срока

⁸ Критика дала толчок выработке нескольких чрезвычайно необычных (с точки зрения российского судебного психиатра) мер, в основе которых лежало следующее предложение: если в отношении обвиняемого, неспособного по своему психическому состоянию предстать перед судом, предпринимались достаточные попытки восстановить эту способность, однако, несмотря на все эти попытки его способность предстать перед судом так и не удалось восстановить, такого обвиняемого все же следует подвергнуть суду. Были сформулированы следующие формы реализации этого предложения: (1) в конце судебного слушания, но перед вынесением вердикта о виновности, суд определяет, так же как и в отношении обвиняемых с амнезией, было ли “психическое” присутствие обвиняемого в суде необходимым, но не реализованным фактором. Если да, то никакого решения относительно виновности обвиняемого судом не принимается. Если нет, то жюри (или судья, если суд происходит без присяжных) выносит решение относительно виновности обвиняемого, которое вступает в силу по общим правилам. (2) обвиняемый подвергается суду и в отношении его выносится вердикт, который, однако, вступает в законную силу только в том случае, если обвиняемый признается невиновным, — в этом случае он освобождается. Если же он признается виновным, вердикт не вступает в законную силу, а обвиняемый помещается недобровольно в психиатрический стационар.(3) обвиняемый подвергается “сверхчестному” суду (super-fair trial) в ходе которого для обвинения устанавливается чрезвычайно высокий порог для доказательства вины и ослабляются ограничения на предоставление суду документальных материалов стороной защиты. В данном случае любой вердикт (“виновен-невиновен”) является окончательным. См. Reisner R., Slobogin C., Rai A. Law and the Mental Health System 3rd Ed. West Group, St. P. Minn. 1999 at 961. Ни одно из этих предложений до настоящего времени не реализовано ни в одном из штатов США.

Ассоциация Американских Адвокатов (AAA) рекомендовала другой подход к тем, кого называют “необратимо неспособными” (“permanently incompetent”) предстать перед судом, к которым AAA отнесла тех, кто не “восстановил способность” в течение 12 – 18 месяцев лечения. В соответствии с предложением AAA, “необратимо неспособные”, обвиняемые в совершении незначительных преступлений, освобождаются от уголовного преследования либо в отношении них начинается стандартная процедура недобровольной госпитализации в психиатрический стационар. Обвиняемые в совершении серьезных уголовных преступлений подвергаются суду. Если они признаются виновными, то помещаются в психиатрический стационар согласно процедурам и критериям, установленным для тех, кто был признан невменяемым. См. Reisner R et al: Law and the Mental Health... at 961.

наказания, и составляет от 15 месяцев до 10 лет. Остальные штаты либо не указывают никаких временных пределов, либо полагаются на решения судов в каждом индивидуальном случае [11].

КАК АМЕРИКАНСКИЕ СУДЫ ОЦЕНИВАЮТ ВЛИЯНИЕ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ НА СППС?

Поскольку основной способ восстановления СППС обвиняемого, лишенного этой способности по причине наличия у него серьезного психического расстройства, — психофармакологическое лечение, возникает вопрос, имеет ли право обвиняемый, чья СППС восстановлена благодаря такому лечению и который продолжает принимать антипсихотические препараты для того, чтобы не утратить эту способность, имеет ли он право отказаться от дальнейшего приема препаратов и, как результат, вновь утратить СППС? Кроме того, справедливо ли подвергать суду обвиняемого, получающего большие дозы психофармакологических препаратов, столь резко изменяющие его психическое состояние?

Для российского судебного психиатра в этом смысле небезынтересно обратить внимание на дело *United States v. Charters* (1988). Вот цитата из решения Апелляционного суда для 4 округа по данному делу:⁹

“...спорно, что заинтересованность штата в справедливом судебном процессе реализовалась бы путем предания суду получающего большие дозы психофармакологических препаратов обвиняемого... действительный интерес штата в этом случае не есть просто заинтересованность в суде над обвиняемым, скорее интерес штата — в справедливом судебном процессе, в ходе которого виновность или невиновность устанавливается правильно. Даже если мы должны были бы допустить, что лечение Charters психофармакологическими препаратами вопреки его желанию сделало бы его способным предстать перед судом, есть достаточный повод сомневаться, служит ли желанию штата иметь справедливый судебный процесс появление перед жюри присяжных загруженного психофармакологическими препаратами обвиняемого.

Психическое состояние в период совершения правонарушения — обычно основной вопрос в судебном

процессе обвиняемого, способность которого предстать перед судом была восстановлена благодаря применению лекарственных препаратов. Однако если обвиняемый принимает большие дозы препаратов в период суда над ним, у жюри может создаться ложное впечатление о психическом состоянии обвиняемого в период совершения правонарушения, результаты [такого лечения] могут вызвать другие существенные неправильные представления о психическом состоянии обвиняемого. Например, два распространенных побочных эффекта антипсихотического медикаментозного лечения — акинезия и акатизия. Первая делает обвиняемого апатичным и эмоционально однообразным. Вторая — возбужденным и беспокойным. В результате жюри может быть введено в заблуждение поведением обвиняемого, который выглядит безучастным к преступлению (или жертве) или который кажется чрезмерно тревожным в определенные промежутки времени. Более того, в результате акинезии обвиняемый может стать настолько апатичным, что у него исчезает желание (если не возможность) помогать своему адвокату в осуществлении защиты. Наконец, будь это даже явным, что в результате лечения Charters обрел бы способность предстать перед судом и не было бы никакой угрозы, что жюри может быть введено в заблуждение его поведением, мы не думаем, что интерес штата в предании суду обвиняемого оправдывал бы назначение антипсихотических препаратов против его воли. Хотя мы не намереваемся преуменьшать важность очевидной заинтересованности штата в определении виновности или невиновности отдельного обвиняемого, эта заинтересованность не позволяет такое драконовское вторжение в область индивидуальной свободы человека и подвергание риску долговременного нарушения физического функционирования” [12].

“ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ” ВОССТАНОВЛЕНИЕ СППС ВОПРЕКИ ОТКАЗУ ОБВИНЕМОГО ОТ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОТРОПНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

⁹ Решение Апелляционного суда для 4 округа в деле *United States v. Charters* является обязательным для всех судов 4 округа. Не являясь обязательным для судов за пределами 4 округа, оно, однако, учитывается ими при решении аналогичных вопросов. Каждый из 50 штатов США входит в один из 11 юридических округов, т.е каждый такой округ включает в себя обычно несколько штатов. (Нечто похожее на существующие с недавнего времени в России 7 округов) Имеется дополнительный юридический округ для Округа Колумбия, где расположена столица США. Кстати сказать, поскольку в США имеется штат Вашингтон и федеральная столица Вашингтон, когда речь идет о столице США, говорят: Вашингтон, Округ Колумбия.

В 60-е гг. XX в. значительное количество судов в США придерживались правила “автоматического запрета” (“automatic bar” rule), запрещавшего суд над теми обвиняемыми, чья СППС была восстановлена исключительно благодаря психиатрическому лечению, вне зависимости от того, отказывались ли они от такого лечения или нет. Результатом подобной практики стал эффект “врачающихся дверей”: обвиняемый с “психофармакологически восстановленной” СППС направлялся в суд, однако тут же возвращался в психиатрический стационар, не подвергаясь суду, т.к. судья выносил решение о необходимости отмены

медикаментозного лечения, что приводило к обострению имеющегося психического расстройства и вновь к утрате способности предстать перед судом.

В настоящее время большинство штатов разрешают как назначение неспособному предстать перед судом обвиняемому психофармакологических препаратов без его согласия для восстановления его СППС, так и суд над обвиняемым, принимающим психофармакологические препараты. При этом сторонам в процессе разрешается приводить доказательства, касающиеся лечения и его последствий, а судье соответствующим образом инструктировать присяжных.

Разрешается ли обвиняемому, восстановившему СППС в результате психофармакологического лечения без его согласия, отказаться принимать психотропные средства и в результате вновь утратить способность предстать перед судом из-за обострения психотической симптоматики? И если да, то что делать с таким обвиняемым?¹⁰ В деле State v. Hayes (1978) суд решил, что если обвиняемый, способность которого предстать перед судом восстановлена благодаря психофармакологическому лечению, осознанно отказывается принимать психофармакологические препараты, он, тем не менее, может быть принужден принимать такие препараты вопреки своему желанию до того периода времени, когда прекращение приема таких препаратов воспроизвело бы в наиболее близкой степени то психическое состояние обвиняемого, которое он имел в период совершения правонарушения [13]. Так, например, если обвиняемый, принимавший ранее психотропные препараты, прекратил их прием за две недели до совершения им правонарушения, штат может подвергать обвиняемого лечению психотропными препаратами вопреки его согласию, но должен прекратить такое лечение за две недели до суда.

В некоторых штатах термин “лечение”, которое проводится обвиняемому с целью восстановления его

СППС, включает в себя не только психофармакологическое или психотерапевтическое лечение, но и образовательную программу¹¹ для расширения знаний пациента о “судебной сделке” (“plea bargaining”), роли участников судебного процесса, судебных процедурах, поведении в зале суда [14].

В деле Washington v. Nagper (1990) Верховный Суд США указал, что штат может лечить осужденного, отбывающего наказание, антипсихотическими препаратами против его воли, если этот заключенный опасен для себя и для других и если такое лечение производится в “медицинских интересах” заключенного [15].

Одно из наиболее “свежих” дел, где подробно рассматривался вопрос о лечении неспособного предстать перед судом обвиняемого психотропными препаратами вопреки его желанию с целью восстановления его СППС — дело: United States v. Sell (2002).

Sell (по профессии — зубной врач) обвинялся по 62 эпизодам мошенничества с использованием медицинской страховки для малоимущих (Medicaid), по одному эпизоду “отмывания денег”, а также в преступном сговоре с целью убийства свидетеля и агента ФБР. В ходе судебного процесса у Sell появились бредовые идеи преследования. Осматривавшие его двое врачей заявили, что психическое состояние обвиняемого будет продолжать ухудшаться, если ему не будет проведено лечение антипсихотическими препаратами и, что в результате такого лечения его СППС может быть восстановлена. Окружной судья вынес решение подвергнуть обвиняемого лечению антипсихотическими препаратами вопреки его желанию. Обвиняемый обжаловал это решение. Рассматривавший дело Апелляционный суд для 8 округа сформулировал состоящий из трех компонентов тест, которому должно удовлетворять намерение штата подвергнуть обвиняемого лечению психотропными препаратами против его воли с целью восстановления его СППС. Для этого штат должен: (1) представить такие доказательства значительного интереса штата в необходимости предания обвиняемого суду, которые бы перевешивали право обвиняемого отказаться от такого лечения; (2) доказать, что нет менее вторгающегося в личную автономию индивида способа осуществить этот преобладающий интерес штата, чем такое лечение; (3) ясно и убедительно доказать, что для такого лечения имеются медицинские показания.

Суд указал также, что для удовлетворения первому критерию обвинения должны быть “серьезными” и 62 эпизода мошенничества и один эпизод “отмывания денег” являются достаточно серьезными для того, чтобы интерес штата в предании обвиняемого суду

¹⁰ Суд может рассматривать данное решение обвиняемого как добровольный отказ от своего права на участие в судебном процессе. В данном случае суд должен установить: (1) что обвиняемый понимал, что если он прекратит прием психотропных препаратов, то может вновь утратить способность предстать перед судом; (2) что он понимал, что он имеет конституционное право не быть судимым в то время, когда он в правовом смысле лишен способности предстать перед судом; (3) что обвиняемый добровольно отказался от этого права в результате отказа принимать психотропные препараты; (4) что он понимает, что в этом случае суд над ним будет продолжаться, каково бы ни было его психическое состояние См. State v. Hayes, 118 N. H. 458, 389 A 2d 1379 (1978). Насколько мне известно, в настоящее время такая процедура (суд над обвиняемым, осознанно пожелавшим стать неспособным предстать перед судом в результате осознанного отказа от лечения антипсихотическими препаратами в то время, когда его способность предстать перед судом была “психофармакологически” восстановлена) применяется лишь в одном штате (Нью Гэмпшир).

¹¹ В период моих посещений (в первой половине 2002 г.) судебно-психиатрического отделения в St. Elizabeths такую образовательную программу проводил клинический психолог-интерн.

перевешивал интерес обвиняемого в отказе от лечения. Обвинение в преступном сговоре с целью убийства не принималось при этом анализе во внимание, т.к. было предъявлено позже и действия обвиняемого, которые легли в основу этого обвинения, могли быть, по мнению суда, результатом психического расстройства обвиняемого.

Что касается соответствия второму критерию, то суд не нашел менее вторгающегося в личную автономию обвиняемого способа для осуществления штатом своего преобладающего над правом обвиняемого на отказ от лечения интереса в предании обвиняемого суду. Два эксперта свидетельствовали, что лечению антипсихотическими препаратами имеющегося у обвиняемого психического расстройства нет альтернативы и что это наиболее вероятный метод восстановления его СППС. Эксперт стороны защиты также не предложил какой-либо альтернативы или менее "вторгающегося" в личную свободу обвиняемого метода.

Адресуясь третьему критерию, суд указал, что показания к лечению устанавливаются медицинскими специалистами, что, согласно показанию психиатра, три из четырех пациентов с бредовыми расстройствами благодаря психофармакологическому лечению восстанавливают СППС и что побочные эффекты такого лечения, хотя и являются серьезными, однако, поддаются контролю.

Судья Kermit Bye, не согласившийся с решением большинства суда, выразил мнение, что обвинения против Sell недостаточно серьезны, чтобы оправдать лечение его антипсихотическими препаратами против его воли, и что такое лечение могло бы быть оправданным в случае обвинения в убийстве [16]. Sell обжаловал судебное решение.

В июне 2003 г. Верховный Суд США отменил решение Апелляционного суда для 8 округа, позволявшее штату проводить в отношении Sell принудительное психофармакологическое лечение для восстановления его СППС, даже если Sell не представляет опасности для себя и для окружающих. Верховный Суд, однако, оставил возможность штату подвергнуть Sell такому лечению в том случае, если суд установит, что Sell по своему психическому состоянию представляет опасность для себя или для окружающих или, если имеется опасность, что психическое состояние Sell без проведения ему такого лечения может ухудшиться [17].

В заключение хочу еще раз отметить, что способность по своему психическому состоянию представать перед судом является лишь одной, хотя и, возможно, наиболее важной¹² из "способностей", которыми обвиняемый в США должен обладать для того, чтобы осознанно и эффективно реализовать свои конститу-

ционные права в уголовном процессе. В связи с этим возникает вопрос, может ли обвиняемый, неспособный по своему психическому состоянию признать себя виновным или отказаться от права на помощь адвоката, или от защиты на основании невменяемости быть признан способным представать перед судом? Иными словами, выше ли требования к уровню психического функционирования обвиняемого в случае, если он признается неспособным по своему психическому состоянию отказаться, например, от права на помощь адвоката, чем в случае, когда он признается неспособным представать перед судом? Этот, а также и другие вопросы, касающиеся роли американских специалистов в области психического здоровья в определении *decisional competency*, будут рассмотрены в следующей статье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Melton G., Petrila J., Poythress N., Slobogin C. Psychological Evaluations for the Courts. 2nd. Ed. New York, Guilford Press, 1997 at 120.
2. Dusky v. United States, 362 U. S. 402, 80 S. Ct. 788, 4 L. Ed. 2d 824 (1960).
3. Reisner R., Slobogin C., Rai A. Law and the Mental Health System. 3rd ed. West Group. St. P. Minn. 1999, at. 933.
4. Morris v. Slappy, 461 U. S. 1, 103 S. Ct. 1610, 75 L. Ed. 2d 610 (1983).
5. Reisner R., Slobogin C., Rai A. Law and the Mental Health... at 934.
6. Wilson v. United States, 391 F. 2d 460 (D. C. Cir.1968).
7. Pate v. Robinson, 383 U. S. 375, 86 S. Ct. 836, 15 L. Ed. 2d 815 (1966).
8. Droe v. Missouri, 420 U. S. 162, 172, 95 S. Ct. 896, 43 L. Ed.2d 103 (1975).
9. Reisner R., Slobogin C., Rai A. Law and the Mental Health... at 944.
10. Jackson v. Indiana, 406 U. S. 715, 92 S. Ct. 1845, 32 L. Ed.2d 435 (1972).
11. Reisner R., Slobogin C., Rai A. Law and the Mental Health... at 956 – 957.
12. United States v. Charters, 829 F. 2d. 479, 494 – 94 (1987), rev'd 863 F. 2d 302 (4th Cir.1988).
13. State v. Hayes, 118 N. H. 458, 389 A. 2d 1379 (1978).
14. Pendleton L. Treatment of Persons Found Incompetent to Stand Trial, 137 Am. J. Psychiat. 1098 (1980).
15. Washington v. Harper, 494 U. S. 210, 110 S. Ct. 1028, 108 L. Ed. 2d 178 (1990).
16. United States v. Sell (2002): Cr. L. Rep., 2002,70,.24 at 521 – 22.
17. Sell v. United States (2003): On line at www.supct.law.cornell.edu/supct/html/02-5664.ZO.html.

ПРИЗНАТЕЛЬНОСТЬ

Я чрезвычайно благодарен Prof. H. Wales, руководителю курса "Право и психиатрия" в Национальном Центре Права Джорджаунского университета за его ценные консультации, которыми я неоднократно пользовался при написании данной статьи.

¹² Я имею в виду здесь значение СППС с точки зрения судебного психиатра: подавляющее большинство СПЭ в американском уголовном процессе проводится именно для определения способности обвиняемого по своему психическому состоянию представать перед судом.

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Новый виток религиозных преследований: суды следуют генеральной линии, а не научным свидетельствам, которые даже не заслушивают

Дело о закрытии московского отделения “Свидетелей Иеговы”

Что такое “контроль сознания?” — Российский суд легализует вненаучное понятие

Из решения Головинского районного суда Северного АО г. Москвы
от 26 марта 2004 года

... По заключению филолого-психолингвистической экспертизы организация (“Религиозная община “Свидетели Иеговы” в г. Москве”) использует в своей деятельности психологические методы контроля над сознанием, сущность которых заключается в задании определенных норм поведения, мышления, эмоционального отношения и поучения информации. В судебном заседании эксперт Алексеев К. И. подтвердил сделанные выводы и разъяснил отражение этого метода в текстах литературы, включая обязательные рекомендации и установки организации Свидетелей Иеговы.

