

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

I

2008

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
М. Е. Бурно
Л. Н. Виноградова
Б. А. Воскресенский
В. Е. Каган
Г. М. Котиков
А. Ю. Магалиф
В. В. Мотов
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
Mark Burno
Liubov Vinogradova
Boris Voskresenski
Victor Kagan
Grigori Kotikov
Alexander Magalif
Vladimir Motov
Vladimir Prokudin

Сдано в набор 25.03.2008. Подписано в печать 03.04.2008. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Тираж 1000 экз. Заказ № 2008-01-ИРА.

Цена свободная

Оригинал-макет подготовлен в издательстве “Фолиум”, 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 58
тел./факс: (495) 482-5590, 482-5544, E-mail: npz@folium.ru
Отпечатано в типографии издательства “Фолиум”, 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 58

СОДЕРЖАНИЕ

СТОЛЕТИЕ ЖУРНАЛА “СОВРЕМЕННАЯ ПСИХИАТРИЯ” (1907 – 1917)	5
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
<i>Реформа психиатрической помощи</i>	
Реформа психиатрической помощи в странах Восточной Европы и на Балканах — Душица Лесик-Тошевки (Белград, Сербия)	7
Реформа психиатрической помощи в Греции — Георгий Кристоуду (Афины, Греция)	12
<i>Дискуссия: “социальная опасность” в психиатрии</i>	
О проблеме “социальной опасности” психически больных — А. Г. Гофман	16
Опасность лиц, страдающих психическими расстройствами, в исследованиях и практике — С. В. Полубинская	19
Только психопатологически выводимая социальная опасность — предмет психиатрии — Ю. С. Савенко	24
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Катамнез случая “аутоперсонамнезии как <i>déjà vu</i> ” — В. Г. Остроглазов.	32
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
<i>Законотворческая инициатива НПА России</i>	
Концепция и	48
Проект Федерального закона “О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации”	53
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Дело в Йошкар-Оле — снова политика в психиатрии	64
Шизофрения как “реабилитационный диагноз” — Ю. С. Савенко	73
“Беда, коль пироги начнет тачать сапожник...” — Ю. Н. Аргунова.	73
СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ	
Психически больные в пенитенциарных учреждениях: медицинская помощь, фиксация, предсказание сексуальных рецидивов. Завещательная дееспособность. Способность предстать перед судом — В. В. Мотов (Тамбов)	76
ПСИХОТЕРАПИЯ	
О посветлении качества духовной жизни больных шубообразной шизофренией вне шуба — М. Е. Бурно	83
ИСТОРИЯ	
Малоизвестные архивные источники о Н. В. Краинском (1869 – 1951) — И. И. Щиголев (Брянск)	86
Леонид Исаакович Марогулов (1903 – 1964) — Л. М. Литвак (Израиль)	89
ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ	
Смертельно больной на цепи	91
ХРОНИКА	
38-я статья закона о психиатрической помощи будет реализована!	93
Семинар для сотрудников общественных приемных правозащитных организаций	94
Реформа или способ экономии не только на больных, но и на психиатрах.	95
Три года принудительного лечения за “особую опасность”, которой не было	95
РЕКОМЕНДАЦИИ	98
АННОТАЦИИ	99

CONTENT

100-TH JUBILEE OF THE JOURNAL “CONTEMPORARY PSYCHIATRY” (1907 – 1917).	5
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
<i>Reform of psychiatric care</i>	
Psychiatric reform in the Eastern Europe and the Balkans	
— D. L. Tosevski (Belgrade, Serbia)	7
Mental health reform in Greece — G. Christodoulou (Athens, Greece).	12
<i>Discussion: “Social danger” in psychiatry</i>	
On the problem of the mentally ill’s “social danger” — A. H. Hofman	16
Problem of danger of the persons, suffering of the mental disorders, in research and practice	
— S. V. Polubinskaya.	19
Psychiatry should deal only with social danger	
which can be ascertained psychopathologically — Yu. S. Savenko	24
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Catamnesis of the case of autopersonamnesia as déjà vu — V. G. Ostroglazov	32
PSYCHIATRY AND LAW	
<i>The IPA of Russia’s lawmaking initiative</i>	
Conception and	48
Draft of the Law “Making alterations of some legal acts of the Russian Federation”.	53
FROM AN EXPERT’S DOSSIER	
The Ioshkar-Ola case — there is abuse of psychiatry again.	64
Schizophrenia as “rehabilitation diagnosis” — Yu. S. Savenko.	73
Legal comments — Yu. N. Argunova	73
FORENSIC PSYCHIATRY	
The mentally ill in penitentiary facilities: medical help, psychical restriction,	
prediction of sexual recidivism. Testamentary capability.	
Competency to stand in front of the court (review) — V. V. Motov (Tambov)	76
PSYCHOTHERAPY	
On enlightening quality of spiritual life of “schub”-like schizophrenia patients	
outside “schub” — M. E. Burno	83
HISTORY	
From little known archival sources on N. V. Krainski (1869 – 1951)	
— I. I. Schigolev (Briansk)	86
Leonid Isaakovitch Marogulov (1903 – 1964) — L. M. Litvak (Israel)	89
DOCUMENTS OF EPOCH	
Mortally ill is chained	91
CHRONICLE	
The Article 38 of the Law on Psychiatric Care will be implemented!.	93
Seminar for the employees of the human rights organizations’ reception rooms	94
Psychiatric reform as ways of economy at the expense of patients and psychiatrists	95
Three years of involuntary treatment for “special danger” which was absent.	95
RECOMENDATIONS.	98
ABSTRACTS	99

СТОЛЕТИЕ ЖУРНАЛА “СОВРЕМЕННАЯ ПСИХИАТРИЯ” 1907 – 1917

В истории отечественной психиатрии нельзя пройти мимо журнала “Современная психиатрия”, известного как “журнал Ганнушкина”, “журнал левых думцев”, “журнал эпохи между двух революций”. Возникший в эпоху постреволюционной реакции и вопреки этой реакции, во время которой половина земских врачей была подвергнута административной каре, а самые выдающиеся главные врачи психиатрических больниц вынуждены были уйти со своих постов, этот журнал выполнил поставленные себе задачи.

“Предпринимая издание нового психиатрического журнала, редакционный кружок “Современной Психиатрии” имел в виду стремиться к тому, чтобы придать своему органу вполне определенную физиономию, как в смысле научного и общественно-направленного, так и в смысле характера выполнения намеченной программы. Редакция чувствовала нарождающуюся в русском психиатрическом мире потребность в таком органе, который, с одной стороны, живо откликался бы на новые идеи и течения современной научной психиатрии, а с другой — быстро, беспристрастно отмечал факты и отзывался на запросы общественно-психиатрические, подвергая их самостоятельному и свободному освещению...”

Новые течения в научной психиатрии, зародившиеся в 60-х годах минувшего столетия, и расцветающие на наших глазах, стремятся подставить на место описательного изучения душевных болезней изучение исследующее, а на место спекулятивных и субъективных толкований внести в изучение объективный анализ и принципы экспериментальных методов... возвратить учение о душевных болезнях из области философских и социологических блужданий на путь общепатологического и биологического изу-



И. Ганнушкин

чения. Редакция “Современной Психиатрии”, всецело примыкая к этому новому направлению, ставит себе задачей проводить идеи, вытекающие из такого воззрения, и равно избегать и общих рассуждений, не опирающихся на критически изученных факты и казуистики, не освещенные научным анализом...