Подробный анализ применения этого метода в организации изложил суду психолог Куликов Л. В.(т. 22 л.д, 160 – 194).

Разъяснения специалиста
по теории “контроля сознания”, использованной в заключении комплексной
филолого-психолингвистической экспертизы
по гражданскому делу № 2-743/03 от 22 января 2004 г.

г. Москва

19 марта 2004 г.

Настоящие разъяснения даны по запросу адвоката Леонтьева А. Е. в порядке ст. 6 ФЗ “Об адвокатской деятельности и адвокатуре в РФ”

на основании представленных им:

– копии заключения комплексной филолого-психолингвистической экспертизы по гражданскому делу № 2 – 743/03, проведенной сотрудниками Института русского языка им. В. В. Виноградова РАН Барановым А. Н. и Грунченко О. М. и сотрудником Института психологии РАН Алексеевым К. И.;

– книги Стивена Хассена “Освобождение от психологического насилия. Деструктивные культуры, контроль сознания, методы помощи” — СПб. — М., 2003;

– книги Л. В. Куликова “Психогигиена личности” — Питер, 2004,

для ответа на вопросы:

1) что такое “контроль сознания”, и каковы возможности его влияния на поведение человека?

2) является ли модель BITE, примененная экспертами во время исследования текстов религиозной органи-

зации “Свидетели Иеговы”, научно обоснованной и адекватно ли ее использование поставленной перед экспертами задаче?

3) является ли теория “культовой зависимости”, изложенная в соответствующей главе монографии Л. В. Куликова “Психогигиена личности” научно обоснованной и адекватно ли ее применение к религиозной организации “Свидетели Иеговы”?

1. *Что такое “контроль сознания”, и каковы возможности его влияния на поведение человека?*

Понятие “контроль сознания”, также как синонимичные ему “промывание мозгов” (brainwashing), “манипулирование сознанием”, “программирование и депрограммирование сознания” и т.п. — не приняты в научном обороте и отсутствуют в академических научных словарях и руководствах¹,

¹ Термин “промывание мозгов” упоминается только в Американской классификации психических расстройств

хотя с 50-х годов XX века широко распространены в прессе, в популярной и околонаучной литературе. “Контроль сознания” — частая тема романов-антиутопий и сами термины “контроль сознания”, “программирование сознания”, “зомбирование” заимствованы из фантастической литературы.

В научной литературе используются понятия социального контроля (раздел социологии) и контроля поведения (раздел социальной психологии).

В современной социологии говорят о “социальном контроле” на макроуровне, который осуществляется культурой, религией, идеологией, этикой, правом, устройством самого общества, и на микроуровне, где он осуществляется исполнением разнообразных конкретных социальных ролей, т.е. это результирующая очень многих вероятностно организованных динамичных факторов. “Социальный контроль — практика всех видов социальных групп по предписанию и поощрению конформности и применению санкций к поведению, нарушающему принятые нормы”. (Дэвид Джерри, Джуллия Джерри. Большой толковый социологический словарь, т. 2 — М., 1999).

В современной социальной психологии выделены следующие основные формы контроля поведения:

- феномены аффилиации, т.е. притяжения к группе;
- феномены групповой сплоченности;
- феномены конформного поведения, т.е. следования за группой, за лидером;
- феномены подражания и внушения;

(DSM), которая — в стремлении к полноте охвата — включила в кластер “диссоциативные расстройства” F.44, в качестве “резидуальной категории расстройств, доминирующей особенностью которых является диссоциативный симптом, не отвечающий критериям какого-либо специфического диссоциативного расстройства”, сборную группу разнородных состояний, лишенную элементарной ясности, многие из которых являются не психическими расстройствами, а пограничными реакциями здоровой психики — “диссоциативные расстройства, нигде более не классифицируемые (другое название отсутствует)” — F.44.9. Сюда относятся варианты неполной идентичности, дереализация без деперсонализации, состояния транса у медиума в спиритическом сеансе, при автоматическом письме, при “видении через волшебное стекло”, в гипнозе, особые состояния у летчиков, медитация, синдром Ганзера (т.е., “умышленное продуцирование тяжелых психиатрических симптомов... особенно среди заключенных”) и т.д.. И, наконец, “диссоциация в результате длительного интенсивного насильственного воздействия” (промывание мозгов, реформирование сознания или индоктринация в плену). Являются ли эти состояния истинно диссоциативными остается вопросом... Для обсуждаемой темы важно знать, что тенденция от DSM-III к DSM-III-R и далее к DSM-IV в кластере F.44.93 состоит в изъятии упоминаний об индоктринации под действием “культур”, “религиозных фанатиков”, etc. (Г. Каплан, Б. Сэдок — “Клиническая психиатрия”, т. 1, 1994, 2002, 462; DSM-IV, APA, Washington, 1994, 490). Характерно также, что кластер F.44.9 обозначаемый шифром 300.15, располагается между истерическими и симулятивными расстройствами (прим. редактора).

— феномены влияния.

В реальной жизни постоянно присутствуют все эти факторы, и все они оказывают влияние на поведение любого человека.

Под “контролем сознания” понимают:

1) суеверное верование в возможность управлять сознанием человека, что научно не доказано и принципиально неосуществимо; полный контроль невозможен даже в отношении собственного сознания;

2) сферу практических усилий в области технологий влияния в идеологической, политической и коммерческой борьбе (пропаганда, “психологическая война”, пиар-кампании при выборах, реклама и т.д.), которые используются как товар;

3) сферу исследований, которая в научном обзоре обозначается значительно более скромным термином — “влияние”;

4) психопатологический феномен при тяжелой форме шизофрении (чувство превращения в марionетку, мыслями и поведением которой кто-то управляет, либо в манипулятора людьми и даже стихиями).

Все попытки контролировать мысли, мечты, воображение, фантазию, сознание с древних времен оказались тщетными, но активно продолжаются.

Особенно активно спекулируют этим специалисты военных ведомств, эксплуатируя давно разоблаченные гипотезы о “25 кадре”, “психотронном оружии”, “торсионных полях”, “компьютерных психотехнологиях”, “промывании мозгов” и т.п., игнорируя тем самым мнение Российской Академии Наук².

Настоящие разъяснения касаются, прежде всего, вопроса о возможности использования “контроля сознания” религиозными организациями.

Специалисты по “контролю сознания” представляют дело таким образом, что личность человека — мягкий воск для особых технологий, специально разработанных “деструктивными” организациями. При этом симпатия, забота, готовность помочь и реальная помощь трактуются как хитроумный прием заманивания в ловушку. Правильные слова и действия только скрывают совсем другой замысел — поработить заманивших таким образом и эксплуатировать их. Проводимое С. Хассеном различие между “промыванием мозгов”, где “агенты влияния” — враги, и “контролем сознания”, где “агенты влияния” — друзья, несущественно, т.к. друзья также представлены сознательными обманщиками. Между тем, в роли “вербовщиков” выступают в основном новообращенные, т.е., искренне

² В 1998 г. в связи с широким интересом на самом высоком уровне к теме психотронного оружия, специальная комиссия Российской Академии Наук под председательством акад. Э. П. Круглякова занималась исследованием этого вопроса, после чего РАН направила официальное письмо председателю Правительства РФ Евгению Примакову, в котором выразила озабоченность “разгулом лженауки и ее поддержкой со стороны властных структур”, а также обосновала необходимость экспертизы как новых, так и уже финансируемых научных проектов (“Новая газета”, 1999, 2).

верующие, и их искренний порыв рассматривается как технический прием — “бомбардировка любовью”.

Понятие “контроль сознания” само давно превратилось в предмет спекуляций и влияния. Оно содержит допущения, не выдерживающие научной критики.

Опираясь на возможность в определенных пределах интенсивности и продолжительности влиять на некоторые содержания мыслей, чувств, влечений и поведения людей, сторонники теории “контроля сознания” делают произвольное допущение о возможности полного и фатального контроля, т.е., превращения людей в управляемых роботов. Эмпирическим основанием для этого служит поведение человека в толпе и фанатика, однако это касается лишь случаев гротескного заострения доминирования в сознании одной общей установки, либо одной общей идеологии. Далеко не все люди делаются фанатиками и не все вовлекаются в толпу. Хорошо известно, что даже индуцированный бред исчезает через несколько дней после разлучения с индуктором. Философской основой предположения о возможности контроля сознания являются концепции, отрицающие свободу, исповедующие полную жесткую детерминированность сознания и поведения человека внешними факторами, посредством которых людьми можно управлять как марионетками. Это, например, доктрины Джона Локка, Карла Маркса, а в психологии — бихевиористское направление.

Понятие “контроля” (“управления”, “манипуляции”) — вместо “регуляции”, “влияния” — выражает перевес внешних средовых факторов над внутренними и резко преувеличивает и заостряет сознательную целенаправленность внешнего влияния, т.е. фактически “управления”, “программирования”, когда человеческое мышление понимается по аналогии с компьютером.

Современные объяснения и рецепты манипуляции сознанием и поведением, как правило, грешат тотальной психологизацией, т.е. сводят многомерную реальность к одному социально-психологическому измерению, игнорируя множество других (социологическое, экономическое, политическое, религиозное, аксиологическое, культурологическое и, наконец, просто случайное).

Поучителен исторический опыт.

Концепция “промывания мозгов” была создана журналистом Э. Хантером в 1951 г. для объяснения добровольного обращения в коммунизм военнопленных американских летчиков в корейскую войну и перевоспитания в китайских лагерях., и вскоре была разоблачена независимыми исследователями, убедительно показавшими, что кажущаяся эффективность воздействия в этом случае была связана с грубым физическим насилием и идеологической обработкой с угрозой смерти за неповинование, которые приводили к вынужденному притворству³. Тем не менее, исследо-

вания в этой области продолжались, и в 1970 годы американский психиатр Маргарет Сингер и социальный психолог Ричард Офши приложили концепцию реформирования сознания к религиозным организациям. По их мнению, хотя религиозные организации не оказывают прямого физического давления на своих членов, но, накладывая определенные ограничения на поведение человека, постепенно реформируют его сознание независимо от его воли и незаметно для него самого. Концепция “промывания мозгов” стала использоваться для обоснования механизма вовлечения людей в новые религиозные организации, а затем — как основа для деятельности “депрограмматоров” — “специалистов”, занимающихся возвращением людей из так называемых “деструктивных культов”. При этом последние обвинялись в “манипулировании сознанием”, “контrole сознания”, “программировании” и т.п. Интересно, что те, кто пытался вернуть людей из религиозных организаций, пользовались теми методами, в которых обвиняли культуры.

В 1970 – 1980 гг. концепция реформирования сознания широко обсуждалась в американской психологической и социологической литературе, предпринимались попытки использовать ее в судах для оправдания “депрограммирования” членов новых религиозных организаций. Поскольку эта концепция вызывала многочисленные споры среди профессионалов, в середине 1980-х годов Американская психологическая ассоциация приняла решение заслушать доклад д-ра М. Сингер и ее сторонников о скрытых и косвенных методах внушения и контроля сознания. Когда в октябре 1988 г. д-р Сингер представила отчет своей рабочей группы, он был расценен Американской психологической ассоциацией как научно необоснованный. Год спустя, в 1989 г. Американская социологическая ассоциация, а также Общество научных исследований в области религии, рассмотрев теорию Сингер-Офши относительно контроля сознания, также оценили ее как научно необоснованную. В 1990 г. Верховный Суд США запретил Маргарет Сингер выступать в судах в качестве эксперта по делам, связанным с религиозными организациями, поскольку теория контроля сознания не является признанной соответствующими научными сообществами. В 1990 г. Суд Штата Калифорния записал в своем определении, что суды должны принимать в качестве доказательств по делу только такие заключения, которые основаны на научно обоснованных и признанных научным сообществом данных⁴.

Окружной Суд Северного округа штата Калифорния на основании многочисленных материалов о позиции профессиональных научных организаций — Американской ассоциации психологов и Амери-

³ См., в частности, Shein E. Brainwashing and totalitarianization in modern society. In: World Politics, 1959, 2, 430 – 441.

⁴ см. Anthony Dick. Pseudoscience and minority religions: evaluation of brainwashing theories of Jean-Marie Abgrall // Social Justice Research, 1999, 4, 421 – 456.

канской ассоциации социологов пришел к выводу о том, что теории реформирования сознания, психологического давления, оказываемого служителями культов, выдвигаемые Сингер и Офши не являются общепризнанными, они недостаточно обоснованы и оспариваются научным сообществом как с позиции научной ценности, так и методологической точности. На основании этого Суд исключил экспертное заключение Ричарда Офши и Маргарет Сингер в части теории реформирования сознания⁵.

Таким образом, ряд судебных разбирательств в отношении религиозных организаций, прошедших в США в 1970 – 1980-е годы, закончился признанием профессиональными сообществами научной несостоенности теории “контроля сознания”.

Приведу основные оценки этой теории, дающие ясное представление об отношении к ней научного сообщества.

“Нет необходимости изучать в подробностях методы убеждения и/или обращения, используемые многими группами, которые называют “сектами”, чтобы убедиться, что “манипулирование сознанием” — это миф. Теорию о бездумных роботах, которые исполняют желания других, полагая, что действуют по своей воле, можно использовать для сценария захватывающих фильмов, однако она не согласуется с человеческой психологией. Люди, которые ведут себя так, как принято в группе, на самом деле просто сделали свой выбор. Даже, когда речь идет о лишении свободы, человек, который подчиняется, демонстрирует контроль над поведением, но не контроль над рассудком”⁶.

“Защищать человека от “промывания мозгов” — это значит отказывать ему в праве на новые убеждения. Недопустимо наклеивать ярлык “промывание мозгов” на обращение в веру”⁷.

Исследования одного из самых известных специалистов по новым религиозным движениям Айлин Баркер в Великобритании показали постоянную 30 % динамику членства в религиозных организациях (лиц, покидающих группу), что также опровергает теорию “контроля сознания”.

Айлин Баркер в своей книге “Новые религиозные движения” (СПб, 1997) описывает исследование людей, покинувших новые религиозные организации, проведенное Джеймсом Льюисом. Оказалось, что отношение людей к своим бывшим религиозным движениям напрямую зависело от их контактов с “депрограмматорами”: те, кто был насилию “депрограммирован”, оценивали религиозные организации крайне негативно (полагали, что их вовлекли обманом, подвергли промыванию

мозгов, руководители были неискренни и т.п.) в отличие от тех, кто покинул их добровольно и ни с какими депрограмматорами не встречался.

Отечественный опыт борьбы с новыми религиозными организациями показал, что 9 лет (с 1995 г.) целенаправленных поисков убедительных доказательств и конкретных примеров вреда психическому здоровью со стороны этих организаций ничего не дали. Вместо этого была собрана целая коллекция фальсификаций. Не было проведено ни одного сравнительного исследования. Напротив, имели место многочисленные примеры явного избегания сравнительного анализа с общей популяцией, тем более с монахами православных монастырей. В середине 1990-х гг. обе профессиональные психиатрические организации — Российское общество психиатров и Независимая психиатрическая ассоциация России — пришли к заключению, что доводы о причинении религиозными организациями вреда психическому здоровью являются научно необоснованными.⁸

Таким образом, понятие “контроля сознания” — это чисто концептуальное (в своей основе механистическое) представление о наборе специальных техник управления мыслями, чувствами и поведением людей, не имеющее подтверждения в реальной жизни. Методы “контроля сознания” сводятся к обычным, естественным приемам воздействия, используемым в различных организациях, пропаганде, рекламе и т.п. Один из ведущих исследователей этой проблематики Филипп Зимбардо подчеркивал, что никаких специальных техник манипулирования не существует, действует более интенсивное и более длительное систематическое использование огромного числа обычных техник социального воздействия на человека. Поэтому социальное влияние вездесуще. На этом языке легко можно описать любое повседневное поведение, любое событие. Частая персонификация, даже демонизация социально-го влияния в общественном сознании резко усиливается в периоды общественных кризисов.

Из того, что эксперты обнаружили в текстах Свидетелей Иеговы предписания относительно норм оценки, поведения и эмоционального отношения, следует лишь то, что организация “Свидетели Иеговы” стремится к контролю поведения своих членов. Это характерно для многих организаций и не является специфической чертой именно религиозных сообществ. Все религии стремятся контролировать поведение своих членов.

Таким образом, эксперты обнаружили в текстах Свидетелей Иеговы элементы социального контроля или контроля поведения, что совершенно естествен-

⁵ Судебное решение Окружного Суда США Северного округа штата Калифорния по делу “США против Стивена Фишмана” № CR-88-0616 DLJ.

⁶ Coleman, Lee (April 1984)/ New religious and the Myth of Mind Control. American Orthopsychiatric Association, 54 (2).

⁷ Richardson J. T. (1991) Cult Brainwashing Causes and Freedom of Religion. J. of Church and Scale, v. 33.

⁸ Решение Президиума Российского общества психиатров от 02.03.1995г.; Обращение участников VIII съезда Независимой психиатрической ассоциации России (21 – 26 октября 1996 г., см. “Независимый психиатрический журнал”, 1996, 4, 48 – 49).

но для любой социальной группы. Предварительный анализ степени социального контроля у Свидетелей Иеговы, позволяет предположить, что в этой религиозной организации он носит гораздо более мягкий характер, чем во многих других как религиозных, так и нерелигиозных организациях. Что касается контроля сознания, то вывод о том, что в текстах Свидетелей Иеговы использованы средства “контроля сознания” является научно необоснованным, а с практической точки зрения — совершенно бессмысленным. В таком понимании “контроля сознания”, как его используют авторы заключения, методы “контроля сознания”, а точнее воздействия на читателя, мы обнаружим в любой литературе, адресованной конкретному читателю. Это нашло свое отражение и в выводах экспертов, которые отмечают, что используемые религиозной организацией “Свидетели Иеговы” приемы речевого воздействия характерны для пропагандистской литературы и рекламной продукции.

2. Является ли BITE-модель, примененная экспертами во время исследования текстов религиозной организации “Свидетели Иеговы”, научно обоснованной и адекватно ли ее использование поставленной перед экспертами задаче?