Редакция вполне ясно знает, что настоящий момент, переживаемый русской общественной психиатрией, крайне неблагоприятен в смысле созидательной работы. С одной стороны — страна переживает тяжелый экономический кризис, с другой — состав и физиономия общественных деятелей резко изменились, с третьей, — наконец, многие общественные психиатрические учреждения лишились наиболее активных работников. Все эти обстоятельства, по-видимому, обрекают об-

щественную психиатрию на более или менее продолжительный застой. Но как бы мрачно не смотреть на положение общественной психиатрии, нельзя не питать полной уверенности в том, что пробуждение и оживление ее вопрос лишь времени...”

Такова сдержанная декларация программы редакции журнала, которая появилась только в его 22-ом выпуске, в декабре 1908 года. А начал выходить журнал с марта 1907 года, ежемесячно, без всякой помпы, даже без полагающихся вступительных слов, представлений, декларации, программы, тихо и незаметно. Необходимость оглядки на цензуру видна из майского выпуска 1907 года, где в хронике о съезде психиатров в Киеве нет упоминания о попытке закрытия съезда после речи В. М. Бехтерева. Аналогичное происшествие на съезде 1911 года после речи В. П. Сербского было отражено уже достаточно подробно.

Журнал представлял скромные тетрадки крупного книжного формата, около 3 печатных листов (48 стр.)

каждая, со сплошной нумерацией страниц за год. Как значилось на обложке журнала в 1907 году, он издавался “при ближайшем участии А. Н. Бернштейна, В. А. Муратова (Саратов), С. А. Суханова, под редакцией П. Б. Ганнушкина и М. Ю. Лахтина¹, в 1908 году “при ближайшем участии А. Н. Бернштейна, П. Б. Ганнушкина, М. Ю. Лахтина, С. А. Суханова, Н. А. Вырубова и В. И. Семидалова”, в 1909 году “под редакцией А. Н. Бернштейна и П. Б. Ганнушкина”. С 1910 года в составе редакции появляются еще Д. А. Аменицкий, И. Н. Введенский, Т. А. Гейер, В. А. Гиляровский, М. О. Гуревич, В. М. Гаккебуш, С. Н. Давиденков, С. О. Ступин, Т. И. Юдин, и в дальнейшем этот список продолжал умножаться. С конца 1911 года исчезает имя А. Н. Бернштейна, уехавшего работать в клинику Эмиля Крепелина.

Структура журнала представляла всякий раз две-три оригинальные статьи, иногда одну и даже одну с продолжением в следующем выпуске. Здесь были напечатаны многие важные работы А. Н. Бернштейна, П. Б. Ганнушкина, С. А. Суханова, Н. А. Вырубова, П. И. Якобия, В. А. Гиляровского и мн. др. Кроме рубрики “Корреспонденции” (от коллег) был такой оригинальный раздел как “Из жизни психиатрических больниц” (Пенза, Рязань, Ярославль, Новгород, Орел и т. д.). Треть объема журнала занимали “Рефераты” от 9 до 17 книг и статей зарубежных и отечественных авторов. “Хроника” представляла множество различных событий в несколько строк.

В соответствии со своей декларацией журнал охватывал все вопросы теоретической, клинической и общественной психиатрии. Журнал отразил целую эпоху отечественной психиатрии, начиная с хроники съезда психиатров в Киеве в 1907 году и смерти И. П. Мержеевского (1908) до смерти В. К. Рота (1916), и завершился публикацией материалов созванной (вместо намеченного правлением Союза психиатров на его Первом съезде в 1911 году в Москве — Второго съезда Союза в Петрограде) конференции в Москве в апреле 1917 года.

Последний 12-ый выпуск журнала “Современная психиатрия” посвящен этой конференции. В центральный психиатрический Совет были избраны П. Кащенко, М. Морозов, П. Ганнушкин, С. Любимов, М. Никитин, В. Хорошко. На конференции прозвучали доклады П. П. Кащенко и Н. А. Вырубова об организации психиатрической службы в условиях военного времени, когда главное дело — попечение душевно больных, но необходимо также устранение с руководящих постов тех, кто отрицательно относится к уста-

новлениям Февральской революции. Было отмечено, что в Февральскую революцию, в отличие от революции 1905 года, фактически отсутствовали какие-либо серьезные эксцессы со стороны младшего персонала². А. Н. Бернштейн говорил о необходимости приближения психиатрической помощи к населению и подготовке специалистов. Выделялась горячая речь Л. М. Розенштейна: “мы должны считаться с теми национальными движениями окраин, которые навряд ли улягутся в централизации П. П. Кащенко... Его схема приемлема как временная при Временном Правительстве. Привлечение к попечению и ведению больниц общественных элементов приближает Кащенко и Вырубова к шотландской системе, т. е. к общественному движению с филантропическим порывом заботы о душевно больных”. Кащенко возражал против автономного управления медицинских учреждений только его служащими, вне правительственных или общественных организаций. В выступлениях председателя конференции А. Л. Любушина и Л. А. Прозорова обсуждалось управление психиатрическими больницами и отстаивалось (вслед за выступлениями Т. И. Юдина 1913 – 1914 гг.) участие родственников и бывших больных в больничном управлении. Это было поддержано Бернштейном, Кащенко, Розенштейном, Снесаревым и др. Яковенко подчеркнул, что в Больничном Совете должны преулавливать врачи.

На этой ноте, заданной московской конференцией 1917 года, издание журнала было прервано на его декабрьском выпуске. За 11 лет своего существования журнал объединил лучшие силы отечественной психиатрии, предоставляя полную свободу высказывания по всем вопросам, откликаясь на самые острые актуальные темы. Мы видим диаметрально противоположную тенденцию в 90-летнюю годовщину Февральской революции...

У нас до сих пор нет журнала, где бы реферировались все заметные профессиональные публикации, как это делал журнал “Современная психиатрия”, или публиковались регулярные обзоры, как это делал в Корсаковском журнале Э. Я. Штернберг. В наше время можно только вспоминать удивление зарубежных коллег от того, насколько наши психиатры хорошо информированы относительно всего, что делается в психиатрии во всем мире. Правда, это было в дооктябрьский период и во многом благодаря журналу “Современная психиатрия”.

Ю. С. Савенко

¹ М. Ю. Лахтин — земский психиатр, автор работ по истории отечественной психиатрии (1911 – 1912), земский Уполномоченный по эвакуации психически больных в Первую мировую войну.

² Единственный эпизод с попыткой сместить Уполномоченного Западного и Северного фронта Н. Н. Реформатского был подробно обсужден с вынесением специальной резолюции.

РЕФОРМА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Реформа психиатрической помощи в странах Восточной Европы и на Балканах

Душица Лесик-Тошевски (Белград, Сербия)¹

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на процессы глобализации, современный мир разделен на две части, которые представляют так называемые “развитые” и “развивающиеся” страны и отражают жесткое разграничение этих “двух миров” на карте приоритетов. Международное сотрудничество, гармонизация, интеграция и унификация лечебной и профилактической моделей являются ключевыми словами современной психиатрии. К сожалению, эти термины — лишь теоретические ярлыки для значительной части мира. Достижение прекрасной максимы “Здоровье для всех” является утопией для большинства психиатрических сообществ.

Развитие психиатрии сильно отличается в разных частях Европы и зависит от многих факторов, в том числе уровня экономического развития, имеющихся профессиональных ресурсов, национальных приоритетов, наличия исторических конфликтов и особенностей конкретной культуры. Региональные различия являются очень существенными и могут оказаться столь же важными как кросс-национальные различия. (Becker & Vbquez-Barquero, 2001). Однако, реформа психиатрической помощи осуществляется в Европейском регионе по очень сходным направлениям. Хельсинкская декларация Всемирной организации здравоохранения делает акцент на помощи в сообществе, предотвращении психических расстройств, укреплении психического здоровья, проведении кампаний по антистигматизации и непрерывном обучении (Muirjen, 2006).

ПРОФИЛАКТИКА И УКРЕПЛЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Профилактика психических расстройств и укрепление психического здоровья — это наиболее важные

комплексные задачи. Несмотря на растущее количество научно-обоснованных программ профилактики, которые показали свою эффективность, профилактическая психиатрия по-прежнему остается невостребованной и игнорируется, особенно в странах с низкими доходами (Lecic Tosevski et al, 2005). Психиатры и профессионалы в области психического здоровья подчеркивают необходимость предотвращения психических расстройств, однако профилактическая деятельность и даже шире — деятельность по укреплению психического здоровья — не являются приоритетными во многих странах. Система здравоохранения в этих странах ухудшилась вследствие многих факторов, включая экономические трудности и широко распространенную бедность, и в них трудно осуществлять профилактическую деятельность в области психического здоровья, поскольку они имеют более важные приоритеты, определяемые социально экономическими проблемами и такими неблагоприятными условиями как стихийные бедствия, гражданские конфликты, насилие и экономические санкции.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ В ЕВРОПЕ

Согласно данным ВОЗ, более половины случаев нетрудоспособности вызваны обстоятельствами, связанными со стрессом (WHO, 2001). Это привело к сокращению ожидаемой продолжительности жизни на 10 лет. Консультации с врачами общей практики показывают, что проблемы с психическим здоровьем широко распространены и обнаруживаются у 30 % населения. Растет доля депрессий, особенно среди подростков, а суициды являются основной причиной смерти подростков и молодежи, варьируя от 2 до 44 на 100 000 населения. Таким образом, в Европе и, особенно, в развивающихся странах, возрастает глобальное бремя болезней. Несмотря на это, существуют серьезные проблемы с лечением. В соответствии с данными ВОЗ, 47 % людей, страдающих депрессией, и от 36 до 45 % больных шизофренией никогда не лечились. В то время как 10 % детей и подростков нужда-

¹ Директор Института психического здоровья Сербии (Белград), зональный представитель ВПА по региону Центральной Европы, вице-президент Психиатрической ассоциации Восточной Европы и Балкан.

ются в лечении — три четверти из них остаются без необходимой терапии. В то же время для некоторых стран Восточной Европы характерны избыточная госпитализация, причем 60 % всех пациентов сосредоточены в крупных больницах. Интеграция психиатрии в первичную помощь недостаточна, отсутствуют программы в области психического здоровья и соответствующее законодательство. Стигматизация, дискриминация и социальная изоляция преобладают во многих странах, и 50 % бездомных составляют люди с психотическими расстройствами (WHO, 2005).

РАЗВИТИЕ ПСИХИАТРИИ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И НА БАЛКАНАХ

Состояние психиатрии в Восточной Европе и на Балканах обсуждать нелегко, поскольку нет точного определения, какие страны включены в этот регион. В современной Европе существует несколько различных карт и разделений по таким регионам как Западная, Северная, Центральная, Южная и Восточная Европа. Например, многие страны Восточной Европы, в соответствии с разделением Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА), включены в Центральную Европу. ООН недавно предложила разделить все страны на две категории: быстро развивающиеся и развивающиеся страны, и поместила страны Восточной Европы в отдельную группу, поскольку они имеют характеристики, отличающие их от остальных европейских стран (Sartorius, 2005). Кроме того, некоторые страны принадлежат Европейскому Союзу, а другие нет. И затем, есть Балканы со своим специфическим прошлым и недавней историей. В любом случае, существует множество карт мира и Европы, так же как множество карт различных приоритетов среди стран.

Регион представляет собой мозаику развитых и развивающихся стран, современных и традиционных, имеющих и сходство, и различие. Большинство стран являются пост-коммунистическими, и с конца 1980 годов в них происходят быстрые социальные, экономические и политические изменения, с беспрецедентной для истории скоростью. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ситуация с правами человека является здесь неудовлетворительной (WHO, 2002) — кажется, что политические злоупотребления психиатрией встречаются достаточно часто, и профессионалам предъявляют обоснованные и необоснованные обвинения, на которые они должны отвечать, поскольку это влияет на их роль в обществе.

Для многих стран этого региона характерны войны, гражданская борьба и миграция. Период экономической и социальной трансформации обусловил высокий уровень безработицы, который составляет от 29 % в Сербии до 42 % в Боснии. ВВП на душу населения составляет от 756 до 2295 US \$. Страны имеют большой внешний долг, и процент ВВП, выделяемый

на систему здравоохранения колеблется от такой небольшой величины как 1,6 % в Азербайджане до 9,4 % в Греции. Доля средств, направляемых на заботу о психическом здоровье, неизвестна и в большинстве стран находится на очень низком уровне. Продолжительные бедствия и испытания привели к ухудшению системы здравоохранения и предъявлению ей некоторых специфических вызовов. Растет “утечка мозгов”, и реформа психиатрической помощи является насущной задачей.

Психиатрическая служба

В психиатрической службе Восточной Европы и Балкан существует множество проблем, я упомяну здесь лишь некоторые из них. Психиатрическая помощь организована на всех трех существующих уровнях, однако объем первичной помощи недостаточен, поскольку только 39 % пациентов с психическими расстройствами осматриваются врачами общего профиля. Отмечается также недостаток центров психического здоровья по месту жительства и общежитий. Службы третьего уровня развиты хорошо и являются преобладающим видом помощи (т.н. “открытый” доступ). Территориальный принцип оказания помощи не соблюдается, поскольку пациентов часто привлекает хорошая репутация какого-то психиатра или психиатрического учреждения в другом месте. Это не соответствует современным принципам оказания помощи, но зато придает системе человеческое лицо, которое в значительной мере потеряно в развитых странах (Lecic Tosevski & Pejuskovic, 2005). Многие крупные больницы находятся в плачевном состоянии, и это не устраивает пациентов. Здесь я подчеркиваю слово “пациенты”, которое считаю гораздо более адекватным, чем популярные и “политически корректные” термины “пользователи службы” или “потребители” (подразумевающие асимметрию взаимодействия и пассивную позицию индивидов, ищущих лечения).

В результате постоянного стресса, апатии и неудовлетворительной заработной платы преобладают хронический недостаток ресурсов и низкая мотивация персонала. Многие психиатры испытывают синдром самовыгорания, поскольку они разделяют участь своих пациентов. Правительства большинства стран не финансируют профилактику, укрепление психического здоровья и психотерапию, и эти направления существуют за счет волонтерских усилий и энтузиазма специалистов.