Модель BITE предложена в книге Стивена Хассена “Освобождение от психологического насилия. Деструктивные культуры. Контроль сознания. Методы помощи”, которая опубликована на русском языке в 2001 и 2003 годах. В помещаемых отзывах на нее говорится, что это “лучший анализ контроля сознания” и “тайных процессов, используемых для подавления независимого мышления” тех, кто “попал в когти преступников, занимающихся контролем сознания”. Книга написана как руководство по депрограммированию депрограмматором с 25-летним стажем, который был сам депрограммирован по просьбе его родителей после двухлетней активной деятельности в Церкви Объединения Муна.

Характерно, что книга изобилует такими не принятыми в научной среде терминами как “деструктивные культуры”, “контроль сознания”, “промывание мозгов”, “зомбирование”, “вербовка” и т.п. Характер аргументации и общая стилистика текста также очень далеки от научных. Отсутствует какой-либо даже самый элементарный научный аппарат.

Согласно научной методологии, применяемые в экспериментальных науках методы исследования должны отвечать следующим требованиям: а) статистически устанавливаемой достоверности; б) надежности, т.е. устойчивости и воспроизводимости результатов и, особенно, в) валидности, т.е. обоснованности метода, его адекватности задаче исследования. Вместе с тем, для того, чтобы заключение эксперта могло быть использовано в судопроизводстве, оно должно быть сделано на базе общепринятых научных данных.⁹

⁹ Ст. 8 ФЗ “О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ”.

В данном случае, поскольку предлагается новая модель, необходимо было показать, что она оценивает именно методы “контроля сознания”, а не что-либо еще. Для этого нужно было, прежде всего, дать четкое определение “контроля сознания” и воспользоваться существующими методами их оценки. После этого следовало показать, что результаты, полученные на основе новой модели, сопоставимы с оценкой другими способами. Такой научной апробации модель не проходила. Вместо этого, автор без всякого основания ссылается на общепризнанные авторитеты (например, Курта Левина, Леона Фестингера, Филиппа Зимбардо и т.д.), с теориями которых он, судя по тексту, знаком весьма поверхностно, и без какого-либо научного обоснования и апробирования излагает собственную модель.

Вот как Хассен описывает создание модели: “В теории Фестингера имеются три компонента: контроль поведения, контроль мыслей и контроль эмоций. ... Благодаря своему опыту работы с бывшими членами культов я выделил четвертый, не менее важный компонент — контроль информации, который существенно ограничивает способность человека к независимому мышлению. Эти четыре фактора, которые можно для простоты обозначить как BITE (Behavior — поведение, Information — информация, Thoughts — мысли, мышление и Emotions — эмоции), будут служить основой нашего понимания контроля сознания”. Этой банальности придается наукоподобие посредством одной только дробной рубрификации и впечатляющей аббревиатуры наименования метода — “BITE-модель”.

Ни каких правил пользования моделью также не описано. Сказано лишь, что “наличие каждого пункта [по-видимому, в каждом из четырех разделов или компонентов] необязательно”. Так, например, в разделе “Контроль поведения” указано 7 пунктов, однако ничего не сказано о том, сколько из них должно присутствовать в деятельности организации, для того, чтобы можно было говорить о наличии контроля сознания. В результате, эксперты, обнаружив 2 из 7 указанных пунктов, да и то не в полном объеме, говорят о наличии контроля над сознанием. В разделе “Информация” использовано 3 из имеющихся 7 пунктов, при этом некоторые из них весьма существенно изменены. Так, например, вместо “доступ к некультовым источникам информации сведен к минимуму или запрещен” использовано выражение “избирательный доступ к альтернативным источникам информации”, что, конечно, существенно отличается в сторону уменьшения контроля. Однако авторами заключения это отличие никак не интерпретируется. В разделе “Контроль мышления” использовано только 4 из имеющихся в модели 8 пунктов, а в разделе “Эмоциональный контроль” — всего один — “эксплуатация чувства страха и позитивно окрашенных чувств”, притом, что в модели Хассена никакие “позитивно окрашенные чувства” не упоминаются.

Итак, очевидно, что примененная в экспертном заключении BITE-модель С. Хассена является доморощенной, не имеющей отношения к научной психологии. Ее использование авторами заключения для оценки текстов религиозной организации “Свидетели Иеговы” и ответа на поставленные перед ними вопросы является неадекватным и может рассматриваться как профанация науки, стирание границ между наукой и самодеятельными фантазиями практиков “депрограммирования”. Выводы, сделанные на основе применения BITE-модели С. Хассена, являются необоснованными и не могут использоваться в качестве доказательства.

Поскольку эксперты использовали для оценки наличия методов “контроля сознания” метод, не прошедший апробацию, они должны были проверить свои выводы на членах организации “Свидетели Иеговы”, оценив, как именно предполагаемые ими методы “контроля сознания” повлияли на последовательных сторонников этого религиозного движения. Однако, как сказано в заключении, это не входило в задачи исследования. С другой стороны, имеющиеся в судебном деле материалы экспертизы профессора В. Е. Кагана, которые как раз отвечают на эти вопросы (в частности, об изменении личностных установок в отношении таких социально значимых категорий, как закон, государство и народ, интерес к жизни, терпимость к другим взглядам и верованиям, принятие ответственности и т.п.), не были проанализированы. Между тем, результаты, полученные В. Е. Каганом, говорят о положительной динамике отношения к исследованным социальным нормам и ценностям. Причем это исследование было проведено на репрезентативной выборке с использованием высоконформативного метода семантического дифференциала.

Методологическая ошибка сторонников теории контроля над сознанием состоит в том, что они выносят свои суждения исключительно на основе наблюдения за бывшими “депрограммированными” членами. “Когда беспристрастные исследователи изучили новые религиозные движения, они не обнаружили ни одного доказательства “манипулирования сознанием” или какого-либо вредного воздействия на здоровье и психику, о чем постоянно утверждается в антикультовой литературе”¹⁰.

3. Является ли теория “культурной зависимости”, изложенная в соответствующей главе монографии Л. В. Куликова “Психогигиена личности”, научно обоснованной и обоснованно ли ее применение к религиозной организации “Свидетели Иеговы”?

Теория “культурной зависимости” изложена в одноименной главе “Культовая зависимость” в монографии Л. В. Куликова “Психогигиена личности” (Питер, 2004, стр. 405 – 433).

Эта работа фактически представляет собой реферат антикультистской литературы. Собственные исследования автора по этой теме отсутствуют и, судя по тексту, автор абсолютно не осведомлен о многочисленных исследованиях, в которых получены результаты, опровергающие теорию “культурной зависимости”. Без какой-либо критической оценки излагаются рекомендации конфессионально ангажированного лица — Александра Дворкина (РПЦ) о том, как “обезопасить себя от порабощения”, глава пестрит такими ненаучными терминами как “вербовка”, “вербовщики”, “ловцы душ”, “манипулирование сознанием”, “культурное сознание”, “культурное рабство” и т.п.

Автор демонстрирует весьма поверхностную информированность об особенностях деятельности религиозных организаций, однако смело берется судить о том, что является религией, а что “псевдорелигией”, выходя таким образом за пределы своей компетенции и показывая тем самым свою исходную предвзятость. “Называясь религиозными, это организации (“деструктивные культуры”, к которым автор относит и “Свидетелей Иеговы”) по существу псевдорелигиозные”. (стр. 406). “В нашей стране сейчас более распространенным и чаще используемым является название — тоталитарная секта” (стр. 405). Этот тезис, с которого автор начинает свою главу, показывает, что с научной литературой по обсуждаемой теме он не знаком, т.к. само использование термина “тоталитарные секты” является признаком ненаучности.

Вот что пишет об этом один из специалистов по религиоведению Е. Г. Балагушкин: “Термин “тоталитарные секты” имеет в основном оценочное значение, используется в качестве однозначно негативной метки для обозначения конфессиональных противников господствующих религиозных организаций, православных и протестантских. Поскольку “тоталитарными” по существу являются все разновидности религиозных институтов и все доктринальные, догматические вероучения, поскольку выборочное, негативно-оценочное использование обозначения “тоталитарные секты” оказывается явно противоречивым и несостоятельным”. “Серьезно мыслящие религиоведы, свободные от идеологической или конфессиональной нетерпимости, предпочитают сегодня пользоваться понятием “новые религиозные движения”, которое давно в ходу у плюралистически настроенных ученых и теологов западных стран”. (Е. Г. Балагушкин. Нетрадиционные религии в современной России. Морфологический анализ, ч. 2, стр. 15 – 16. — Москва: Российская Академия Наук. Институт философии, 2002).

Автор без какой-либо критической оценки принимает лежащее в основе теории “культурной зависимости” ложное утверждение, согласно которому пребывание в “деструктивных религиозных организациях” вызывает зависимое расстройство личности (F.60.7 по МКБ-10). Между тем, МКБ-10 относит к расстройствам личности патологические особенности, которые “появляются в детстве или подростковом возрасте и

¹⁰ Coleman, Lee (April 1984) New religious and the Myth of Mind Control. American Orthopsychiatric Association, 54 (2).

сохраняются в периоде зрелости" и, таким образом, не могут сформироваться под влиянием посещения взрослым человеком религиозной организации.

Кроме того, автор демонстрирует весьма примитивные, а порой просто неверные представления об особенностях психотерапевтической работы ("Сообщать человеку, прошедшему тестирование, что у него есть личностные проблемы (не зная, есть ли у него желание, время, деньги для устранения проблем), значит наносить психическую травму обследуемому", стр. 413); типах личности ("У фанатика одно из главных качеств — ненависть", стр. 417); возникновении зависимости ("Внушение необходимости пройти цикл семинаров, формирует психологическую зависимость, является формой манипулирования сознанием", стр. 413) и других вопросов.

Теория "культовой зависимости" основана на ложных утверждениях, аналогична вышеописанной теории "контроля сознания" и не является научно обоснованной. Ее применение к религиозной организации "Свидетели Иеговы" также необоснованно.

Таким образом, обобщенно отвечая на поставленные вопросы, можно констатировать следующее:

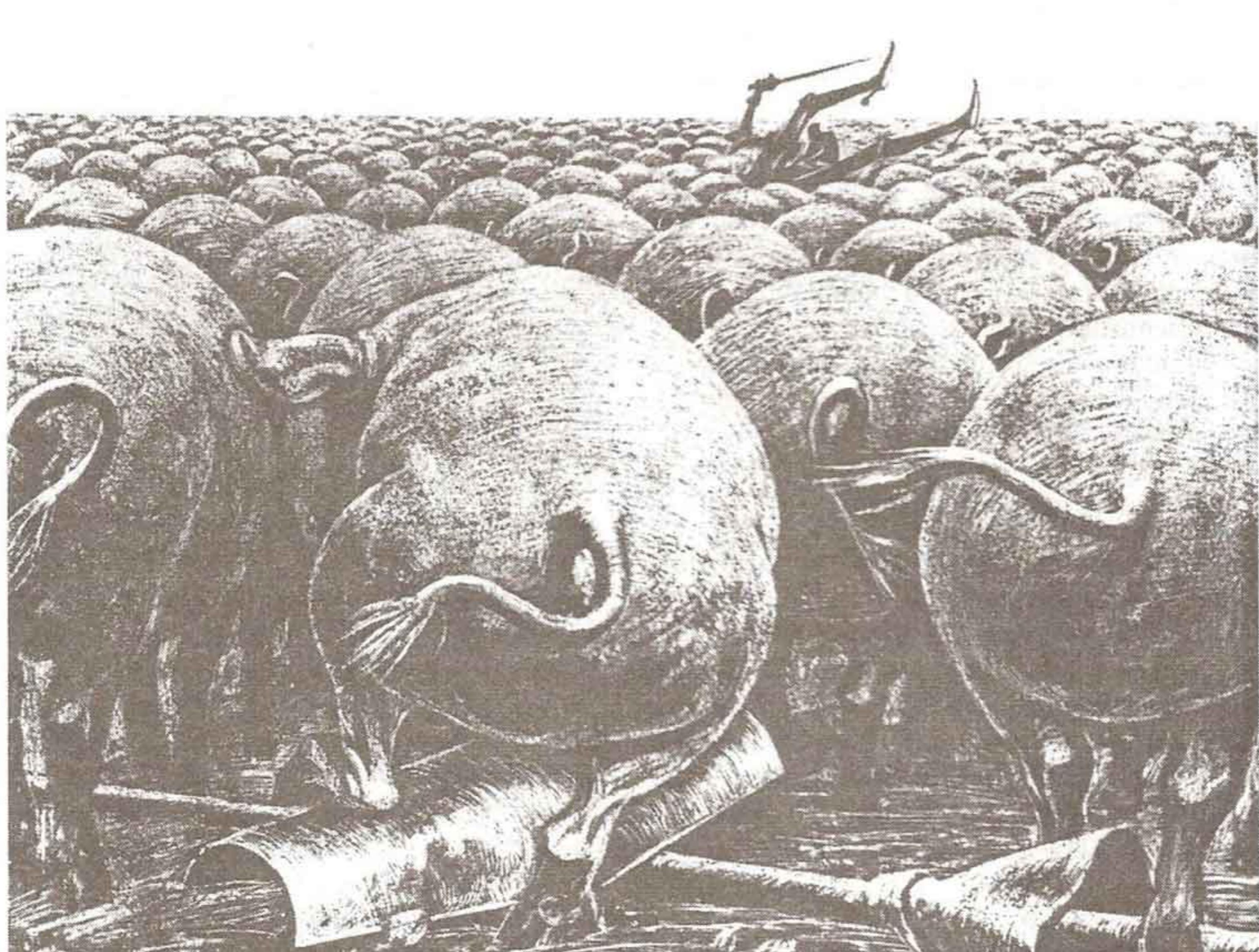
1) "Контроль сознания" — понятие, которое по принципиальным соображениям не употребляется в научном обороте, т.к. обозначает лишь декларируемую сферу приложения усилий, предмета кото-

рой не существует. Контролировать можно только поведение, но не сознание. Принципиальная недостижимость этого, по крайней мере в обозримом будущем, как раз и делает это понятие ненаучным, чисто рекламным. "Контроль сознания" в буквальном смысле этого слова означал бы превращение людей в роботов. Не существует и никаких специальных методов "контроля сознания".

2) "BITE — модель", т.е. контроль поведения, информации, мыслей и эмоций, преподносимая ее автором Стивеном Хассеном, как "контроль сознания", и примененная экспертами при исследовании тестов религиозной организации "Свидетели Иеговы", не имеет научного обоснования, не проходила апробации, не валидизировалась, не является общепризнанной научным сообществом. Это значит, что ее использование нельзя признать адекватным поставленной перед экспертами задаче, а выводы, сделанные на основе ее применения, являются некорректными и необоснованными.

3) Теория "культовой зависимости", изложенная Л. В. Куликовым, исходит из ложных утверждений, аналогична вышеописанной теории "контроля сознания" и не является научно обоснованной. Ее применение к религиозной организации "Свидетели Иеговы" также необоснованно.

Психолог Л. Н. Виноградова



Битва со свиньями. Рисунок Саввы Бродского из цикла: М. де Сервантес "Дон Кихот" (1969 – 1973).

Дело о закрытии центра “Дианетика” Республики Башкортостан

Заведомо ложное заключение

Министерство здравоохранения Республики Башкортостан
Главное управление здравоохранения и фармации
Администрация г. Уфы
Муниципальное лечебное учреждение
Уфимский городской психоневрологический диспансер
Уфа, 50 лет СССР, 45

Нам, сотрудникам УГПНД Абзильдиновой Р. С., Ахметзянову Т. У., Порошиной Т. Ю., Бадретдинову Р. М., в связи с назначением экспертизы по постановлению старшего следователя Следственной службы управления ФСНП РБ Гареевой Р. Р. по уголовному делу № 1407853, в соответствии со ст. 187 УПК РСФСР разъяснены права и обязанности эксперта, изложенные в ст. 82 УПК РСФСР.

Об ответственности за отказ и дачу заведомо ложного заключения по ст. 307 УК РФ предупреждены.

Заключение экспертов по делу № 1407853 о деятельности ООЦД

24 сентября 2001 г.

6 сентября 2001 г. в УГПНД из 3-го отдела Следственной службы УФСНП РФ по РБ при постановлении от 5 сентября 2001 г. старшего лейтенанта налоговой полиции Гареевой Р. Р. на экспертизу поступили:

- 1) видеокассета — 18 шт.
- 2) брошюры по курсам Р. Хаббарда — 2 шт.
- 3) обучающие материалы и журналы — 11 шт.

Перед экспертами поставлены следующие вопросы:

1. Воздействуют ли методы обучения курсам Л.Р.Х. в ООЦД?
2. Имеется ли опасность для здорового человека при обучении курсам Л.Р.Х. в ООЦД?

Производство экспертизы поручено заместителю главного врача, врачу-психиатру высшей категории Абзильдиной Р. С., врачу-психиатру высшей категории и психотерапевту Ахметзянову Т. У., врачу-психотерапевту Бадретдинову Р. М., имеющим высшее медицинское образование, заведующей психологической лаборатории, медицинскому психологу II категории Порошиной Т. Ю., имеющей высшее техническое образование, высшую переподготовку по практической психологии и специализацию по мед. психологии.

Вещественные доказательства доставлены в УГПНД следователем, назначившим экспертизу, в надлежащей упаковке.

ИССЛЕДОВАНИЕ

Анализ видеокассет, предложенных для экспертизы, показывает, что ООЦДРБ структурно, организационно и методически связан с аналогичными центрами в столичных городах и через них с конфессиональным образованием “Церковь Сайентологии” —

международным объединением сектантского толка. Это объединение декларирует и активно внедряет в практику через современные средства информации (видеопродукция и литература) образование новых подчиненных организаций с вовлечением как можно большего количества людей в эту Церковь (см. видеокассету “День рождения Л. Р. Х”). Церковь Сайентологии первоначально декларирует позитивные ценности массового сознания (здравье, жизненный успех, карьера), в чем и состоит ее главная привлекательность. Не имея представления об ее истинной сущности, люди приходят в эту организацию в надежде утолить духовный голод, познать истину, уйти от одиночества. В представленных видеофильмах эксплуатируется общечеловеческая потребность в поиске смысла жизни, миф о простом и чудесном избавлении от проблем. Делается акцент на возможность достижения личного успеха в карьере, материального благополучия, легкого и быстрого исцеления от душевных расстройств, последствий психологических и физических травм в противоположность официальной медицине. Внушается вера в возможность овладения каждым несложных целительных приемов (см. видеокассеты “Дни рождения ЛРХ 1997 – 2000 гг.” IAS I-II, кассета № 33, интервью с ЛРХ “Как применять дианетику или путеводитель по человеческому разуму”).