Стигматизация

Широко распространена стигматизация людей, страдающих психическими расстройствами. Однако стигматизированы также и психиатры, и другие специалисты, работающие в сфере психического здоровья. В странах с низким уровнем доходов, где наблюдает-

ся рост психических расстройств, а также проявлений агрессии, жестокости и других социопатологических феноменов, от психиатров часто ждут ответа на все сложные вопросы. Средства массовой информации в погоне за сулящими выгоду сенсациями часто стигматизируют и людей с психическими расстройствами, и психиатрию. Такой подход способствует укреплению стигмы и увеличивает предубеждение против психиатрии. Особую важность в борьбе против стигматизации имеет развивающееся сотрудничество со специалистами СМИ и просвещение общества в вопросах психического здоровья. Кроме того, такие действия могут способствовать профилактике психических расстройств и укреплению психического здоровья.

Широкая распространенность психических расстройств

Многие страны Восточной Европы и Балкан испытывают длительный стресс, который вызывает значительные психологические последствия, особенно для уязвимых групп. Распространенность и бремя психических расстройств очень велики. Социальный стресс и длительный травматический опыт привели к ухудшению психического здоровья популяции. Часто встречаются посттравматические стрессовые расстройства, депрессии, суициды, тревога, злоупотребление психоактивными веществами, агрессия, а также противоправные действия и жестокость, особенно среди молодежи. Велико число психосоматических заболеваний и феномена внезапной смерти среди молодых людей (Lecic Tosevski et al, 2003; Lecic Tosevski et al, 2007).

В некоторых странах наблюдается всплеск суицидов и преждевременной смертности, примером чего могут служить данные о смертности мужчин из-за употребления алкоголя в Восточной Европе. По данным ВОЗ ежегодно 150 000 человек совершают суицид. Самоубийство является ведущей скрытой причиной смерти среди молодежи. Наивысший уровень самоубийств отмечается в странах Восточной Европы (ВОЗ, 2005). В 1999 г. ВОЗ инициировала программу по предупреждению суицидов по всему миру и опубликовала серию буклетов, адресованных различным специалистам (работникам первичной помощи, сотрудникам тюрем, школ, представителям СМИ, группам выживших) (ВОЗ, 2000).

В поисках решений

Набирающая силу тенденция психиатрической реформы состоит в усилении роли специалистов психического здоровья. Решение проблемы социального стресса, интеграция психиатрической помощи в общую систему медицинской помощи, встраивание психиатрических отделений в общесоматические бо-

льницы — все эти задачи имеют стратегическое значение (Poloshij & Saposhnikova, 2001).

Признавая глобальную важность проблемы психических расстройств, ВОЗ провозгласила психическое здоровье одним из приоритетов своей деятельности, определив здесь такие наиболее важные сферы как соблюдение прав человека, положение в психиатрических больницах и обеспечение помощи в сообществе (Saraceno, 2001). В дополнение к этому Всемирная организация здравоохранения на конференции, проходившей в Хельсинки 12 – 15 января 2005 г., приняла общеевропейский план действий в сфере психического здоровья. Министры всех 53 стран, принадлежащих к европейскому региону ВОЗ, приняли и подписали Хельсинскую декларацию, которая стала важным документом, обязывающим правительства этих стран к ее выполнению. Главные положения Хельсинской декларации состоят в следующем: установление межсекторного межрегионального, межгосударственного сотрудничества, координации действий и руководства; развитие политики психического здоровья; разработка образовательных и обучающих программ для подготовки квалифицированной рабочей силы; укрепление психического здоровья и профилактика психических расстройств; развитие мер по снижению суицидов; поддержка людей, относящихся к группам риска (уязвимые группы на всех жизненных поприщах); борьба со стигматизацией и дискриминацией (ВОЗ, 2005 г.).

Примеры “хорошей практики”

После окончания конфликта страны Восточной Европы и Балкан предприняли шаги к возобновлению сотрудничества, к достижению гармонизации, стабильности и примирения в обществе. Важными инструментами для этого стали: 1) проект в области психического здоровья в рамках Пакта стабильности для Юго-Восточной Европы и 2) многоцентровые исследования.

Сотрудничество ради психического здоровья — Пакт стабильности для Юго-Восточной Европы

В 2000 г. 7 стран приняли Пакт стабильности для Юго-Восточной Европы. Это: Албания, Босния, Болгария, Хорватия, бывшая республика Югославии Македония, Черногория и Сербия. Чуть позже к нему присоединилась Молдова. Международное сообщество решило применять политику предупреждения вместо вмешательства уже во время кризиса. Таким образом, была принята долгосрочная всеобъемлющая стратегия предотвращения конфликтов с несколькими проектами, один из которых — проект в области психического здоровья, озаглавленный *Усиление социальной сплоченности через укрепление служб психического здоровья в сообществе*. Проект начал действовать с 2002 г. и был поддержан странами-донора-

ми и Всемирной организацией здравоохранения (Mental Health Project for SEE, 2003).

Этот проект включает 3 компонента. 1. Первый компонент связан с гармонизацией политики в сфере психического здоровья и связанным с ней законодательством. Все страны разработали свою национальную политику в соответствии с директивами ВОЗ и согласно Хельсинкской декларации. Большинство стран также подготовило закон для защиты прав психически больных. 2. Второй компонент связан с общей моделью центров психического здоровья для Юго-Восточной Европы. Каждая страна обязана открыть пробные центры психического здоровья в сообществе. 3. Третий компонент связан с обучающими курсами для специалистов, которые будут работать в этих центрах психического здоровья.

Эксперты стран, вовлеченных в Проект психического здоровья для Юго-Восточной Европы, планируют дальнейшее развитие сотрудничества через превращение проекта в устойчивую и жизнеспособную программу психического здоровья. Созданная сеть — хорошая предпосылка, которая позволит осуществить необходимый переход от международной помощи к международному сотрудничеству, самоопределению и росту.

Сотрудничество через науку

Исследования имеют универсальный язык, и потому это лучший путь к достижению сотрудничества после конфликта. Так Клод Бернар сказал: “Наука увеличивает нашу силу настолько, насколько она уменьшает нашу гордость”. Несколько многоцентровых исследований были проведены на Балканах — например, такие как STOP и CONNECT (Priebe et al, 2002; Priebe et al, 2004). Слова STOP (остановка) и CONNECT (связь) очень важны в нашей области, но это не только слова. Это названия двух многоцентровых исследований посттравматических стрессовых расстройств, поддержанных Европейским Союзом. Неправительственные организации проводили оценку посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у беженцев (STOP study), а изучение ПТСР в сообществе (CONNECT) проводилось медицинскими факультетами 8 стран — 3 членов Евросоюза (мед. факультеты в Лондоне, Дрездене, Модене) и 5 пост-югославских стран (факультеты в Белграде, Загребе, Риджеке, Скопье и Сараево; позднее к этой группе присоединилась Приштина). В последнем исследовании планируется оценить 5000 человек, и его результаты ожидаются к 2008 г. Предварительные результаты на основе оценки 640 человек в Сербии показывают, что через 8 лет после окончания конфликта острые проявления ПТСР наблюдаются у 18,8 % популяции, в то время как 32,3 % людей имеют симптомы ПТСР на протяжении жизни.

Можно надеяться, что многоцентровые проекты принесут ощутимые результаты и станут эмпирической базой адекватных программ для людей, страдающих от посттравматического стресса, а также для улучшения организации помощи этим людям. Кроме того, сотрудничество и учреждение исследовательской сети являются важным элементом, дополняющим программу психического здоровья в рамках Пакта стабильности для Юго-Восточной Европы и Балкан. Более того, мы надеемся, что это окажет существенную помощь в процессе разрешения конфликтов, примирения и передачи травмы через поколения. Последнее является очень распространенным в данном регионе и инициирует никогда не прекращающийся виток насилия, которое люди многократно видели в прошлом.

Реформа психиатрии — будущие шаги

Реформа — одно из современных веяний, и реформа психиатрии — часть этого. Однако в развивающихся странах к этой реформе следует идти своим средним путем, а не просто приспосабливаться к местным традициям и потребностям и заимствовать преобладающее на западе толкование современной психиатрической помощи. Международное сотрудничество, демонстрирующее необратимый крен в сторону глобализации и растущей сложности нашей сферы, является важнейшим условием дальнейшего развития и, можно надеяться, приведет к наведению мостов между двумя мирами. Глобализация должна включать в себя гармонизацию и помощь развивающимся странам. Здесь необходимы всесторонние программы укрепления психического здоровья, стратегии профилактики и мониторинга. Для достижения прогресса на пути создания служб психического здоровья, интегрированных в сообщество (Rutz, 2001), необходимо усиление партнерства между национальными и международными организациями, особенно между Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и Европейским Союзом (Rutz, 2001).

Реформа психиатрии — трудная, но интересная задача для психиатров. Важно изменение отношений, индивидуализация и гармонизация помощи, с растущим доступом к помощи, основанной на доказательствах и ценностях. Нам следует предпринимать шаги по направлению к расширению и усилению сетей социальной поддержки людей с психическими заболеваниями, вовлекая в них пациента, его семью, специалистов, ближайшее окружение и общество в целом (Sartorius, 2005). Для достижения дестигматизации необходимо обеспечить раннее вмешательство и гуманизацию служб. Нам следует быть защитниками своих пациентов, но нам следует также пытаться сделать все возможное для борьбы со стигматизацией наших пациентов и психиатров, для того чтобы сохра-

нить достоинство нашей экспертизы и нашей благородной профессии.

ВОЗ и ВПА

Сотрудничество между ВОЗ и ВПА важно для осуществления реформы психиатрической помощи. Поскольку в наших странах отмечается недостаток ресурсов, нам следует объединиться в Глобальный Альянс для поддержания психического здоровья. Имеется несколько позитивных примеров в этой сфере, например, решение об увеличении ассигнований на психическое здоровье в развивающихся странах, принятое недавно в Лондоне. Важными являются также многие инициативы ВПА, — например, институциональная программа лично ориентированной психиатрии (Mezzich, 2006). В современном глобализованном мире психиатрия и медицина, центрированные на личности, с акцентом на всестороннюю гуманную и индивидуализированную помощь, — предельно важны как для наших пациентов, так и для нашей профессии. Психиатрическая Ассоциация Восточной Европы и Балкан, присоединившаяся к ВПА, — также является важным инструментом обеспечения сотрудничества в регионе.

Перевод С. Ю. Савенко

ЛИТЕРАТУРА

- Becker I., Vázquez-Barquero J. L. (2001). The European perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 410:8 – 14.
- Lecic-Tosevski D., Christodoulou G. N., Herrman H., Hosman C., Jenkins R., Newton J., Rajkumar S., Saxena S., Schmolke M. (2003). WPA Consensus Statement on Psychiatric Prevention. *Dynamische Psychiatrie (Dynamic Psychiatry)*, 36, 5 – 6, 307 – 315.
- Lecic-Tosevski D., Gavrilovic J., Knezevic G. (2003). Personality factors and posttraumatic stress: associations in civilians one year after air attacks. *J Person Disord* 17: 537 – 549.
- Lecic-Tosevski D., Draganic-Gajic S. (2004). The Serbian experience. In: Lopez-Ibor J. J., Christodoulou G. N., Maj M. et al (eds). *Disasters and Mental Health*. Chichester: Wiley, 247 – 255.
- Lecic-Tosevski D., Pejuskovic B. (2005). Mental health care in Belgrade — challenges and solutions. *Eur Psychiatry* 20, S2, 266 – 269.
- Lecic-Tosevski D. (2005). Prevention and mental health promotion: A need for international collaboration. *Psychiatriki*, 16, 1, 7 – 8.
- Lecic-Tosevski D., Pejovic Milovancevic M., Popovic Deusic S. (2007). Reform of mental health care in Serbia: Ten steps plus one. *World Psychiatry*, 6, 51 – 55.
- Mental Health Project for South Eastern Europe (2003). Enhancing social cohesion through strengthening mental health services in South Eastern Europe. www.seemhp.ba/index.php.
- Mezzich J. (2006). Institutional consolidation and global impact: towards psychiatry for the person. *World Psychiatry* 5, 65 – 70.
- Muijen M. (2006). Challenges for psychiatry: delivering the Mental Health Declaration for Europe. *World Psychiatry* 5, 113 – 117.
- Poloshij B., Saposhnikova. (2001). Psychiatric reform in Russia. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 410:56 – 62.
- Priebe S., Gavrilovic J., Schuetzwohl M., Lecic-Tosevski D., Ljubotinja D., Bravo Mehmedbasic A., Franciskovic T. (2002). Rationale and method of the STOP study — Study on the treatment behaviour and outcomes of treatment in people with posttraumatic stress following conflicts in ex-Yugoslavia. *Psychiatry Today* 34:133 – 160.
- Priebe S., Janković Gavrilović J., Schüetzwohl M., Galeazzi G. M., Lecic-Tosevski D., Ajdukovic D., Franciskovic T., Kucukalic A., Popovski M. (2004). A study of long-term clinical and social outcomes after war experiences in ex-Yugoslavia — Methods of the “CONNECT” project. *Psychiatry Today* 2004; 36:101 – 123.
- Rutz W. (2001). Mental health in Europe: problems, advances and challenges. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 410:15 – 20.
- Saraceno B. (2001). Mental health in EMRO: the future is now. *East Mediterr Health J.* 7(3):332 – 5.
- Sartorius N. (2005). *Fighting for Mental Health*. Oxford University Press.
- World Health Organization (2000). Preventing Suicide Series. Mental and Behavioural Disorders Department of Mental Health World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (2002). *World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization, 2001.
- World Health Organization (2005). *Mental Health: Facing Challenges and Building Solutions*. Geneva, World Health Organization, 2005.
- World Health Organization. (2005). *Mental Health Atlas 2005*. Geneva, World Health Organization, 2005.

Реформа психиатрической помощи в Греции

Георгий Кристодулу¹

ВВЕДЕНИЕ

Греция — страна, занимающая 132 тысячи кв. км и имеющая население около 11 миллионов человек. Большая часть населения (60%) проживает в городах. В Греции также около 1 млн. мигрантов, преимущественно из Албании, Болгарии, Польши, других балканских стран и стран Среднего Востока. Система социального страхования охватывает 100 % населения в случае болезни и 95 % случаев, связанных с инвалидностью и пенсиями по старости.

Последние 20 лет характеризуются впечатляющими изменениями в системе оказания психиатрической помощи. Эти изменения произошли благодаря финансированию Греческого Правительства и Европейского Союза и представляют определенный шаг вперед.

Целью настоящей статьи является показать масштаб позитивных изменений в системе психиатрической помощи, выявить негативные аспекты этих изменений и подчеркнуть необходимость дальнейшего движения вперед и, особенно, настойчивости и последовательности в проведении реформ. Я надеюсь, что анализ изменений, которые произошли в системе психиатрической помощи в Греции, поможет другим странам нашего региона, которые собираются реформировать свою систему помощи, оценить выигранные и потенциальные риски этих изменений.