Следствием этого часто является то, что после обучения программ ЛРХ люди, не имеющие специального медицинского или психологического образования, начинают экспериментировать со сферой бессознательного (см. “Механизм реактивного ума”, Пример сессии одитинга в буклете “Дианетический семинар”).

Методы обучения курсам ЛРХ оказывают глубокое воздействие на психическую сферу в целом. Активная реклама этой организации привлекает в первую очередь людей, не нашедших устойчивого положения в обществе, имеющих неуравновешенную психику. Используется бесполезность людей в преодолении сложных социально-психологических явлений, таких как преступность и наркомания (см. видеокассеты фильм о “наркооне”, “программа криминон в колонии”). Первоначально учение “Дианетика” преподносится в виде “образовательных программ”, “тренингов общения”, “секретов достижения успеха” (см. “Прикладное образование”, В. Орлов; “История успеха”). Вся представленная литература является организационно-методическими пособиями по проведению психологических тренингов с использованием манипулятивных приемов, недирективного внушения и измененных состояний сознания (см. проведение одитинга на видеокассете “Как применять дианетику”, курс “Успех путем общения” с. 53 – 98). За первоначально добровольным подчинением своей воли лидеру группы происходит усвоение новых догм, ритуалов квазирелигиозной формы, нередко с изощренным суггестирующим содержанием.

Состояние эмоционального подъема и религиозного экстаза человек достигает субъективного ощущения упорядоченности всего мира и получает временное душевное успокоение. Одновременно преподносится идея абсолютной истинности учения. Под видом охраны этого учения культивируется сознание своей исключительности и внутригрупповой взаимозависимости (см. видеокассеты интервью с ЛРХ, “Как применять дианетику” или видеопутеводитель по человеческому разуму”). Формируется отрицательное отношение ко всем другим общепринятым социальным, культурным и религиозным представлениям (брошюра “Как противостоять опасному окружению”).

Главным следствием указанных воздействий становится факт радикального изменения жизненных ориентиров и поведения вовлеченных лиц с изменением всего образа жизни и проявлением признаков расстройств, которые могут свидетельствовать о психической патологии. Поведение человека теряет индивидуальный характер, собственную инициативу, способность к волеизъявлению своего “Я”, то есть приобретает качества, которые по МКБ-10 (международная классификация болезней 10-ого пересмотра) могут быть квалифицированы, как “Зависимое рас-

стройство личности” (F-60.7). Попытка установить контроль над мыслями, чувствами, волей и поведением людей, изоляцией от реальности (брошюра “Как противостоять опасному окружению”), от возможности получить действенную помощь квалифицированных специалистов (“Помощь при болезнях и травмах”) формирует портрет психологически зависимого человека, ищащего ответы на вечные вопросы бытия в посланиях “непогрешимого учителя” Р. Х.

Можно предположить, что если изначально вовлекаемый не знал, не предполагал, что он станет “заявленной личностью”, а вербующие это знали и этого добивались, то следует говорить о заведомом причинении вреда здоровью в виде формирования у него “зависимого расстройства личности”. По механизму образования здесь допустима аналогия с наркоманиями, когда до появления наркотической зависимости идет приобщение к наркотику на “бесплатных началах” представителем наркобизнеса с последующей меркантильной эксплуатацией развивающейся зависимости.

Таким образом, вред ООЦД соотносим с вредом, наносимым всей тоталитарной сектой Сайентологии, широко известной своей антимедицинской и анти-психиатрической направленностью. Под прикрытием слов о гуманизме, общечеловеческих ценностях, организаторы “Дианетики-Сайентологии” преследуют свои корыстные интересы.

Выводы:

1. Методы обучения курсам ЛРХ, используемые ООЦД, воздействуют на психическую сферу человека в целом, при этом в результате этого воздействия возможны радикальные изменения жизненных ориентиров и поведения с изменением своего образа жизни и появление признаков расстройств, которые могут свидетельствовать о психической патологии: поведение все более теряет индивидуальный характер, собственную инициативу, способность к волеизъявлению своего “Я”, формируется психическая зависимость человека с потребностью в опоре на лидера группы ЛРХ.

2. Опасность для здоровья человека при обучении курсам ЛРХ в ООЦД связана с возможностью формирования качеств, которые по МКБ-10 (Международная классификация болезней 10-го пересмотра) могут быть квалифицированы как “зависимое расстройство личности” (F-60.7). Кроме того, неквалифицированное вторжение в сферу психических структур может привести к обострению скрытой психической патологии.

От редактора. Азбучная истина, незнание которой невозможно для любого дееспособного психиатра в силу ее фундаментальности и однозначной формулировки в любом учебнике и в той же МКБ-10: “зависимое расстройство личности” как и всякое другое “специфическое расстройство личности” (психопатия) формируется в подростковом возрасте (F-60). Все, что формируется в последующей жизни, называется иначе:

- “расстройство личности и поведения, обусловленное болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга (F 07), либо
- “стойкое изменение личности, не связанное с повреждением или болезнью головного мозга” (F 62) либо
- “реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации”, которая превышает 6 месяцев (F 43.21).

Авторы заключения ссылаются на МКБ-10, но на самом деле дословно цитируют проф. Ф. В. Кондратьева и, таким образом, всю полноту ответственности разделяют вместе с ним.

В результате суд, с его письмом к государственным служащим-экспертам, легко позволил ввести себя в заблуждение, не приняв во внимание разъяснения специалистов, вызванных по инициативе ответчика. А как отреагирует профессиональное сообщество в лице Российского общества психиатров и его Этический комитет?

ИЗ РЕШЕНИЯ СУДА

Верховный Суд Республики Башкортостан в составе судьи Куркаловой В. М. с участием прокурора Овчинниковой Т. В. ... выслушав пояснения сторон. Допросив свидетелей, изучив и оценив материалы дела, считает исковые требования подлежащими удовлетворению... Довод прокурора о том, что деятельность Центра Дианетики РБ сопряжена с причинением вреда здоровью граждан, нашел подтверждение в судебном заседании.

... Процедура одитинга, по пояснению экспертов Бадретдинова Р. М., Ахметзянова Т. У., допрошенных в судебном заседании, не что иное, как введение человека в состояние транса, когда он раскрывает откровенно свою проблему, данные о каком-то событии, о себе самом и о своем окружении. Опасность применяемой технологии заключается в том, что когда психотравмирующая ситуация не разрешается, это приводит к дисфункциональному расстройству и к зависимости от одитора. В традиционной психиатрии подобное не допускается. ... Из показаний эксперта Бадретдинова Р. М. также следует, что в практике врачей-психиатров г. Уфы имели место случаи обращений за медицинской помощью после изучения курсов в Центре "Дианетика". В частности, Валиев Р. Ф. (диагноз: "параноидная шизофрения").

... Согласно выводам экспертного заключения, данного сотрудниками Уфимского городского психо-неврологического диспансера 24.09.2001 г., методы обучения курсам Р. Хаббарда, используемые ОО Центр "Дианетика", воздействуют на психическую сферу человека в целом, при этом в результате этого воздействия возможны радикальные изменения жизненных ориентиров и поведения с изменением всего образа жизни и появлением признаков расстройства, которые могут свидетельствовать о психической патологии: поведение все более теряет индивидуальные характер, собственную инициативу, способность к волеизъявлению своего "Я", формируется патологическая зависимость человека с потребностью в опоре на лидера группы и учение Р. Хаббарда. Опасность

для здоровья человека при обучении курсам Р. Хаббарда в ОО Центр "Дианетика" РБ связана с возможностью формирования качеств, которые по МКБ-10 могут быть квалифицированы как зависимое расстройство личности (F 60.7). Кроме того, неквалифицированное вторжение в сферу психических структур может привести к обострению скрытой патологии. Ссылку представителей ответчика на то, что выводы экспертов Уфимского ГПНД не могут быть приняты во внимание, так как не основываются на конкретных фактах, носят предположительный характер, отдельные высказывания дословно заимствованы из статьи проф. Кондратьева Ф. В., суд находит несостоятельной по следующим основаниям. Вышеприведенными доказательствами суд установил наличие обстоятельств, обосновывающих требования прокурора и не противоречащих выводам вышеприведенной экспертизы.

... Наличие случаев обращения за медицинской помощью, наличие в анамнезе больного Валиева Р. Ф. упоминания о посещении им курсов ОО Центр "Дианетика" свидетельствует, что деятельность этого центра гражданам причиняется вред. Следует отметить, что в истории болезни Валиева Р. Ф. отсутствует указание на наличие у него травм и отягощенной наследственности (выделение ред.).

... Суд не принимает во внимание представленную ответчиком статью В. Е. Кагана "Сайентология и психотерапия: экспертные материалы", опубликованную в журнале "Независимый психиатрический журнал" за номерами III и IV 1999 г., так как считает указанную публикацию недопустимым доказательством по настоящему делу.

... **СУД РЕШИЛ:** Исковые заявления прокурора Республики Башкортостан удовлетворить. Ликвидировать общественную организацию Центр "Дианетика" РБ и исключить ее из единого государственного реестра юридических лиц...

9 февраля 2004 г.

ОТКАЗ СУДА ОТ ЛОГИКИ И ЗДРАВОГО СМЫСЛА

ЗАЯВЛЕНИЕ в Верховный суд Российской Федерации

Ознакомившись с решением Верховного Суда Республики Башкортостан от 9 февраля 2004 г. по

гражданскому делу о ликвидации Центра Дианетики Республики Башкортостан, в котором я давал пояснен-

ния суде в качестве специалиста, считаю необходимым заявить следующее:

Решение суда, признающее медицинский характер деятельности дианетического центра, а также наименование вреда этой деятельностью последователям дианетики и сайентологии, не основано на конкретных доказательствах. Суд использовал недостоверные и неверифицированные данные, что привело к выводам суда, противоречащим как нормативным актам в области медицины, так и научным данным. Суд также не указал, в какой области медицины дианетическая деятельность должна быть лицензирована — психиатрии. Психотерапии или иной.

Все приказы Министерства здравоохранения России с 1994 по 1998 гг. не рассматривают Сайентологию и Дианетику как психотерапию и психологию. Более того, в приказе № 254 от 18.06.1996 г. говорится, что не следует допускать пропаганды методик, вытекающих из учения Хаббарда — основателя Сайентологии. Эти приказы носят ведомственный характер и распространяются исключительно на организации и предприятия системы здравоохранения.

Дианетика и Сайентология — не психология и не приложение психологии к задачам терапии, они не пользуются терминологией психологии, не опираются на ее данные и достижения. Ни дианетика, ни сайентология не относятся и к психиатрии, в том числе психотерапии. Цель психотерапии — лечение психических расстройств, цель религии — спасение души. Религию не заботят такие вещи как предупреждение заболевания или лечение заболеваний, но она может оказывать психогигиеническое и психотерапевтическое действие. Например, обряд обрезания (у мусульман и иудеев) или запрет есть свинину (иудеи, мусульмане) имеют бесспорное психогигиеническое значение, а беседы со священнослужителями всех религий могут успокаивать и устранять тревогу. С точки зрения врача-атеиста, молитва — способ воздействия на психическое состояние молящегося или через психику на функциональные нарушения в деятельности организма, хотя для верующего любой конфессии, молитва — важнейший элемент религиозной практики — направлена к богу и поэтому может оказывать целебное воздействие.

Сайентология определяется как прикладная философия (исследование проф. В. Е. Кагана, имеющееся в материалах дела). Ее цель — изменить к лучшему мужчин, женщин, детей. Сайентология занимается изучением духа, его взаимоотношением с другой жизнью и вселенной. Сайентология признает наличие бога/творца и считает человека божьим творением.

Во всех странах мира Сайентология рассматривается в качестве религии. Наиболее точно определить ее как светскую религию, которая использует современные научные знания, а не древние мифы (как это обстоит в христианстве, и в мусульманстве, и в иудаизме).

Дианетика — не отрасль психологии или психотерапии, а технология духовного исцеления. Поэтому она не подлежит лицензированию. Она нигде не фигурирует в качестве какой-либо разновидности психологии или психотерапии. Дианетика — не психиатрия, не психоанализ, не гипноз и не другие виды психотерапии. Невозможно лицензировать желание одного человека беседовать с другим и рассказывать о своих проблемах, неприятностях. Вся практика работы общества алкоголиков-анонимов во всем мире и у нас в России сводится к тому, что человек с проблемами зависимости от алкоголя рассказывает другим о своей жизни, о своих поступках. В результате чтения основной книги и этих бесед люди прекращают употреблять алкоголь. Психологический механизм здесь бесспорен, но это не психотерапия в узком смысле слова. В частности, не имеют никаких лицензий общества "анонимных алкоголиков", поскольку не лицензируется само право беседовать друг с другом.

Дианетика построена по форме как точная наука, но только по форме. Она пользуется тем, что накопил психоанализ, когнитивная психология, бихевиоризм. Однако понятия Сайентологии и Дианетики самостоятельны.

Дианетическая технология предназначена для работы со здоровыми людьми и с тем, у кого возникают функциональные состояния дезадаптации. Это психосоматические заболевания и некоторые пограничные состояния, которые рассматриваются как болезни духа, а не организма. В православии все болезни рассматриваются как божья кара за грехи самого заболевшего или его родителей (предков).

Такие понятия как релиз, клир — это не характеристика состояния здоровья, а ступени развития самосовершенствования. Клир — это физически здоровый, счастливый, доброжелательный, успешный человек. Этого можно достигнуть путем самоусовершенствования, это достигается в процессе одитинга. Технология Дианетики имеет цель добиться развития совершенствования человека. Повысить его ответственность за себя, за других. За мир в целом. А терапевтические успехи — только ступени на пути к этой цели. Основная процедура — одитинг — состоит в том, что одитор дает возможность человеку, у которого возникли проблемы, подробно о них рассказать. Его не перебивают, это не допускается. Если одитор обнаруживает наличие серьезных заболеваний (физических или психических), он настоятельно рекомендует обратиться к врачу. Поэтому одиторы — не медицинские психологи и не психотерапевты.

Сайентология — парадоксальная система, поэтому она парамедицинская, она лежит за пределами науки и медицины, обращена к духу, признает бога. Поэтому официально признана религией.

Дело обстоит так, как в отношении других религий. И протестантский, и католический, и православный священник, равно как служители других религи-

озных культов, в своей практике обращается к человеку, влияя на его представление о мире, отношение к другим людям. Они используют молитву и различные религиозные обряды для направленного воздействия на “душу”, т.е., на психику человека. Однако, никто не требует от священнослужителей иметь лицензии психологов или психотерапевтов.

Более того, некоторые процедуры, принятые в православии (например, целование креста), с точки зрения медицины опасны для здоровья, так как могут привести к распространению инфекционных заболеваний. А основной тезис (болезнь — кара за грехи может повлечь за собой отказ от обращения за медицинской помощью, ибо лечиться — это значит стать на путь борьбы с Богом. Столь же пагубным может оказаться и трактовка депрессии как греха (“уныние — грех”). После подобных разъяснений человек в состоянии тоски может решиться на самоубийство (“Грешнику не место на земле”).

Никто никогда не доказал научным методом, что одитинг приносит вред. Проф. В. Е. Каган, проделав необходимые психологические исследования, установил, что у результате одитинга никаких нарушений психики не возникает. Более того, в некотором отношении интеллектуальные возможности возрастают.

Данные по г. Уфа весьма показательны. Из 2000 за 10 лет человек, обратившихся к Сайентологам, согласно справке УФСБ по Республике Башкортостан, только у одного диагностирована параноидная форма шизофrenии. Эта цифра говорит о том, что во всех случаях, когда имелись признаки психического расстройства, одиторы рекомендовали обратиться к психиатрам. Если бы такого отбора не было, из 2000 человек у 15 – 20 должны были быть признаки шизофrenии и заболеваний шизофренического круга (такова рас-

пространенность шизофrenии и заболеваний шизофренического круга у лиц зрелого возраста).

Не было доказано в Уфе возникновений каких-либо иных психических расстройств в результате прохождения процедуры одитинга.

На основании изложенного, считаю, что решение Верховного Суда Республики Башкортостан от 9 февраля 2004 г. не основано на данных медицинской науки — психиатрии и психотерапии, не учитывает особенностей медицинской психологии, игнорирует имеющиеся в деле статистические данные и научные исследования проф. В. Е. Кагана, то есть имеющиеся в деле доказательства противоречат выводам суда в части признания медицинского характера дианетической деятельности и нанесения ею вреда своим последователям.

Свои пояснения Верховному суду Республики Башкортостан полностью поддерживаю.

Полагаю экспертные заключения, положенные судом в основу решения о ликвидации Центра “Дианетики”, не основанными на реальном изучении деятельности Центра, и воспроизводящими многочисленные интервью в прессе (газетах и журналах) проф. Ф. В. Кондратьева, не занимавшегося научным исследованием деятельности ликвидированной организации. Воспроизведение общих теоретических предположений, не имеющих научного подтверждения, применительно к деятельности отдельных организаций, не являющихся предметом изучения, с точки зрения науки недопустимо и представляет собой использование психиатрии в немедицинских целях. Подобное использование Российской обществом психиатров считает недопустимым.

Проф. А. Г. Гофман

Примечание редактора. Судебная коллегия по гражданским делам Верховного Суда РФ 21 мая 2004 г. оставила в силе решение от 9 февраля 2004 г. о ликвидации Центра “Дианетика” Республики Башкортостан за “ осуществление им образовательной и медицинской деятельности без получения необходимых разрешений”. Вопрос о принесении вреда здоровью Верховный суд РФ обошел полным молчанием.

Национальная конференция Чешского психиатрического общества

10 – 13 июня 2004 г., Спиндлерув Млын, Чехия

E-mail : raboch@beba.cesnet.cz

Типы отношения к болезни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: поиск закономерностей развития

В. П. Цекин¹

Хорошо известно правило, что нужно лечить не болезнь, а больного, точнее — болезнь у данного больного. При этом имеется в виду, главным образом, индивидуализация лечения. Больной человек является не только объектом, но и субъектом врачебного действия, то есть участвует в лечебном процессе направне с врачом.

Каждый пациент является, прежде всего, личностью, которая имеет свое собственное представление о медицине, о самом себе, о своей болезни и о степени ее серьезности. Врач может совершенно правильно поставить диагноз, используя самые современные возможности, правильно назначить лечение, но только от больного зависит его выполнение. На это указал еще Гиппократ, который видел необходимость контакта больного с доктором: “Должно также наблюдать за погрешностями больных, из которых многие часто обманывали в принятии прописанного им: именно, не выпивши неприятного пития или очистительных, или других лекарств, они изнемогали. Но они, конечно, не сознаются в этом, и вина сваливается на врача”. Интересен тот факт, что частота случаев недостаточного сотрудничества больного с врачом имеет тенденцию к возрастанию параллельно прогрессу в области диагностики и лечения, в значительной степени нивелируя достижения последних. Эта проблема сотрудничества врача и больного очень важна для всех специальностей.

В условиях страховой медицины, жесткой конкуренции на рынке медицинских услуг, психологическая подготовка врача, его способность найти контакт с больным, становится одной из составляющих его успешной деятельности.

Целью нашего исследования было определить тип отношения к болезни у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и выявить возможные взаимосвязи между этими типами и различными характеристиками больных.

¹ В. П. Цекин и С. Ю. Савенко — студенты VI курса лечебного факультета МГМСУ, члены психиатрического кружка, зав. кафедрой психиатрии — проф. Л. М. Барденштейн, руководитель кружка — Ю. Б. Можгинский.

Исследование проводилось на базе отделений неотложной кардиологии ГКБ №№ 19, 33, 40, 50, 70, МСЧ № 33. Были отобраны пациенты, удовлетворяющие следующим критериям. **Критерии включения:** Диагноз: ИБС: острый инфаркт миокарда (далее ОИМ); ИБС: нестабильная стенокардия напряжения. Возраст: 45 – 75. **Критерии исключения:** Наличие выраженного болевого синдрома, психического заболевания или энцефалопатии.

Всего было отобрано 95 человек. Соотношение мужчин и женщин — 55 % на 45 %. По диагнозам распределение было следующим — 50 пациентов с диагнозом ИБС: ОИМ и 45 с диагнозом ИБС: Нестабильная стенокардия. Средний возраст мужчин — $60,2 \pm 6,7$ лет, женщин — $65,8 \pm 6,7$ лет, группы — $65,2 \pm 7,3$ года.

Метод обследования: Личностный опросник Бехтеревского Института (1) и характерологический опросник Леонгарда — Шмишека (Leongard — Shmischek) (2).

Для оценки корреляции между признаками использовался метод построения четырехпольных таблиц.

После проведения опроса пациентов и сведения всех полученных данных в таблицы мы приступили к поиску возможных взаимосвязей. Этот поиск проводился между типом отношения к болезни и такими характеристиками больных как пол, диагноз, акцентуация характера.

Пол — Тип отношения к болезни (мужчины).

У мужчин заметно превалирование паранояльного типа отношения к болезни над всеми остальными (у 25-ти из 52-х пациентов) (+0,434).

Пол — Тип отношения к болезни (женщины).

У женщин преобладал тревожный тип отношения к болезни (+0,28).

Диагноз — Тип отношения к болезни (ИБС: Нестабильная стенокардия).

Превалирования какого-либо из типов отношения к болезни не найдено.

Диагноз — Тип отношения к болезни (ИБС: Острый инфаркт миокарда).

У пациентов этой группы значительно превалирует паранойяльный тип отношения к болезни (у 23-х из 50-ти пациентов) (+0,508).

После выявления двух крупных групп пациентов — мужчины с паранойяльным типом отношения к болезни (25 пациентов) и женщины с тревожным типом отношения к болезни (17 пациентов) — проверялось наличие акцентуаций характера в обеих группах. У 18-ти из 25-ти пациентов имеются эмотивный и застравающий типы акцентуации характера. У женщин картина схожая — у 15-ти из 17-ти пациенток встречаются эмотивный и застравающий типы акцентуации. Вообще же, во всей группе обследованных пациентов ($n = 95$) эмотивный и застравающий типы акцентуации встречались в 75 % случаев.

Итак, были выявлены следующие корреляции:

1. Между мужским полом и паранойяльным типом отношения к болезни.
2. Между диагнозом ИБС: ОИМ и паранойяльным типом отношения к болезни.
3. Между женским полом и тревожным типом отношения к болезни.
4. Для больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями характерны эмотивный и застравающий типы акцентуации характера.

Между типом отношения к болезни и акцентуацией характера, возрастом и уровнем образования корреляции не выявлено.

Итак, проведённое исследование выявило формирование преимущественно паранойяльного типа отношения к болезни у мужчин и, в частности, у тех из них, что перенесли инфаркт миокарда. То есть мы можем говорить о преобладании паранойяльных установок в отношении врачей, лечения, близких у мужчин, перенесших инфаркт миокарда. Приведём определение паранойяльного типа отношения к болезни авторов ЛОБИ: “Уверенность, что болезнь — результат чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злому умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим”. В личной беседе с этими пациентами удалось выявить, что они сразу после приступа кардиализм начинают думать о том, кто виноват в сложившемся состоянии вещей. На первое место чаще всего выходит жена, потом дети и начальство. На вопрос о том, что им не нравится в процессе лечения, говорили, что им дают “странные” “никому не нужные” таблетки, проводят над ними “какие-то опыты”, высказывают предположения типа “кому-то это нужно”, “кто-то на нас наживается” и т.д. По поводу судьбы их родственников пациенты практически ничего не говорили.

Иная картина наблюдалась у женщин. Здесь преобладал тревожный тип отношения к болезни. Вот его определение: “Непрерывное беспокойство и мнитель-

ность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах лечения, непрерывный поиск “авторитетов”. В отличие от ипохондрии более интересуют объективные данные о болезни (результат анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения. Поэтому предпочитают больше слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение прежде всего тревожное, угнетенность — вследствие этой тревоги”. Женщины в личной беседе волновались как по поводу своего здоровья, так и по поводу судьбы своих родственников. Часты были фразы типа “мне надо быстрее вылечиться и поднимать внуков” или “у меня дома муж один остался, волнуюсь за него”, они в большинстве своём постоянно спрашивали о своём диагнозе, о том, как “побыстрее вылечиться”.

Также интересно обратить внимание на тот факт, что у мужчин, в отличие от женщин, относительно часто встречалось такое сочетание типов отношения к болезни как анозогнозический + эйфорический, которые встречались всегда вместе (у женщин 1 раз, у мужчин — 9 раз). То есть можно говорить о том, что мужчины более склонны отрицать случившееся с ними.

Что касается типа акцентуации характера, то, разумеется, обращает на себя внимание явное преобладание эмотивного и застравающего типов у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (типы акцентуаций даны по Леонгарду). **“Застравающий тип”**. Его характеризует умеренная общительность, занудливость, склонность к нравоучениям, неразговорчивость. Часто страдает от мнимой несправедливости по отношению к нему. В связи с этим проявляет настороженность и недоверчивость по отношению к людям, чувствителен к обидам и огорчениям, уязвим, подозрителен, отличается мстительностью, долго переживает происшедшее, не способен “легко отходить” от обид. Для него характерна заносчивость, часто выступает инициатором конфликтов. Самонадеянность, жесткость установок и взглядов, сильно развитое честолюбие часто приводят, к настойчивому утверждению своих интересов, которые он отстаивает с особой энергичностью. Стремится добиться высоких показателей в любом деле, за которое берется и проявляет большое упорство в достижении своих целей. Основной чертой является склонность к аффектам (правдолюбие, обидчивость, ревность, подозрительность), инертность в проявлении аффектов, в мышлении, в моторике”. **“Эмотивный тип”**. Этот тип родственен экзальтированному, но проявления его не столь бурны. Для них характерны эмоциональность, чувствительность, тревожность, болтливость, боязливость, глубокие реакции в области тонких чувств. Наиболее сильно выраженная черта — гуманность,

сопереживание другим людям или животным, отзывчивость, мягкосердечность, сорадование чужим успехам. Они впечатлительны, слезливы, любые жизненные события воспринимают серьезнее, чем другие люди. Подростки остро реагируют на сцены из фильмов, где кому-либо угрожает опасность, сцена насилия может вызвать у них сильное потрясение, которое долго не забудется и может нарушить сон. Редко вступают в конфликты, обиды носят в себе, не “выплескиваются” наружу. Им свойственно обостренное чувство долга, исполнительность. Бережно относятся к природе, любят выращивать растения, ухаживать за животными” (3).

Показано, как эти типы коррелируют с гипертонической болезнью и сердечно-сосудистыми заболеваниями.

По всей видимости, преморбидные особенности в виде акцентуации той или иной степени выраженности приводят наряду, разумеется, с другими факторами риска, к развитию сердечно-сосудистых заболеваний, а в результате заболевания складывается уже тип отношения к болезни, который имеет связь с типом акцентуации только опосредованную и определяется другими факторами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев Б. А. Клиническое руководство (ред. Б. В. Михайлов) — Харьков, 2002.
2. Манухина Н. М. Журнал практической психологии и психоанализа, 2003, 3.
3. Леонгард К. Акцентуированные личности — Киев, 1981.

Ипохондрический невроз. Современное понимание

С. Ю. Савенко

Клиническая картина ипохондрического синдрома может выступать как проявление и болезни, и патологии. Ипохондрический синдром описан в рамках фактически всех нозологических форм: шизофрении и эндогенной депрессии, экзогенно-органических и реактивных психозов, а в случае непсихотической глубины — в качестве невроза и других пограничных состояний (циклотимии, дистимии и т.д.).

Картина ипохондрии может составлять также содержание различных патологических форм: астенической психопатии, невропатии, а также сверхценного и невротического развития личности.

Прежде чем обсуждать вопрос о современном понимании “ипохондрического невроза”, необходимо прояснить понимание термина “невроз”.

Термин “nevroz” появился в 1776 году, и всю историю его существования до самого недавнего времени в отношении понимания неврозов существовали две крайности. Это, с одной стороны, резко расширительное понимание, когда многие тяжелые органические заболевания нервной системы и даже психозы рассматривались как неврозы; и, с другой стороны, — отрижение самого существования неврозов, выделение которых еще в 1864 г. М. Аксенфельд назвал “возведением незнания в степень нозологической единицы”.

Расширительному пониманию неврозов способствовали: многочисленные психодинамические школы — посредством разнообразных психологических интерпретаций, психосоматическое направление — за счет введения понятия “условной выгоды”, и бихевиористское направление — в связи с отождествлением понятия “невротизма” с тревогой. В 1990-е годы на русский язык переведено много руководств по психи-

атрии, где представлено расширительное понимание неврозов. Так, например, в изданном в 1998 г. учебнике “Психиатрия” М. Хэзлема вводится понятие “эндогенных неврозов”, якобы сходных с аффективными психозами и шизофренией (11).

Для российских и немецких авторов характерен другой подход к понятию невроза. Петр Борисович Ганнушкин у нас и Освальд Бумке в Германии в 20-е годы принципиально не пользовались термином “nevroz”. Т. И. Юдин в 1935 г., Е. А. Попов в 1954 г., Г. Й. Вайтбрехт в 1963 г. не считали неврозы самостоятельным заболеванием, а лишь инициальным или резидуальным этапом развития болезни с непсихотической глубиной нарушения психической деятельности (2, 3, 6, 8). В своем “Учебнике по психиатрии” 1937 года М. О. Гуревич и М. Я. Серебский, не отказываясь от выделения неврозов, тем не менее полагают, что “дело не идет о психическом расстройстве. Поэтому неврозы с полным правом описываются в руководствах по невропатологии... Невротик — не душевнобольной, его можно отнести к пограничным состояниям на грани психического здоровья и болезни... невроз является доброкачественным, обратимым заболеванием функционального характера, ... которое выражается в нервных, преимущественно вегетативных нарушениях, отражающихся главным образом на соматической сфере, а также повышенной истощаемостью и особым значением при них конфликта. При неврозах мы не имеем формальных психических расстройств, здесь психический момент не имеет самостоятельного значения и всегда связан с соматическим” (4). Здесь мы видим тенденцию изъятия из огромной сборной группы, которую представляют собой неврозы, различных забо-

леваний, патогенез которых устанавливается более надежным образом, чем простая интерпретация.

Эта тенденция характеризует и современную ситуацию.

Анализ основных американских терминологических словарей по психиатрии показывает разительное сокращение использования понятия “невроз” и отсутствие этого диагностического класса в DSM-IV. Термин “nevroz”, как указывается в “Синопсисе по психиатрии” Гарольда Каплана и Бенджамина Седока, потерял значение сколько бы то ни было точного определения, кроме тех случаев, когда хотят отметить, что способность к оценке действительности не нарушена и личностные расстройства отсутствуют (5).

В МКБ-10 в отличие от МКБ-9 термин “невротический” сохранен лишь в разделе “невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства”.

Фактически это **понимание неврозов в широком смысле слова** как разнообразных состояний, промежуточных между сомато-неврологическими заболеваниями, здоровьем и нормой, т.е. сфера, где нет четких границ.

Термин “nevroz” с самого начала появляется как объяснительная, а не описательная категория, причем она охватывает разнородные характеристики: тяжесть (непсихотическую) и происхождение (психогенное). Поэтому ее снятие в статистической классификации, которая должна быть чисто описательной, вне концептуальной, совершенно закономерно.

Итак, понятие “nevroz” обозначает совокупность всех шести следующих характеристик:

- 1 — функциональный характер, обратимость, отсутствие патологоанатомических изменений;
- 2 — центральное, а не периферическое происхождение;
- 3 — психогенная природа;
- 4 — возникновение в результате внутриличностного конфликта (1,7);
- 5 — отсутствие психотической симптоматики;
- 6 — сохранение критического самосознания личности и сознания болезни.

Ряд синдромов — традиционно обозначавшихся как невротические, такие как неврастенический, обсессивно-компульсивный, фобический, конверсионный, диссоциативный и др., могут называться невротическими только в том случае, если они убедительно выводятся из внутреннего конфликта. Во всех остальных случаях — как еще в 1921-м году показал Гофман (H. Hoffmann) — это “nevrozopодобные синдромы” эндогенного или экзогенно-органического генеза (15). Другие синдромы — депрессивные, ипохондрические и т.п. — в случае их доказательного выведения из внутреннего конфликта могут также рассматриваться как невротические.

В подавляющем большинстве современных руководств по психиатрии принятая систематика психических расстройств по МКБ-10.

Существовавшая в МКБ-9 отдельная рубрика — “ипохондрический невроз” (300.7), в МКБ-10 именуется “ипохондрическим расстройством” (F.45.2), и в нее включаются небредовая дисморфофобия, ипохондрический невроз и нозофобия.

“Ипохондрическое расстройство” включено в кластер F.4 “невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства”. Здесь это разновидность “соматоформных расстройств” (F.45). В этом кластере присутствуют также тревожно-фобические (F.40) и другие тревожные расстройства (F.41), обсессивно-компульсивные (F.42) и диссоциативные (конверсионные) расстройства (F.44), реакции на тяжелый стресс (F.43) и “другие невротические расстройства” (F.48).

“Ипохондрическое расстройство” (F.45.2) определяется как:

- 1) постоянная озабоченность возможностью заболеть тяжелой соматической болезнью, или фиксация на предполагаемом дефекте;
- 2) постоянное предъявление соматических жалоб, но с фиксацией не на самих жалобах, а на болезни в целом, и воздержание от лекарств;
- 3) постоянная установка ипохондрического прислушивания, которое ведет к ипохондрической интерпретации обычных ощущений в одном-двух местах;
- 4) постоянное недоверие разумедлениям врачей, но различное от случая к случаю;
- 5) часто присутствующие здесь выраженные депрессия и тревога шифруются отдельно.

Если жалоб много, они часто видоизменяются, сохраняясь на протяжении ряда лет без подтверждения объективными методами, имеется фиксация на этих жалобах и избыточное употребление лекарств, а также отчетливые депрессия и тревога с нарушением социального и семейного функционирования, — речь идет о “соматизированном расстройстве” (F.45.0).

Если озабоченность своим состоянием и жалобы в отношении определенной системы органов с ощущениями жжения, тяжести, напряжения сопровождаются выраженным симптомами хронического возбуждения нервной системы (гиперемией, гипергидрозом, трепором), то это — **соматоформная вегетативная дисфункция** (F.45.3). Это то, что прежде квалифицировалось как “неврозы органов”.

Проф. А. Б. Смулевич разработал дробную классификацию пограничных ипохондрических расстройств, обнаруживаемых в период ремиссии психических заболеваний (1997) (9), и предложил рассматривать их и другие соматоформные расстройства в качестве масок депрессии (1999) (10). Проф. С. Ю. Циркин (2002) назвал такой подход формально-статистическим. “Такие маски — не коморбидное

Схема 1

Квалификация описания в I и II аудитории

Диагноз	I (14 чел.)	II (26 чел.)
Ипохондрический невроз	0	(1)
Использование термина "невротический"	2	12
Нозологический диагноз	3	16
Вялотекущая шизофрения	0	5
Депрессивные психозы	1	3
Диагноз по МКБ-10	10	10
Отказ от психиатрической диагностики	3	1

расстройство, а закономерное следствие психической, чаще всего аффективной патологии". Проф. С. Ю. Циркин отметил "наличие депрессивной симптоматики, соответствующей по тяжести дистимической или легкому и умеренному депрессивному эпизоду", во всех случаях соматоформных и конверсионных расстройств (12).

Для выяснения современного понимания "ипохондрического невроза" или "ипохондрической фобии" ("нозофобии") мы провели анонимное анкетирование 40 психиатров, предлагая им для диагностической квалификации описание "ипохондрической фобии", сделанное проф. А. Б. Смулевичем в двухтомном "Руководстве по психиатрии" под ред. проф. А. С. Тиганова (1999, т. 2, с. 533 – 534).

Предлагалась следующая анкета:

"Уважаемый коллега!

Просим Вас принять участие в анонимном опросе, указав свой стаж работы в психиатрии.