ЧТО БЫЛО РАНЬШЕ?

В начале 1980-х годов основу психиатрической помощи в Греции составляли 9 государственных и несколько частных психиатрических больниц (Christodoulou, 1970; Madianos, 1983; Stefanis et al, 1986). Психиатрическая помощь в сообществе была неразвита, и в общих больницах отсутствовали психиатрические отделения. Служба психического здоровья не отвечала потребностям населения (Madianos et al, 1993), и психиатрических пациентов воспринимали совершенно иначе, чем больных, страдающих соматическими заболеваниями. Эта нежелательная дихотомия способствовала развитию картезианского дуализма и стигматизации психиатрических пациентов.

¹ Президент Греческого исследовательского центра по психическому здоровью (Афины), президент Психиатрической ассоциации Восточной Европы и Балкан, председатель постоянного комитета по этике ВПА.

РЕФОРМА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Реформа психиатрической помощи началась в 1983 году в контексте планирования новой национальной системы здравоохранения Греции. Закон 1397/83 обеспечил основу для децентрализации психиатрической службы (Sarantidis et al, 1992; Madianos et al, 1999a), а правительство Греции пересмотрело подходы к системе психиатрической помощи, что нашло свое отражение в пятилетнем плане развития. В ответ на просьбу правительства Греции о финансовой помощи, в 1984 году Европейский Союз принял Предписание 815/84, программа В, которое обеспечило финансовую поддержку этих целей.

Стратегические цели пятилетнего плана (1984 – 89) фактически оставались актуальными до 1989, и даже до 1995, и состояли в децентрализации службы психического здоровья и развитии служб, ориентированных на сообщество, деинституционализации пациентов, долговременно находящихся на лечении, и улучшении условий в государственных психиатрических больницах, при этом особое внимание было уделено психиатрической больнице Leros (Bouras et al, 1992; Christodoulou et al, 1994, 1999; Zissi & Barry, 1997). В 1989 году Греческая психиатрическая ассоциация, в соответствии с оценкой специальной рабочей группы, подготовила доклад о положении в этой больнице (Hellenic Psychiatric Association, 1989) и передала министерству здравоохранения Греции свои рекомендации.

Одна из рекомендаций состояла в перемещении значительной части пациентов после соответствующей подготовки в общежития на материке. Министерство здравоохранения Греции, после консультаций с комитетом психического здоровья и при финансовой и технической поддержке Европейского Союза открыло в 1990 году на материке 12 общежитий и специальную службу приемных семей. Все это было инициировано и поддерживалось Греческим исследовательским центром психического здоровья (Kontaxakis et al 1994, Navaki-Kontaxaki et al 1994). В результате были выписаны многие из 1150 хронических пациентов этой больницы (Christodoulou et al, 1999). Особое значение имело учреждение общежития в сотрудничестве с Греческой православной церковью (Avgoustidis et al 1994), за которым последовало широкое сотрудничество Церкви и Греческой психиатрической ассоциации во многих образовательных проектах.

В 1997 году новая многоцелевая программа по завершению психиатрической реформы была направлена в Европейский Союз, и в 1998 году получила его одобрение. Основной целью программы была деин-

Таблица 1. Количество пациентов в государственных психиатрических больницах, 1984 – 2006 годы

	1984	1987	1990	1993	1996	2000	2004	2006	% изменений 1984 – 2006
Общее кол-во пациентов в ПБ	7487	7370	6504	5770	4765	3315	2564	2022	– 73,0
Кол-во пациентов, находящихся в ПБ более 36 мес.	5677	4925	4408	3747	3062	2922	1898	1091	– 80,8

(Madianos and Christodoulou, 2007).

Таблица 2. Количество коек в психиатрических больницах и планирование их закрытия, 1984 – 2012

Психиатрическая больница	1984	2000	2004	2006	2012
Attica	1950	831	640	728	Будет закрыта
Dromokaition	880	555	419	493	Будет закрыта
Thessalonici	1000	581	526	254	Будет закрыта
Petra Olymprou	500	260	51	закрыта	
Chania (Crete)	416	250	167	закрыта	
Corfu	416	280	120	закрыта	
Leros	1905	538	495	469	130
Tripolis	420	220	124	78	Будет закрыта
Всего	7487	3515	2542	2022	130

(Madianos and Christodoulou, 2007).

ституционализация оставшихся 3000 хронических пациентов и параллельно — развитие 616 центров психического здоровья, служб по месту жительства и реабилитационных центров.

СОВРЕМЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

Количество хронических пациентов, находящихся в государственных психиатрических больницах длительное время, уменьшилось с 1984 по 2006 год на 80,8 %, а общее количество психиатрических коек сократилось на 73 % (табл. 1).

В таблице 2 представлены тенденции сокращения количества психиатрических коек в восьми оставшихся психиатрических больницах в период 1984 – 2006 годы, а также показаны перспективы этого процесса до 2012 года.

С 1984 по 2003 год произошло также существенное уменьшение средней длительности пребывания пациентов в психиатрических больницах (на 78,5 %). В течение этого периода отмечалось постепенное развитие различных видов психиатрической помощи в сообществе (Табл. 3).

Многочратно увеличилось количество вне-стационарных служб, включая центры психического здоровья по месту жительства, детские клиники и диспансеры. Также существенно возросло количество сотрудников, работающих во вне-стационарных учреждениях.

Однако количество мест в дневных стационарах на 1000 населения по-прежнему остается недостаточным по сравнению с обеспеченностью другими ре-

билитационными службами. В настоящее время правительство Греции приняло решение о выделении средств для открытия большего количества дневных стационаров.

Хотя большинство вне-стационарных служб действуют в Афинах и других больших городах, однако значительное количество таких учреждений было создано и в других регионах, практически по всей стране.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Очевидно, что в период с 1984 по 2006 годы в сфере психиатрической помощи произошли важные перемены, особенно в секторе государственных психиатрических больниц. Представленные выше данные дают количественное подтверждение прогресса в следующих направлениях:

- реформирование государственных психиатрических больниц с деинституционализацией хронических пациентов (Madianos et al, 1999b)
- децентрализация службы психического здоровья путем создания различных структур в сообществе, особенно общежитий для хронических пациентов, выписанных из больниц (Zissi & Barry, 1997; Madianos, 2002).

Выполнение Предписания 815/84, программы В, в течение 1984 – 95 гг. и новая программа завершения реформирования психиатрической службы содействовали постепенной выписке тысяч психиатрических пациентов. В масштабах страны программа обеспечила возможность немедленной деинституционализации 889 пациентов путем перемещения их в 68 обще-

Таблица 3. Альтернативные службы психического здоровья: количество психиатрических коек в соматических больницах, вне-стационарные формы помощи, центры психосоциальной реабилитации, общежития, 1984 – 2006

	1984	1987	1990	1993	1996	1999	2006	% изменений за 1984 – 2006 гг.
Кол-во психиатрических коек в соматических больницах	36	99	281	306	327	407	649	+1694,5
Количество территориальных центров психического здоровья*	7	15	19	23	33	41	45**	+542,8
Количество детских консультативных клиник	8	12	22	24	24	28	30	+275,0
Количество амбулаторных отделений в соматических больницах	20	38	43	51	56	56	70	+250,0
Общее количество вне-стационарных служб	35	65	84	98	113	125	145	+314,3
Количество мест в дневных стационарах /центрах помощи	55	295	258	381	369	390	941	+1610,9
Количество мест в службах психосоциальной реабилитации	195	315	779	1603	1643	1780	3080	+1479,5
Количество коек в альтернативных службах по месту жительства	15	25	359	540	1052	1962	4026	+2674,0

(Madianos and Christodoulou, 2007).