Как бы Вы квалифицировали состояние описанного ниже пациента:

Поставили бы ему психиатрический диагноз? И если да, — какой?

У амбулаторного больного 37 лет после продолжительного периода субклинической тревоги, сочетающейся с кардиалгиями, после психогенной провокации возникли панические атаки по типу нейроциркуляторной астении, связанные с сердечными болями без витального страха и без изменений на ЭКГ. У больного сформировалась боязнь сердечных приступов, ставшая постоянным фоном его панических атак. Начала нарастать обостренная интроспекция до постоянной ипохондрической озабоченности своим здоровьем. Тревожные опасения возникают по самым незначительным поводам, типа вегетативных колебаний, болезненных ощущений, соматического недомогания, и вовсе без видимого повода. Больной постоянно посещает врачей и фактически постоянно лечится уже несколько лет."

Анкетирование проводилось 4 декабря 2003 г. на заседании Президиума Правления Российской общества психиатров и 18 декабря 2003 г. на открытом клиническом разборе в психиатрической больнице № 3 им. В. А. Гиляровского.

Вместо суммарного анализа полученных данных, мы провели отдельный анализ для этих разных аудиторий, а также отдельный анализ для респондентов с разным стажем клинической работы.

В первой аудитории (14 респондентов) были получены следующие ответы (схема 1):

1) никто не употребил обозначение "ипохондрический невроз";

2) только два психиатра использовали термин "невротический", а именно "nevroticheskoe развитие личности" и "признаки невротического расстройства" — их стаж 50 и 25 лет;

3) только три психиатра использовали традиционные для отечественной психиатрии нозологические обозначения. Это "nevroticheskoe развитие личности", "ипохондрическое развитие личности" и "затяжное реактивное состояние с фобическим синдромом". Их стаж 50, 40 и 33 года;

4) 10 психиатров использовали обозначение МКБ-10 (стаж от 40 до 5 лет), из них 7 — квалифицировали состояние как "ипохондрическое расстройство с паническими атаками";

5) три психиатра категорически отказались от квалификации психиатрического диагноза в силу недостаточности сведений для этого. Их стаж 50, 45 и 25 лет.

Во второй аудитории (26 респондентов):

1) только 1 психиатр употребил обозначение "ипохондрический невроз?", и он же через запятую написал "nevrozopodobnaya vyaletekushchaya shizofreniya" (стаж 8 лет);

2) 8 молодых психиатров использовали термин "nevroz" (стаж 1 – 3 года), два психиатра диагностировали "ипохондрическое развитие личности" (стаж 30 и 1 год);

3) 16 психиатров поставили нозологический диагноз, из них пятеро — диагноз "вялотекущей шизофрении" (стаж 40, 30, 8, 2, 2 года), трое — "эндогенную депрессию" (стаж 30, 28, 20 лет); семеро — "фобический невроз" (стаж 1 – 3 года);

4) 10 психиатров использовали обозначение МКБ-10; из них семеро поставили "соматоформную вегетативную дисфункцию" (стаж 5, 6, 8, 9, 19, 25, 40 лет), "панические атаки" назвали только трое (стаж 1, 8, 19 лет);

5) о недостаточности сведений для диагноза заявило только двое, но диагноз все же поставили, стаж 5 и 2 года, и только один считал психиатрический диагноз неуместным (стаж 40 лет).

Основным отличием между аудиториями оказалось фактически полное принятие МКБ-10 первой аудиторией и более чем на порядок меньшее ее принятие во второй аудитории. В соответствии с этим, в первой аудитории диагноз невроза поставили только 2 из 14 респондентов, а во второй — 12 из 26, в первую очередь, за счет психиатров со стажем не более

Схема 2

Стаж респондентов в I и II аудиториях

	I	II
Старшее поколение 20 чел.	50, 50, 50	
	45	42
	40, 40	40
	33, 30	30, 30, 30
		28
	25, 25	25
	20	20
		19
		9
		8, 8
Младшее поколение 20 чел.	7	
		6
	5	5, 5
		4
	3	3, 3
		2, 2, 2
		1, 5, 1, 1, 1, 1

трех лет. Диагноз “вялотекущая шизофрения” ставился только во второй аудитории.

Результаты квалификации предложенного описания в зависимости от стажа представлены на схемах 2 и 3.

Неожиданным образом результаты анкетирования в зависимости от стажа, несмотря на значительный возрастной отрыв, оказались примерно одинаковыми, даже в отношении диагностики шизофрении, что свидетельствует о наследовании диагностических традиций. При этом, старшее поколение уверенно перешло на МКБ-10, что следует из проведенного исследования, поскольку в данном случае система диагностики не предписывалась.

Единственным серьезным отличием является акцент у старшего поколения на тревожных расстройствах, а у младшего — на фобических.

В отношении темы нашего доклада — современного понимания ипохондрического невроза — выяснилось, что текст, являющийся описанием этого расстройства в наиболее современном и авторитетном отечественном руководстве для врачей, адекватно идентифицировали только 13 из 40 респондентов, т.е. 30%. Или — если включить в “ипохондрическое расстройство” диагноз ипохондрического развития личности и невротического развития личности — 16 из 40 респондентов, т.е. 40%. Однако кластеры F40, 41, 45, т.е. “тревожно-фобические”, “другие тревожные” и “соматоформные расстройства”, а также “ипохондри-

Схема 3

Квалификация описания в зависимости от стажа работы

Диагноз	Стаж 19 – 50 лет	Стаж 1 – 9 лет
Отказ от психиатрической диагностики	2	3
Вялотекущая шизофрения	2	3
Депрессивные психозы	3	2
Патологическое развитие личности	3	1
Тревожно-фобические расстройства (F.40)	3	12
Другие тревожные расстройства (F.41)	5	5
Обсессивно-компульсивные расстройства (F.42)	1	1
<i>Соматоформные расстройства (F.45)</i>		
Ипохондрические расстройства (F.45.2)	5	6
Соматоформная вегетат. дисфункция (F.45.3)	2	3

ческое” и “невротическое развитие личности” составляют в ответах респондентов 72,6%. Это может свидетельствовать о том, что понимание отечественными психиатрами ипохондрического невроза лишено достаточной специфики и для достижения взаимопонимания должно обозначаться не менее, чем тремя цифрами МКБ-10.

ЛИТЕРАТУРА

1. Биндер Ганс (H. Binder). Психопатии, неврозы, патологические развития // Клиническая психиатрия под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса и М. Мюллера — М., 1967.
2. Бумке Освальд (O. Bumke). Современное учение о неврозах — Одесса, 1928.
3. Гильяровский В. А. Психиатрия — М., 1935, 618 – 651.
4. Гуревич М. О., Серейский М. Я. Учебник по психиатрии — М.-Л., 1937.
5. Каплан Гарольд, Сэдок Бенджамин (H. Kaplan, B. Sadock). Клиническая психиатрия, т. 1 — М., 1994.
6. Карвасарский Б. Д. Неврозы — Л., 1990.
7. Кемпински Антоний. Психопатология неврозов — Варшава, 1975.
8. Краснушкин Е. К. Избранные работы — М., 1967, 247 – 327.
9. Слулевич А. Б. Психосоматические расстройства // “Социальная и клиническая психиатрия”, 1997, 1, 5 – 18.
10. Слулевич А. Б. Невротические расстройства (неврозы) // А. С. Тиганов (ред.). Руководство по психиатрии, т. 2 — М., 1999, 527 – 558.
11. Хэзлем М. (M. Haslam). Психиатрия — Львов-Москва, 1998, 297.
12. Циркин С. Ю., Колесин Д. В. Психопатология истеро-конверсионных расстройств // “Российский психиатрический журнал”, 2002, 4, 16 – 20.
13. Ayd Frank J. Lexicon of Psychiatry, Neurology and Neurosciences — Williams & Wilkins, 1995.
14. Hinsie Leland, Campbell Robert. Psychiatric Dictionary — New York, 1960.
15. Hoffmann H. Die Nachkommenschaft bei endogenen psychosen — Berlin, 1921.
16. Stone Evelyn. American Psychiatric Glossary — Washington, 1984.

Фальсификации в экспертной деятельности — уже банальность

Письмо из Волгограда

Уважаемый Юрий Сергеевич!

Обращаюсь к Вам, так как знаю, что Независимая психиатрическая ассоциация России стоит на позиции защиты прав больных и соблюдения их законных интересов.

Как ассистент кафедры, я провожу лечебно-консультативную работу в лечебном отделении областной клинической психиатрической больницы, где находятся также и лица, проходящие различные виды психиатрической экспертизы. В период с 2001 г. по 2003 г. я неоднократно привлекался Областным комитетом по здравоохранению к работе комиссий по проверке качества лечебно-диагностической помощи больным. В ходе проверок мною и другими членами комиссий были выявлены грубые нарушения требований Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" и отсутствие должного контроля за соблюдением этого Закона со стороны администрации больницы.

Так, я участвовал в работе комиссии Комитета по здравоохранению Волгоградской области по рассмотрению жалобы адвоката на качество проведенной по гражданскому делу посмертной судебно-психиатрической экспертизы. Комиссией был выявлен целый ряд грубейших нарушений, таких как подтасовка и искажение фактов, содержащихся в материалах дела, фальсификация подписей членов экспертной комиссии. Результатом работы комиссии в конечном итоге явилось решение суда о проведении повторной судебно-психиатрической экспертизы по данному делу с участием сотрудников кафедры психиатрии Волгоградского государственного медицинского университета.

Данный факт показателен тем, что ранее работа отделения судебно-психиатрических экспертиз по заявлению работающего там врача-эксперта уже проверялась прокуратурой. Выявленные нарушения в экспертной деятельности были определены прокуратурой как "сложившаяся порочная практика, которая негативно влияет на работу отделения" (копия представления прокуратуры прилагается). По результатам проверки некоторым врачам и главврачу, который уже в течение нескольких лет является главным судебным психиатром области, были вынесены выговоры.

Позже, в августе 2003 года, я участвовал в работе комиссии Комитета по здравоохранению Волгоградской области по проверке стационарной психиатриче-

ской помощи в областной клинической психиатрической больнице № 2 в плане профилактики общественно-опасных действий психически больных и соблюдения Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании". Мною и другими членами комиссии и здесь был выявлен целый ряд нарушений вышеуказанного Закона.

Проверка выполнения экспертно-диагностической работы в отношении лиц, совершивших общественно опасные действия, находящихся на стационарной судебной психиатрической экспертизе, показала грубые нарушения в оформлении текущей медицинской документации во 2-ом отделении больницы. Во многих историях болезни полностью отсутствовали записи врача эксперта и предварительный клинический диагноз в течении 2 – 3 недель со дня поступления, не оформлялись акты уже проведенных стационарных судебно-психиатрических экспертиз. Выявлены случаи неоказания лечебной помощи подэкспертным больным с психотическими состояниями.

Анализ историй болезни призывников, находящихся в больнице для прохождения военно-врачебной экспертизы выявил те же нарушения: в историях болезни не оформлялись заседания ВВК и ВК отделения. В них также отсутствовали дневниковые записи ведущего врача-эксперта до 15 дней.

Подобная практика ведения дел приводила к тому, что неоднократно возникавшие с пациентами несчастные случаи, побеги, суициды официальным образом администрацией больницы не расследовались и не отражались приказами главного врача Баканова М. Ю.

В ходе проверки были выявлены также недостатки в организации режима содержания больных, нерациональность подбора и расстановки персонала стационара, что является причиной недостатков в осуществлении лечебно-диагностического и реабилитационного процесса. Возникло также много вопросов, касающихся финансовой, кадровой и правовой деятельности администрации. В период работы комиссии, в которой я участвовал совместно с другими ее членами, администрация больницы всячески препятствовала предоставлению необходимой документации.

Все материалы комиссии, а также рекомендации по исправлению выявленных нарушений и недостатков были направлены в областной Комитет по здравоохранению Волгоградской области, однако никаких

мер со стороны руководства Комитета и администрации больницы принято не было.

Являясь консультантом 2-го отделения и в настоящее время, я должен отметить, что по-прежнему администрацией больницы, а, следовательно, и медперсоналом не соблюдаются права и законные интересы госпитализированных лиц, что неоднократно отмечалось на планерках, проводимых заведующим кафедрой. Так, в диагностической и лечебной работе 2-го отделения по-прежнему имеются грубые нарушения требований Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” (статьи 5, 30, 37).

Почти все пациенты, находящиеся в ВОКПБ № 2 подписывали согласие на госпитализацию и лечение. Давая согласие на добровольную госпитализацию, пациенты рассчитывают на гуманное и уважительное отношение к себе, но это их право нарушается, и они вынуждены необоснованно, без необходимых показаний длительное время находиться в режиме физического стеснения и изоляции, часть из них — за решеткой под строгим наблюдением, лишенные основных прав, предусмотренных ст. 37 Закона. Больные не выводятся на прогулки в течение всего времени пребывания в больнице. Не ведется должного динамического наблюдения за состоянием пациентов. Имеются случаи, когда не проводится совместный осмотр больного с заведующим отделением и не выставляется клинический диагноз в течение 2 – 3 недель пребывания больного в стационаре. Многие впервые госпитализированные больные не направляются на консультацию сотрудникам кафедры. В историях болезни нет дневниковых записей до 2-х месяцев. Персонал не осуществляет необходимого контроля поведения пациентов, сотрудники часто находятся не на своих рабочих местах, собираются в подсобных помещениях отделения, а больные предоставлены сами себе. Строгое наблюдение за больными осуществляется один санитар на 3 палаты на 20 мест, усиленное наблюдение не ведется.

Наблюдаются случаи госпитализации в отделение психозов не по показаниям, а по устному распоряжению начмеда, ссылающейся на главврача, якобы получившего распоряжение от председателя Комитета по здравоохранению Волгоградской области.

Лица, находившиеся на стационарной СПЭ и ВВК, не направляются на консультацию сотрудникам кафедры. Неоднократно предпринимались административные меры по недопущению сотрудников кафедры к историям болезни, в том числе подэкспертных больных. Этот факт вызывает тем большее недоумение, что мне известно заключение комиссии Института им. Сербского по проверке работы психиатрической больницы специального типа в селе Дворянском Волгоградской области, в котором указывалось на необходимость более широкого участия кафедры психиатрии ВолГМУ в лечебно-диагностической работе с подэкспертными пациентами.

Несмотря на мои устные и письменные замечания в историях болезни консультируемых мною больных и в журнал замечаний ассистента отделения, письменных докладов заведующему кафедрой, выявленные недостатки в работе и нарушения Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” продолжаются.

07.03.04 г. мною было направлено письмо в Департамент организации и развития медицинской помощи населению Минздрава России. В полученном ответе за подписью Руководителя Департамента А. В. Смирнова содержалось указание Комитету здравоохранения области провести проверку указанных в моем письме фактов, при необходимости с привлечением правоохранительных органов, но никаких действий со стороны Комитета по здравоохранению до сих пор не предпринято.

Все факты, изложенные в настоящем обращении к Вам, свидетельствуют о бездействии и, на мой взгляд, об активном нежелании администрации органов здравоохранения области вмешиваться в сложившуюся ситуацию.

Поскольку выявленные нарушения касаются, в том числе, и проведения судебно-психиатрических экспертиз, то они доведены мною до сведения главного судебного психиатра МЗ РФ академика Т. Б. Дмитриевой.

В связи с тем, что в моей педагогической и лечебной деятельности администрация больницы создает мне определенные сложности и чинит препятствия, у меня возникают сомнения, прав ли я, когда требую (руководствуясь Законом РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”) оказания больным, находящимся на СПЭ, достаточного объема и качества диагностической и лечебной помощи, недопущения небрежного ведения историй болезни (когда по 2 – 3 недели, не выносится предварительный клинический диагноз, не ведутся дневниковые записи, не назначается необходимое лечение, выставляется необоснованный клинический диагноз). Я считаю, что моей гражданской и профессиональной обязанностью является защита прав пациентов.

Не могу быть согласным с существующей в нашей больнице практикой, когда психолог, участвующий в судебной комплексной психолого-психиатрической экспертизе, выносит свое заключение спустя 2 недели после того, как экспертиза состоялась.

Помимо сказанного, мне не совсем понятно, имею ли я право проводить лечебно-консультативную работу в отделении с подэкспертными лицами, проводить их клинические осмотры, выносить свое заключение по клинической диагностике и давать рекомендации по лечению.

Прошу Вас выразить свое мнение по этим вопросам.

С уважением,
Ассистент кафедры психиатрии, наркологии,
клинической психологии Волгоградского
государственного медицинского университета
к.м.н. Власов Валерий Николаевич

Уважаемый Валерий Николаевич!

Вы все сами превосходно выразили в своем письме. Мне остается только солидаризоваться с Вами и выразить сожаление по поводу того, что все, о чем Вы пишете, стало настолько обычной практикой, что не вызывает у немалого числа наших коллег никакого противодействия.

На моей памяти именно такое понимание специфики работы судебного психиатра проявилось в 1970-е годы в стенах самого Центрального института судебной психиатрии им. В. П. Сербского: дело су-

дебного психиатра — только экспертиза, а лечение — лишь помеха этому.

Что касается Вашего права, как сотрудника кафедры, работать с подэкспертными, — оно несомненно по элементарному здравому смыслу и, конечно, профессиональному долгу. Другое дело, что врачи экспертных отделений, в свою очередь, вправе принимать или не принимать во внимание наши с Вами мнения. Но они обязаны их фиксировать и обосновывать собственную позицию.

Ю. С. Савенко

ХРОНИКА

15 лет НПА России

22 – 24 мая 2004 г. состоялся XI юбилейный съезд НПА России, ознаменовавший ее 15-летие. Приветствие Всемирной психиатрической ассоциации и открытие съезда академиком Андреем Ивановичем Воробьевым и Людмилой Михайловной Алексеевой — президентом Международной Хельсинкской федерации и Московской Хельсинкской группы, отразила единство основных позиций лучших представителей профессионального сообщества и широкой общественности, философов, социологов, психологов, медиков разных профессий и, наконец, психиатров обоих всероссийских обществ, в частности, в лице председателя Российского общества психиатров проф. В. Н. Краснова, и даже ряда наших постоянных оппонентов.

Этому поспособствовала тема съезда — “Профессиональные идеалы и новая действительность”. Современная российская действительность — это грандиозная нищета нашего здравоохранения. Это — отсутствие в России политики психического здоровья и полное равнодушие власти к самой уязвимой категории граждан — психически больным. Профессиональные идеалы — это то, что дает возможность достойно пережить это трудное время. Идеалы — модус реального, а не идеального бытия, они историчны, конкретны, веществны. Образ идеального врача и идеального поступка, образ идеальной науки и идеального исследования, образ идеальной службы психиатрической помощи неизбежно присутствуют в каждом психиатре, организуют и мотивируют его.

Съезд обсудил:

- Уничтожение ростков состязательной экспертизы, ее фактически полное огосударствление, монополизм Центра судебной психиатрии им. Сербского и ультиматум Министерства юстиции РФ: вычер-

кнуть из Устава Ассоциации право на проведение экспертиз.

- Попытки в течение пяти последних лет урезать демократические завоевания Закона о психиатрической помощи 1992 г. и фактически отказаться от гарантий финансирования психиатрической службы.
- Неисполнение в течение 12 лет статьи Закона о создании “независимой от органов здравоохранения” службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, которая является внутренней гарантией исполнения Закона.

- Проторение общественного контроля на примере совместного с Московской Хельсинкской группой первого общественного мониторинга 93 психиатрических стационаров 61 региона страны, показавшего грубое несоблюдение закона, прежде всего, самим Правительством.

Итак, Ассоциации удалось осуществить первый масштабный общественный контроль, продвинуть создание службы защиты прав пациентов, добиться отзыва законопроекта, сворачивающего демократические завоевания Закона, и противостоять в течение последних трех лет попытке ликвидировать независимую экспертизу. Состоялось живое, творческое и откровенное обсуждение самых острых вопросов. Атмосфера съезда как всегда носила неформальный деловой характер. Руководство Ассоциации было избрано в следующем составе: президент Ю. С. Савенко (Москва), вице-президенты А. Н. Богданов (Архангельск), Ц. П. Короленко (Новосибирск), А. Я. Перехов (Ростов-на-Дону), Б. Н. Пивень (Барнаул), исполнительный директор Л. Н. Виноградова (Москва). Устав организации был приведен в соответствие с действующим законодательством.

История психиатрии — конгресс на родине Гиппократа

14 – 18 мая 2004 г. состоялся 18 Всегреческий конгресс психиатров, в котором приняли участие 1400 психиатров, т.е., практически все психиатры Греции.

В организации Конгресса принимала активное участие секция истории психиатрии Всемирной психиатрической ассоциации, в связи с чем основное внимание было уделено истории психиатрии. Совершенно особое звучание эта тематика приобрела благодаря месту проведения Конгресса — на острове Кос, священном острове медицины, родине отца медицины и медицинской этики Гиппократа, основоположника знаменитой косской школы. Остров Кос расположен в восточной части Эгейского моря, откуда хорошо видно малоазиатское побережье и совсем недалеко от о-ва Патмос, где написан Апокалипсис. Торжественная церемония открытия с театрализованным представлением и лекцией о гиппократическом духе состоялась в Асклепионе, где работал великий Гиппократ и сформировалась его школа.

Благодаря совместным усилиям ВПА и Греческой психиатрической ассоциации, прежде всего ее президента проф. Георга Христодоло, на Конгрессе состоялось масштабное представление докладов по истории психиатрии в самых разных аспектах: стран и регионов, различных проблем, общенаучных тенденций и т.д. На одном из центральных заседаний Конгресса, посвященном будущему психиатрии, лидеры Всемирной психиатрической ассоциации — проф. Мезнич, проф. Кокс, проф. Монтенегро, проф. Коста и Силва, проф. Ахмед Мохит и др. познакомили при-

существующих со своим видением путей развития современной психиатрии. Около 100 приглашенных лекторов, в том числе ведущие представители национальных психиатрических обществ многих стран США, Великобритании, Австрии и Швейцарии, Аргентины и Японии, а также психиатрических обществ Восточной Европы и Балканских стран и др., выступили с докладами на темы, актуальные для современной психиатрии. Президент НПА России Ю. С. Савенко представил доклад «Понятие “потребитель психиатрической помощи” как симптом кризиса и упадка психиатрии», который получил заинтересованные отклики лидеров ВПА.

На Конгрессе состоялась встреча 12 президентов психиатрических обществ Восточной Европы и Балканских стран (в том числе, Армении, Грузии, Украины, Румынии, Болгарии и др.), которые участвуют в недавно созданной институциональной программе Всемирной психиатрической ассоциации по этому региону. Собравшиеся обсудили перспективы развития программы и наметили пути дальнейшего сотрудничества.

Кроме того, в Конгрессе на острове Кос участвовали члены Исполкома Иракского психиатрического общества, которые сообщили коллегам о ситуации в Ираке, влияющей на психическое здоровье населения. Конгресс принял специальную Декларацию, в которой выразил свою обеспокоенность ситуацией в Ираке и свою солидарность с иракскими психиатрами в их самоотверженной деятельности по поддержанию психического здоровья населения.

Нейропсихиатрическая ассоциация Аргентины
при поддержке Всемирной психиатрической ассоциации

**ВТОРОЙ ЛАТИНО-АМЕРИКАНСКИЙ
И ШЕСТОЙ АРГЕНТИНСКИЙ
НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКИЕ КОНГРЕССЫ**

1 – 3 сентября 2004 г., Виэнес-Айрес, Аргентина

E-mail: info@stpweb.com.ar; Website: neuropsiquiatria.org.ar

НЕКРОЛОГ

Рахиль Григорьевна Голодец

01.01.1916 – 24.10.2003

С уходом Рахиль Григорьевны Голодец отечественная психиатрия лишилась одного из наиболее выдающихся клиницистов в самом высоком смысле этого слова, хранителя высоких традиций как клинической феноменологии, так и строго научного аналитизма морфологической школы. В самой ее натуре с незаурядной силой были выражены те же, казалось бы, противоположные свойства: мягкость и стойкость. Проникновенная, глубоко и полно вчувствующаяся доброжелательность и верность человеческим, врачебным, научным и гражданским идеалам.

Рахиль Григорьена родилась в небольшом белорусском городке Озаричи 01.01.1916 г. в большой многодетной трудовой еврейской семье. После окончания с отличием II Московского медицинского института в 1939 г. она поступила в аспирантуру к проф. В. А. Гиляровскому, ассистент кафедры которого Иосиф Ильич Лукомский стал ее мужем. Хотя война застала Р. Г. с маленьким сыном на руках, она не только все время работала в Томском специализированном военном госпитале — базе Московского НИИ психиатрии под руководством проф. А. С. Шмарьяна, но — обобщив большой опыт лечения последствий боевых черепно-мозговых травм — успешно защитила в 1944 г. кандидатскую диссертацию. А между тем, это были для нее не просто суровые годы — один из братьев стал жертвой политических репрессий, родители были уничтожены немцами, а муж был в партизанском отряде. С возвращением из эвакуации Р. Г. продолжила научную работу в Московском НИИ психиатрии под руководством А. С. Шмарьяна. В 1949 г. у нее родилась дочь. А в 1951 г. грянули Павловская сессия и Дело врачей. А. С. Шмарьян и В. А. Гиляровский были главными мишениями обвинений 2-ой Павловской сессии. Иосиф Ильич благоразумно уехал в Архангельск, где заведовал кафедрой до 1957 г., а Рахиль Григорьевна с детьми осталась в



Москве, проживая до 1963 г. на территории Донской больницы. Она продолжала работать в Институте психиатрии в отделе проф. Иосифа Григорьевича Равкина, будучи его правой рукой, а впоследствии наследником.

В 1964 г. Рахиль Григорьевна успешно защитила докторскую диссертацию. Сама тема диссертации Р. Г. стала источником тяжелых испытаний. Она коснулась темы, которая секретилась, которая была неприкасаемой. Это давняя традиция — “в России нет глухих”, “нет секса”, и, конечно же нет пострадавших от “хронического действия малых доз ионизирующего излучения”. Делать эту работу, а потом защищать ее, стало хождением по мукам. При всей научной значимости

этой пионерской работы, — первой по этой тематике в мировой литературе, — главное, что поражает и восхищает в ней, это многочисленные подробные клинические описания. В, казалось бы, самом обыденном, “неинтересном” астениическом синдроме Р. Г. сумела выпукло передать удивительное полноэзвучие и разнообразие его вариантов. Эта работа была целиком в духе направления Иосифа Григорьевича Равкина — основоположника отечественной экологической психиатрии. Р. Г. наибольший вклад внесла в клинику экзогенно-органических расстройств психической деятельности, — различных этапов течения травматической болезни, последствий интоксикационных и нейровирусных поражений нервной системы, в клинику и феноменологию эпилептических психозов. Р. Г. автор около 300 работ, под ее руководством были защищены 28 кандидатских и 6 докторских диссертаций. А в скольких диссертационных работах она выступала оппонентом и рецензентом! В 1966 г. Р. Г. была рецензентом и моей кандидатской диссертации. Какая вдумчивая основательная деликатная доброжелательная и при этом без каких-либо поблажек работа проводилась ею при этом! Сколь

многие ей обязаны. Сколько труда и терпения она вкладывала. Она была наделена редким даром прирожденного педагога.

Всюду, где Р. Г. работала, она оставляла по себе долгую благодарную память, — на оборонном заводе в Москве еще до поступления в медицинский институт, в Томской областной психиатрической больнице, отправившей ее в 1958 г. приветственный адрес спустя 15 лет после отъезда, в психиатрической больнице № 4 им. Ганнушкина, сотрудники которой писали ей: “Нам всем — врачам, среднему и младшему персоналу — невозможно себе представить больницу без Вас... Вы учите нас не только психиатрии, но и многому другому: во-первых, — трудолюбию. Мы не знаем никого другого, кто бы ежедневно, с первых минут появления в клинике столько тружился, как Вы. Все Ваше время Вы отдаете больным, лечению больных, учебе врачей и научной работе. Во-вторых, Вы учите истинному сочувствию к больному, неподдельному интересу и уважению к его личности, умению слушать его и великому искусству разговаривать с ним. Ваши беседы с больными и клинические разборы являются прекрасными уроками психиатрии, доставляющими истинное эстетическое удовольствие. В-третьих, всем своим поведением, без лишних слов, Вы воспитываете у Ваших сотрудников уважение к труду врачей... И, наконец, Вашей отзывчивостью, доброжелательностью, откликаемостью и готовностью прийти на помощь каждому, кто нуждается в ней...”

Ошеломляла профессиональная память Р. Г.: она помнила в подробностях истории болезни многих сотен больных и поэтому вызревавшая в ней клиническая типология обладала особенной ценностью. Четкая организация памяти, ясное понимание обстановки, критический ум никогда не покидали ее. Ясность ума и памяти Р. Г. сохранила до конца жизни, вопреки возрасту и мучительной болезни.

Р. Г. с редкой проникновенностью говорила о своих Учителях. Ей пришлось видеть их не только во славе, но и в унижении. Вспоминая их, она — всегда очень сдержанная — говорила сильно и страстно. Этот скрытый огонь всегда был в ней. Совершенно безбоязненно, не в пример многим, она не только вступила в ряды Независимой психиатрической ассоциации России, но также охотно приняла участие в предпринятом нами исследовании монахов буддистской организации “Учение Истины АУМ”. Р. Г. сама была Учителем с большой буквы, редкостно высоким Мастером, который учил всему собственным примером. Душевная атмосфера, которую она создавала, обеспечивала доверие даже очень тяжелых больных, и на нее в самом деле можно было положиться.

Нельзя не отметить широкий культурный горизонт и тонкость художественного вкуса Р. Г., ее любовь к искусству — театру, живописи, пластике, архитектуре. Она успела повидать Средиземноморье и несколько раз Париж, где с 1993 г. проживала дочь. Дети Р. Г. и И. И. Лукомского — Михаил и Марина стали психиатрами.

Мне не приходится делать усилия, вспоминая Р. Г., она легко возникает перед глазами и ее образ сразу вызывает ясное для всех впечатление — какая у нее большая полная душа, как все ее естество наполнено таким реальным и таким нематериальным образом. И какая живая! Настолько, что быть может, этот некролог превратился в юбилейную статью.

Рахиль Григорьевна Голодец и Иосиф Ильич Лукомский — одна из замечательных супружеских пар-профессионалов. Этот союз, вопреки всем трудностям и всем трагическим обстоятельствам, оставался плодотворным и счастливым всю жизнь.

Ю. С. Савенко

Собрание секции “СМИ и психическое здоровье” Всемирной психиатрической ассоциации

20 – 21 сентября, 2004 г., Востон, США

E-mail : materazzi@arnet.com.ar

Несведущий медик

Он — буйвол на кольце; заменщик палача;
Звон от пощечины, отвшенной сплеча;
Дедила с бородой; неведатель приличий;
Двукратный гробокрад; сверло мошны мужичьей;
Врач в смысле том, что враль, а можно в том, что
враг;
Мост, что проваливать назначен бедолаг;
Бредущих по нему, и в том — его отрада;
Коса погибели; метла честного града;
Убийца, чья рука разит наверняка;
Раздатчик милостынь пустого кошелька.
Концы своих усов он обратил в затычки
Для собственных ушей — чтоб не нажить
привычки
Внимать излишнему, — и, сей наметив путь,
Уроков лейденских не перебрал отнюдь;
Мир тесен для него: судя по всем приметам,
Посредничает он меж тем и этим светом —
Воздать бы похвалу занятию сему,
Коль не влекло б оно во гробовую тьму.
Нет проку от лекарств — есть польза от моренья:
С могильщика процент он взыщет без зазренья.
Он примется лечить, лишь замаячит мзда,
Но размышлять при том не даст себе труда:
Зубная, скажем, боль — одна из худших казней —
Проходит тем верней, чем средства несуразней.
Он не копается в премудром естестве —
Что щупать, что смотреть, коль пусто в голове?
Названья поменять — глядишь, случится чудо.
Он подает всегда одно и то же блюдо.
Но позаботится, чтоб новым был сосуд:
Среди святых и то — новейших выше чтут.
Капризы тоже впрок: для них стократ охотней
Врач обратит стопы к просторной подворотне
У дома роскоши; его расчет таков:
Там кукла хворая средь золата и шелков
Лежит, закутана в заморские уборы.
— Здоровы ль, госпожа? — Нет сил на разговоры.
— Кружится голова? — Вращается весь дом!
— Не мучит ли мигрень? — Терплю с большим
трудом!
— Желудок варит ли? — Ах, право, в нем ли дело!
— Как с нижней стороны? — Уж я забыть успела,

Что было и когда! — А есть ли боль внутри?
— Все время, и урчит с зари и до зари!.
— Ну-с, выслушаем пульс. Не должно падать
духом:
Фестиним несколько. Болезнь вселилась в
брюхум!
Ректильный газ в кишках расширился весьма,
Творит перикулюм витальности ума —
Вот radix жалоб всех! Кишок покинув дебри,
Газ поднимается, чиня ущерб церебре,
Вертиго там царит хорибильное, — эст
Хворь должно истребить, и пер один присест!
Симптомы налицо, де-факто и де-визу.
Исчезнет кауза, коль газы снайдут книзу:
Вернется статус-кво! Мужайтесь, госпожа,
Я уврачу вас, все силы приложа.
Здоровью вашему не должно жить убыtkom!
Смирите, право, дрожь пред горьким сим
напитком!
Но — пейте мой декокт, а более — ничей!
Адверсы снадобья у всех иных врачей!
Я буду девять дней ваш верный провожатый,
И льщу себя от вас услышать на десятый:
“Здоровье! Ты со мной! Вернулся аппетит!
О прежней хворости мне мысль сама претит!..”
Пофрыштыкает впрямь в десятый день больная,
Болезни липовой с минуты сей не зная.
Вам, горожане, сим примером дан укор:
В деревне бы сидеть тому, кто вправду хвор,
И лучше лекарь пусть вас лечит сельский,
скромный,
Чем оный эскулап с латынью зуболомной.
Мне говорят, мол, так назначено в судьбе:
Тот спотыкается, кто учится ходьбе,
Тот заикается, кто говорит, — и стекол
Стекольщик никогда ужели не раскокал?
Нет! Буду уважать скорее палача,
Что рубит яблоки, суть ремесла уча,
Что изрубить в щепу немало должен чучел,
Удар излишний, чтоб казнимого не мучил,
И не был смертный миг сверх меры омрачен:
Бог милостив к тому, кто вправду обречен!

К. Хёйгенс¹

¹ Константин Хёйгенс (1596 – 1687), великий нидерландский поэт и отец великого математика Христиана Гюйгена (одна и та же фамилия устоялась в России в двух написаниях), создал свой цикл “Назидательных картинок”, откуда взято это стихотворение, в 1623 г. в родной Гааге, однако более 250 лет этот цикл не выходил отдельной книгой даже на родине поэта: слишком “портретна” была его словесная живопись, и даже потомки боялись оскорбить память некоторых современников поэта, между тем перед нами — уникальный образец “словесной” живописи, сродни живописи “малых голландцев”, не имеющий аналогии в мировой литературе.

Редакции выражает благодарность переводчику Евгению Витковскому за разрешение на эту публикацию.

О патографии

“Засолка огурцов несколько отличается от квашения капусты”

А. Ф. Наместников. Консервирование плодов и овощей в домашних условиях. М., 1977. с. 156.