* В 15 территориальных центрах психического здоровья имеются также полипрофессиональные бригады, которые оказывают помощь детям и подросткам.

** Действуют 34.

житий и приютов в течение 1999 – 2001 гг. Следует отметить, что в рамках этой программы в 1995 году было открыто 264 различных службы в сообществе, что привело к существенному повороту ко вне-стационарной и реабилитационной помощи.

К 2006 году количество пациентов, находящихся на долговременном лечении упало до 1091 с 5677 в 1984 году. Понятно, что этим сотням выписанных пациентов потребуется дальнейшая реабилитация и интеграция в сообщество. Следует признать, что лишь небольшое количество пациентов, которые прошли профессиональный тренинг в рамках программы реабилитации, нашли работу, соответствующую приобретенным навыкам. Большинство пациентов по разным причинам так и не смогли найти работу, в том числе в связи с высоким уровнем безработицы, в частности в возрастной группе от 25 до 30 лет.

В заключение можно сказать, что закрытие государственных психиатрических больниц в течение 10 лет — политика, уже опробованная в других европейских странах (Thornicroft & Bebbington, 1989; Hall & Brockington, 1991), — кажется вполне реалистичной. Кроме того, закон № 2716/99 о секторизации психиатрической службы обеспечил правовую и административную основу для завершения психиатрической реформы.

Очевидно, что государственная психиатрическая служба Греции добилась значительных успехов в области деинституционализации, децентрализации и реабилитации психически больных. Показано, что осуществление программы психиатрической реформы (1984 – 2006), несмотря на отдельные недоразумения и трудности, оказало значительное положитель-

ное влияние на психическое здоровье населения. С другой стороны, еще многое нужно сделать в области развития первичной помощи, профилактики, интеграции медицинской и психиатрической службы, оценки качества вне-стационарных служб и качества жизни пациентов в этих учреждениях. Кроме того, существует большая потребность в укреплении психического здоровья, в осознании обществом важности проблемы психического здоровья. Отдельные усилия в этом направлении уже предприняты (например, деятельность Греческой психиатрической ассоциации и Афинский проект по укреплению психического здоровья, 2003), однако нужно сделать гораздо больше.

Другим важным аспектом реформы является постоянство финансирования служб, созданных в сообществе, как тех, которые уже существуют, так и тех, которые будут созданы. К сожалению, психическое здоровье продолжает оставаться бедным родственником в системе здравоохранения практически всех стран, и это содействует потенциальной угрозе “институционализации” психически больных в сообществе. Это наиболее серьезный побочный эффект деинституционализации. Поэтому, приступая к выполнению стратегии деинституционализации, чрезвычайно важно гарантировать бесперебойную моральную и финансовую поддержку службам в сообществе.

Перевод Л. Н. Виноградовой

ЛИТЕРАТУРА

1. Athens Mental Health Promotion Project (2003) WPA Sections Newsletter, issue 6, p. 4.

2. *Avgoustidis A., Kontaxakis V.* Christodoulou GN Boarding house of Leviaia: a model proposal. In: Christodoulou GN, Kontaxakis BJ. Themes in Preventive Psychiatry, Centre for Mental Health, Athens, 1994, p. 589 – 595.
3. *Bouras N., Webb Y., Clifford P., et al* (1992) A needs survey among patients in Leros asylum. *British Journal of Psychiatry*, 161, 75 – 79.
4. *Christodoulou G. N.* (1970) Psychiatry in Greece. *International Journal of Social Psychiatry*, 16, 314 – 316.
5. *Christodoulou G. N., Kontaxakis V. P., Havaki-Kontaxaki B. J.* et al (1994) Leros deinstitutionalization program: psychopathological parameters in sheltered care residents. In *Topics in Preventive Psychiatry* (eds G. N. Christodoulou & V. P. Kontaxakis), pp. 116 – 124. Karger, Basel.
6. *Christodoulou G. N., Kontaxakis V. P., Havaki-Kontaxaki B. J.* et al (1999) From the Leros asylum to sheltered housing in the community. In *Issues in Preventive Psychiatry* (eds G. N. Christodoulou, D. Lecic-Tosevski & V. P. Kontaxakis), pp. 83 – 89. Karger, Basel.
7. *Hall P. & Brockington I. F.* (eds) (1991) *The Closure of Mental Hospitals*. Gaskell, U.K.
8. *Havaki-Kontaxaki B., Kontaxakis V., Skoubourdis T., Christodoulou G. N.* The institution of foster family care for chronic psychiatric patients: Assumptions and problems. In: Christodoulou G. N., Kontaxakis B. J. Themes in Preventive Psychiatry, Centre for Mental Health, Athens, 1994, p. 603 – 609.
9. Hellenic Psychiatric Association (1989) Report on the issue of Leros. *Psychiatriki*, 1, 183 – 189.
10. *Kontaxakis V. P., Christodoulou G. N., Havaki-Kontaxaki B. J.* et al. Leros Psychiatric Hospital deinstitutionalization program: Social and functional parameters. In: Christodoulou G. N., Kontaxakis B. J. Themes of Preventive Psychiatry, Centre for Mental Health, Athens, 1994, p. 581 – 588.
11. *Madianos M.* (1983) Mental illness and mental health care in Greece. *Public Health Reviews*, 11, 73 – 93.
12. *Madianos M.* (2002) Deinstitutionalization and the closure of public mental hospitals. *International Journal of Mental Health*, 31, 66 – 75.
13. *Madianos M., Madianou D. & Stefanis C.* (1993) Help-seeking behavior of psychiatric disorders form physicians and psychiatrists in Greece. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 285 – 291.
14. *Madianos M., Tsiantis C. & Zacharakis C.* (1999a) Changing patterns of mental health care in Greece (1984 – 1996). *European Psychiatry*, 14, 462.
15. *Madianos M., Zacharakis C., Tsitsa C.* et al (1999b) Geographical variation in mental health hospital discharges in Greece and socio-economic correlates: a nationwide study (1978 – 1993). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 477 – 483.
16. *Madianos M. & Christodoulou G.* (2007) Reform of the mental health care system in Greece, (1984 – 2006). *Special Paper, International Psychiatry*, 4, 16 – 19.
17. *Sarantidis D., Kladouchos V., Tripodianakis J.* et al (1992) The reform of Psychiatric care in Greece. *European Psychiatry*, 7, 251 – 257.
18. *Stefanis C., Madianos M. & Gittelman M.* (1986) Recent developments in the care, treatment, and rehabilitation of the chronic mentally ill in Greece. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 1041 – 1044.
19. *Thornicroft G. & Bebbington P.* (1989) Deinstitutionalization — from hospital closure to service development. *British Journal of Psychiatry*, 155, 739 – 753.
20. *Zissi A. & Barry M.* (1997) From Leros asylum to community-based facilities: levels of functioning and quality of life among hostel residents in Greece. *International Journal of Social Psychiatry*, 43, 104 – 108.