Биографии, особенности характера, свойства личности выдающихся людей издавна профессионально интересовали и волновали, исследователей-историков, философов, литераторов, а позднее психологов и психиатров и даже журналистов. Античная литература доклассического и классического периодов не интересовалась психологией человеческого индивидуума. Интерес к ней появился в позднеантичный период. Может быть к первым серьезным и основательным попыткам такого рода следует отнести произведения Плутарха (1), пытающегося объяснить законы человеческой души, Гая Светония Транквилла (2), бесстрастно и обстоятельно излагавшего важнейшие исторические события и на их фоне биографические сведения цезарей, начиная с их наружности, привычек, черт характера, здоровья, одежды, сна, вплоть до участия их в важнейших событиях современной римской истории. Говоря современным языком, этот жанр можно назвать “психологически-биографическими очерками”. Плутарх, исходя из моралистического принципа, пытался все же идеализировать своих героев, притеняя их неблаговидные поступки, и если он и изобличает пороки, то неизменно стремится выявить причины дурных действий и, насколько это возможно, отыскать смягчающие обстоятельства. Современному читателю эти повествования, возможно, уже кажутся довольно сухими, отстраненными, дискретными, фактологическими. Можно сказать, что в них отсутствуют с одной стороны литературные “красивости” стиля и остается лишь повествование типа “это было так”, а с другой стороны авторы оставляют читателю самому домысливать связи между воспитанием героя, влиянием исторической среды на его развитие и характером его жизни и действий. Разумеется, о диагностике их психического состояния речи не было. Позволив себе на правах автора сделать гигантский скачок через века, упомяну произведение Г. И. Чулкова (3), также посвященное императорам, в котором уже видно романическое описание жизни и деятельности пяти российских императоров, и в котором выступает красочно-эмоциональное начало с попыткой, по словам автора, встать на точку зрения самих царей. Он уже и называет свое творчество “психологическими портретами”.

Согласно обзору истории психиатрии, проведенному Ю. В. Каннабихом (4), конец XIX века является началом нозологической эры (эпоха Крепелина). С той поры исследователями психиатрами, психологами предпринимаются попытки клинического анализа творчества известных деятелей искусства, литературы, политики. Резкий пик такого рода творчества относится к началу XX века. Эта отрасль психиатрического анализа получает название “патографии”. Слово “патография” введено в употребление П. Дж. Мебиусом, который хотя и не является родоначальником научной работы в этой области (первые патографии принадлежат французам — Лелю, Вер-

га), однако должен быть признан непревзойденным до сих пор классиком такого рода исследований (патографии Гете, Руссо, Шопенгауэра, Ницше, Шумана). По определению Бирнбаума патография — это биография, составленная под углом зрения патологии и освещющая не только историю жизни личности, но и творчество. Как правило, патография занимается психопатологическим изучением жизни и деятельности великих, гениальных и замечательных людей.(5)

В широком значении “патографическими” произведениями можно считать те, в которых собственно биографический аспект дополняется сведениями о болезни человека, патологических проявлениях личности в связи с его исторической или творческой деятельностью. Естественным образом биография полководца связывается с военными баталиями его времени, биография художника с существовавшими живописными стилями, литератора с литературными направлениями. Это кажется уместным. Патография добавляет “третье измерение” биографии. Наряду с жизнью и историей появляется болезнь.

Жизнеописатели прошлого также упоминали в истории жизни и необычные проявления характера и своеобразие поступков, которые при современном психопатологическом рассмотрении могут быть квалифицированы, как проявления душевных расстройств с проведением соответствующей дифференциальной диагностики, а при желании и рекомендациями по возможному лечению (сегодня порой на то, что в иные времена не было современного набора медикаментов).

Целью представленных заметок не является ни анализ патографических произведений, ни рассмотрение проблемы соотношения болезни и гения, но лишь постановка некоторых, связанных с патографией вопросов.

Что же привлекает авторов патографических статей и исследований?

Стремление показать, что, несмотря на психическое или физическое страдание (заболевание), а может быть, благодаря ему, той или иной исторической личности удалось встать выше других, современных ей творцов?

В этом контексте невозможно не упомянуть Чезаре Ломброзо (6), который прямо пишет, что его теория дала ему “ключ к уразумению таинственной сущности гения”, и лучше него пока никто не написал на эту тему.

А может быть, лукавая попытка оказаться рядом с громким именем, к тому же в положении имеющего право или считающего возможным рассуждать о его достоинствах и недостатках, а также и болезненных проявлениях личности? (Сами посудите: кто главнее, тот, кто написал “Му-Му” или я, который написал о том, кто написал “Му-Му”? Он знает только про “Му-Му”, а я и про “Му-Му” и про него).

Как представить сочетание выдающейся личности и его болезни, взаимовлияние их, как показать, внесла ли

выявленная патология ущерб или напротив способствовала тому, что личность стала выдающейся? Благодаря или вопреки? Что даст читателю или исследователю творчества данной личности знание подробностей болезни? В каждом патографическом случае характер подобного анализа зависит не столько от объема имеющейся у автора информации, сколько от мировосприятия и моральных представлений автора. Т. В. Сегалин (7) даже предлагал создать особую научную дисциплину — эвропатологию, как область психопатологии, которая занимается изучением патологии великих людей и патологии творчества и вырастить в связи с этим новых врачей — эвропатологов, которые сами должны быть художниками, музыкантами, изобретателями, чтобы подходить к явлениям творчества, как к нечуждому их личному психическому опыту. К. Ясперс (8) писал, что в патографический анализ литературных произведений “надо включать знатоков языка и языковых возможностей, причем таких, которые владеют понятийным аппаратом для соответствующего анализа”. Он же считал, что “вполне адекватно воспринимать патографию может лишь тот, кто включает в круг своего чтения жизнеописания душевнобольных”.

По сути дела, каждый врач участвует в производстве патографических произведений, создавая историю болезни пациента. Каждая врачебная история болезни является, в сущности, маленьким патографическим произведением, включающим в себя историю жизни, историю заболевания и связи их с социальной, общественной и личной жизнью пациента. Однако, издавна, со времен Гиппократа (9), считалось невозможным сообщать кому-либо сведения, узнанные о больном или от больного. В случае с произведениями патографов возникает ситуация, когда никто и не спрашивает их о болезни того или иного деятеля политики, искусства, литературы, авторы сами, узнав об этом или по архивным документам или, исходя из проведенного ими психопатологического анализа творчества или поступков, торопятся сообщить об этом всем. Не коллегам-психиатрам, не специалистам по психологии творчества, не биографам того или иного деятеля, что можно было бы оправдать профессиональными интересами, а всем любопытствующим. Хочется, чтобы патографическое произведение не было историей болезни в академическом понимании, чтобы в нем, кроме объективности присутствовало и тонкое чувство предела, за который не следует заступать.

Свои патографические очерки, посвященные 28 известным историческим, политическим деятелям современности (10), авторы Р. Ассоссе и Р. Рентчник открывают предисловием, в котором говорится, что болезни политических деятелей оказывали прямую связь на течение новой истории. Это же следует и из содержания их работы.

Болезненные проявления личности могут каким-либо образом повредить окружающим: маниакальность Н. С. Хрущева (10) заставила нас долгие годы “догонять и перегонять Америку...” и поставила мир на грани ядерной катастрофы в Кубинском кризисе; а могут быть положительными: маниакальность А. С. Пушкина позволяет нам до сих пор восхищаться высотами его поэзии (11). Возможно, в первом случае адекватное лечение лидера сделало бы жизнь народов спокойнее, во втором же слу-

чае в результате лечения мы наверняка не имели бы наиболее продуктивного периода великого поэта.

При размышлении на эту тему в сознании возникает представление о двух полюсах: на одном из них непрерывное требование подтверждения “психического здоровья” для проведения того или иного вида общественной деятельности (законность этого под вопросом), на другом полная свобода в творческих проявлениях личности (до последнего времени ограничивающаяся законом).

Смысл истории болезни в том, чтобы на основе данных истории жизни, истории заболевания и связи их с социальной, общественной и личной жизнью пациента установить диагноз, назначить лечение и зафиксировать выздоровление или улучшение состояния.

В чем же можно усматривать прикладное значение патографических произведений?

П. М. Зиновьев в своей статье (5), перечисляя цели патографической работы, большое внимание уделял клиническому значению этих исследований (изучение “патологических развитий”). Говоря о биографическом значении патографии, он считает, что забвение социальной сущности явления дискредитирует метод патографического исследования. Заканчивает он свою мысль, однако, тем, что социальная оценка дел великого человека не относится к сфере компетенции психиатра.

Поможет ли читателю анализ психических расстройств писателя, художника, музыканта лучше понять их произведения?

Сможет ли каким-то образом повлиять на ход будущей истории психопатологический (патографический) анализ деятельности ее предыдущих представителей — политиков?

Можно ли, учитывая опыт истории, предотвратить повторение печальных ее страниц?

Может быть, это должно стать темой для размышления, как авторов, так и читателей патографических исследований.

Читатель же специалист (клиницист) должен сделать для себя вывод о ценности и положительных свойствах в иных случаях патологии (7).

ЛИТЕРАТУРА

1. Плутарх. “Избранные жизнеописания”, в 2 т. — М., 1987
2. Гай Светоний Транквилл. “Жизнеописания двенадцати цезарей” — М., 1990.
3. Чулков Г. И. “Императоры” — М., 1991.
4. Каннабих Ю. В. “История психиатрии” — М., 1994.
5. Зиновьев П. М. “О задачах патографической работы” — <http://www.psychiatry.ru/library/ill/pr.html>.
6. Ломброзо Ч. “Гениальность и сумасшествие”. — Минск, 2000.
7. Сегалин Т. В. “О задачах эвропатологии” // Клин. архив. гениальности и одаренности, т. 1, вып. 1, 1925.
8. Ясперс К. “Стриндберг и Ван Гог” — Гейдельберг, 1925
9. Гиппократ. “Клятва врача”.
10. Pierre Accoce, Pierre Rentchnick, “Kranke machen Weltgeschichte”, “Pressegrossvertrieb Salzburg”, 1981.
11. Каменева Е. Н. “Личность и генеалогия А. С. Пушкина с точки зрения учения о конституции”. // “Психол. и неврол.”, прил. к т. IV.

Г. Котиков

РЕКОМЕНДАЦИИ

Альфред Щюц. Изранное: Мир, светящийся смыслом. — М., 2004
Эмманюэль Левинас. Изранное: Трудная свобода. — М., 2004
Жак Маритен. Изранное: Величие и нищета метафизики. — М., 2004
Жан Лакруа. Изранное: Персонализм. — М., 2004
Ортега-и-Гассет. Этюды о любви. — СПб., 2003

* * *

Карл Штумпф. Самоизложение. // “Логос”, 2003, 3(38), 80 – 128
Дмитрий Узнадзе. Общая психология. — М.-СПб., 2004
Юрий Степанов. Протей. Очерки хаотической эволюции. — М., 2004
Философия науки в историческом контексте. — СПб., 2003
Ален де Боттон. Утешение философией. — Киев, 2004

* * *

Рут Бенедикт. Хризантема и меч. Модели японской культуры. — М., 2004
Бронислав Малиновский. Изранное: Динамика культуры. — М., 2004
Бронислав Малиновский. Изранное: Аргонавты западной части Тихого океана. — М., 2004
Лесли Уайт. Изранное: Эволюция культуры. — М., 2004
Альфред Луис Кребер. Изранное: Природа культуры. — М., 2004
Н. И. Гаген-Торн. Напиток шаманов // Антропология культуры. Вып. 2. — М., 2004
Валери Жискар д’Эстен. Французы. Размышления о судьбе народа. — М., 2004

* * *

Вильгельм Дильтей. Собр. Соч., т. 3. Построение исторического мира в науках о духе. — М., 2004
Реймон Арон. Изранное: Измерение исторического сознания. — М., 2004
Патрик Хаттон. История как искусство памяти. — СПб., 2003
Питер Стайнер. Tropos logicos: философия истории Густава Шпета // Вопр. филос., 2004, 4, 154 – 163
Делир Лахути. Сталин и логика // Ibid., 164 – 169

* * *

Жак Ле Гофф. Интеллектуалы в средние века. — СПб., 2003
Этьен Жильсон. Философия в средние века. — М., 2004
Эрнст Кассирер. Философия Просвещения. — М., 2004
Ханна Арендт. Люди в темные времена. — М., 2004
Берtrand Рассел. Автобиография // Вопр. филос., 2004, 5, 150 – 154
Т. Г. Щедрина. “Я пишу как эхо другого...”. Очерки интеллектуальной биографии Густава Шпета. — М., 2004
Философы двадцатого века. Книга 1. — М., 2004
Владимир Шляпенкох. Страх и дружба в нашем тоталитарном прошлом. — СПб., 2003

* * *

Эрих Ауэрбах. Данте — поэт земного шара. — М., 2004
Этьен Жильсон. Живопись и реальность. — М., 2004
Томас Элиот. Изранное: Религия, культура, литература. — М., 2004
Юлия Кристева. Изранные труды: Разрушение поэтики. — М., 2004
Поль Вирильо. Машина зрения. — СПб., 2004
Западное литературоведение XX века. Энциклопедия. — М., 2004

* * *

Юрген Хабермас. Спор о прошлом и будущем международного права. Переход от национального к постнациональному контексту // Вопр. филос., 2004, 3, 12 – 27
Иоанна Кучуради. Философия перед лицом мировых проблем. // Ibid., 5 – 11
Философия в современной культуре: Новые перспективы (круглый стол). // Ibid., 3 – 46
О. В. Будницкий. Терроризм глазами историка. Идеология терроризма. // Вопр. филос., 2004, 5, 3 – 19
Я. И. Свирский. П. Тищенко: Био-власть в эпоху биотехнологий // Ibid., 183 – 187

ABSTRACTS

The 15-th Anniversary of the IPA of Russia

On May 22 – 24 XI Jubilee Congress of the IPA of Russia took place on the occasion of its 15-th anniversary. The greetings of the World Psychiatric Association and opening of the Congress by Academician Andrei Vorob'ev and Liudmila Alexeeva, the President of the International Helsinki Federation and the Moscow Helsinki Group have reflected unity of basic positions of the best representatives of the professional community and the general public, of philosophers, sociologists, psychologists, various representatives of medical profession and, finally, of psychiatrists of both All-Russian Societies, in particular, in the person of the Chairman of the Russian Society of Psychiatrists Prof. V. Krasnov and even of a number of our constant opponents.

That had been promoted by the theme of the Congress — Professional Ideals and New Reality. Contemporary Russian reality represents grandiose poverty of our health care. It means absence in Russia of policy of mental health and total indifference of authorities to the most vulnerable category of citizens — the mentally ill.

Professional ideals represent something that makes it possible to go through these difficult times. Ideals are modus of real, but not ideal existence; they are historical, concrete and material. The image of an ideal doctor and an ideal act, image of ideal science and ideal research, image of ideal service of psychiatric care are inevitably inherent in every psychiatrist, they organize and motivate him.

The Congress discussed the following:

- Liquidation of the roots of competitive expertise, its total placing under state control, monopolism of the Serbski Center of fo-

rensic psychiatry and the ultimatum of the RF Ministry of Justice that is to strike off the Association Charter the right to conduct evaluations.

- During the last five years attempts to curtail democratic achievements of the Law on Psychiatric Care of 1992 and actually to abolish guarantees of financing psychiatric care.

- Non-observation for 12 years of the Law Article on creation of "independent from health care bodies" service for protection of rights of patients of mental hospitals, which is an inner guarantee of observation of the Law.

- Promotion public control while conducting together with the Moscow Helsinki group the first public monitoring 93 mental hospitals in 61 regions of the country, which had revealed blatant violations of the Law, first of all, by the Government itself.

So, the Association has managed to undertake the first full-scale public control, to facilitate creation of the service for protection of patients' rights, to get recalled the draft curtailing democratic achievements of the Law and to oppose for the last three years the attempt to liquidate independent expertise. Lively creative and frank discussion of the most acute questions took place. The atmosphere of the Congress, as usual, was informal and businesslike. The leadership of the association was elected as follows: the President Yuri S. Savenko (Moscow), Vice-Presidents Anatoli N. Bogdanov (Arkhangelsk), Cezar P. Korolenko (Novosibirsk), Alexei Ya. Perekhov (Rostov-on-Don) and Boris N. Piven (Barnaul), Executive Director Liubov N. Vinogradova (Moscow).

Change of Personality of Opium Narcomania Patients

M. L. Rokhlina, A. A. Kozlov

Change of personality of opium narcomania patients is characterized by high excitability, expressed by affective instability, prevalence of istero-exitable forms of reaction, presence of non-sociability, conflict prone behavior, slight intellectual and memory reduction and idleness, which we consider as "organic

lowering of level of personality with desocialization" or peculiar psychoorganic syndrome, formed as a result of misuse of psychoactive substances. In patients using home-made opiates manifestations of psychoorganic syndrome were revealed in significantly larger degree than in patients suffering from heroin narcomania.

Mentally Disordered Defendant's Competency to Stand Trial American Paradigm

V. V. Motov (Tambov)

In the United States, a defendant must be competent for trial before (s)he can participate in the criminal justice process. The author scrutinizes the federal test of competency to stand trial and one of the state tests, their component elements, and the special role of mental health professionals in determining how a defendant's mental disorder influences his (her) competence.

Among the issues considered in this article are: parties who may raise the issue, the burden of proof, disposition of those found incompetent to stand trial, how far a state may go in its efforts to restore a defendant's competency to stand trial "psychopharmacologically", and criteria the government's interest in bringing defendant to trial should meet for medicating a defendant with antipsychotic drugs against his (her) will.

Ipochondric Neurosis. Contemporary Meaning

S. Yu. Savenko

The text, which was description of ipochondric neurosis (variety of "somatophormic disorders"—F.45 in ICD-10) in the most authoritative modern Russian handbook on psychiatry for doctors was adequately identified by only 13 from 49 respondents, i.e. 30 %, but if one includes in "ipochondric disorder" the diagnosis ipochondric development of personality" and "neurotic development of personality"

— 16 from 40 respondents, i.e. 40 %. However, together with clusters F.40 and F.41, i.e. "anxiety-phobic" and other anxiety disorders it amounts to 72.6 %. It can testify to the fact that understanding by Russian psychiatrists of ipochondric neurosis is deprived of specificity and for achieving mutual understanding it should be identified by not less than three codes of ICD-10.

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 “тираны права” — Сорокин об ошибке русской интеллигенции.
- 1998, IV: Концепция психопатологического диатеза — Полемика о путях борьбы с наркоманиями — Психиатрия и религия — Курт Гольдштейн: Принцип целостности.
- 1999, I: Курт 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 — Обессиленный 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 Мышина — Психопатологический диатез — О психическом здоровье и состоятельной 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 Бутырской тюрьмы.
- 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 Ракевича — Демединизация — Эксп. оценка психич. ретардации.

Материалы для публикации присыпать по адресу:

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

Статьи следует сопровождать резюме для перевода на английский язык

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

Адрес для корреспонденции: 121019, Москва, Новый Арбат, 11-1922.

Российский исследовательский центр по правам человека. НПА России