ДИСКУССИЯ: “ОБЩЕСТВЕННАЯ ОПАСНОСТЬ” В ПСИХИАТРИИ

О проблеме “социальной опасности” психически больных

А. Г. Гофман

Обсуждение вопроса о “социальной опасности” психически больных в Независимом психиатрическом журнале (2007, IV) не может оставить равнодушным ни одного психиатра, так или иначе сталкивающегося с оказанием помощи душевнобольным. Развернувшаяся дискуссия, в которой приняли участие Ю. С. Савенко и В. Г. Ротштейн, показала, как мне кажется, сложность проблемы и несовершенство существующего законодательства. Поскольку в дискуссии были затронуты и другие актуальные для нашей психиатрии вопросы, считаю целесообразным остановиться и на тех проблемах, которые имеют косвенное отношение к “социальной опасности”.

Ни один закон не бывает совершенен. Просто потому, что жизнь не стоит на месте. Тем более в России. Существующий Закон “Об оказании психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, содержит явные противоречия. С одной стороны, декларируется равенство прав психически здоровых и психически больных, с другой — предусматривается ограничение прав душевнобольных. Эти ограничения перечисляются в статьях 29 (непосредственная опасность для себя и окружающих, беспомощность, возможное ухудшение состояния при отказе от медицинской помощи) и 6 (ограничения выполнения определенных видов деятельности и деятельности, связанной с источниками повышенной опасности). Существует даже длинный список медицинских психиатрических противопоказаний. При этом фактически решающим обстоятельством становится не психическое состояние на каком-то отрезке времени, а диагноз. Так, больному эпилепсией не предоставляется возможности работать пилотом или водителем электропоезда. Ни один больной, перенесший приступ шизофрении, каково бы ни было его психическое состояние, даже через 10 лет после этого приступа, не будет допущен на работу в качестве оператора на атомной станции. В данном случае общество с помощью психиатров страхуется от возможной катастрофы, последствия которой могут быть ужасными. А ведь перенесенный приступ может оказаться единственным в жизни. Ущемляются ли при этом права больного? Ущемляются, но другого выхода нет, и это положение закреплено в действующем Законе. Права душевнобольного и психически здорового не могут быть абсолютно одинаковыми во всех случаях. В не-

которых случаях у психически больного даже больше прав (приоритеты в получении бесплатного жилья, бесплатного лечения).

Совсем другая ситуация возникает, когда речь идет об освидетельствовании психиатром, госпитализации в психиатрический стационар. В этих случаях вопрос всегда решается индивидуально. Однако, любое такое решение опирается не только на законодательство, но и на знание закономерностей, касающихся возникновения и течения психического заболевания, вероятного поведения, вероятной опасности для себя и окружающих.

Существуют состояния, когда предсказать поведение больного невозможно. Например, острый алкогольный психоз или острое психотическое состояние с растерянностью, изменчивостью аффекта, расстройствами мышления. В этих случаях, мне думается, врач обязан госпитализировать больного вне зависимости от того, совершил ли он агрессивный поступок или нет, стал ли опасен для себя или нет. Наверно, без подробного описания (перечисления) состояний, когда избежать госпитализации невозможно, нам не обойтись. Вряд ли можно во всех случаях опираться только на интуицию. Это всегда индивидуально, связано со стажем работы, накопленным опытом и рядом других обстоятельств. Просто к статье 29 Закона надо приложить перечень состояний, которые подходят под определение “непосредственная опасность для себя и окружающих”. Если предусматривается вероятная опасность непредсказуемого поведения (Комментарий к Закону, составленный высококвалифицированными психиатрами и юристами), то необходим и перечень этих состояний. Например, в такой перечень могли бы войти все эндогенные и экзогенные расстройства сознания; острые психотические состояния с бредом, галлюцинациями, растерянностью; дисфорические состояния с выраженным аффектом злобы и тенденцией к агрессии; ажитированные депрессии, раптоидные состояния, импульсивные поступки.

Каким основополагающим принципом должен руководствоваться врач, оказывающий помощь душевнобольному? По-моему, этот принцип состоит в следующем: врач обязан сделать все, что от него зависит, чтобы не пострадали интересы больного. Именно интересы, а не желания, которые могут быть нелепыми.

Отказ больного от лечения только тогда может приниматься во внимание, когда это не повлечет за собой ущерба для здоровья и жизни самого больного и других людей. Вообще, это чисто теоретический спор, есть ли права у того, кто не отдает себе отчета в своих действиях, не может полностью или частично руководить ими и не в состоянии предвидеть последствия своих поступков. Ясно, что в отношении больных, находящихся в таком состоянии, решения принимают психически здоровые лица, прежде всего врачи-психиатры и юристы. Если это считать патерналистским подходом, то в таком патернализме гораздо больше гуманизма и здравого смысла, чем в позиции защиты мифических прав.

В Законе необходимо четко сформулировать понятие “непосредственная опасность”. Что это такое: опасное поведение для себя и окружающих во время осмотра врачом, накануне, вероятная опасность в ближайшие сутки, в течение недели? Если не будет дано четкого определения в Законе, споры о непосредственной опасности и просто опасности никогда не будут разрешены.

В ходе дискуссии были затронуты и некоторые иные вопросы, касающиеся прошлого нашей психиатрии и настоящего. Не могу согласиться с тем, что в СССР вся жизнь любого психически больного тщательно контролировалась. Требовался не контроль, а его имитация. Реально тщательного контроля не было. Если больной находился в состоянии многолетней ремиссии, то вне зависимости от психического состояния врач или медсестра обязаны были увидеть его хоть один раз в году. Это был не контроль, а бессмысленная и оскорбительная для больного бюрократическая процедура. Просто было негласно (или полугласно) запрещено снимать больных с учета. Конечно, кого-то снимали с учета, но для этого хитрили. Например, отказывались от первоначального правильного диагноза, чтобы не мешать больному спокойно жить и работать там, где он хорошо адаптировался.

Сокращение числа больных с психозами, находящихся под наблюдением в психоневрологических диспансерах, никак не связано с гипердиагностикой шизофрении и традициями школы А. В. Снежневского. Во-первых, никакой гипердиагностики шизофрении в Москве не было. Была гиподиагностика, вытекающая из особенностей течения шизофрении. В инициальном периоде заболевания, когда отсутствуют бред, галлюцинации, кататонические проявления, а поведение остается упорядоченным, никто (или почти никто) в амбулаторных условиях диагноз шизофрении не ставил. Врачи не хотели рисковать, щадили больных и их родственников. В результате реформирования психиатрической помощи с учета были сняты те, кто не нуждался в лечении и наблюдении, но при этом не было пересмотра диагностики (по крайней мере, в ощутимых размерах). Конечно, эпидемиологические показатели (данные официальной статисти-

стики) отражают не только картину психической заболеваемости и распространенности психических заболеваний. Так было всегда, так это остается и на сегодняшний день. Достаточно сопоставить соответствующие показатели распространенности шизофрении на разных территориях России, чтобы убедиться в относительной ценности официальных эпидемиологических данных. Признается, например, что распространенность шизофрении в любой стране составляет 1 на 100 человек населения, а в России этот показатель составляет 0,39 на 100 человек населения. Это означает, что большая часть больных шизофренией под наблюдением психиатров не находится и психиатрами не консультируется. Точно так же обстоит дело и с другими психическими заболеваниями. Хорошо это или плохо? Ответ не может быть однозначным. Хорошо, что те, кто не нуждаются в наблюдении и лечении, не имеют к психоневрологическим диспансерам никакого отношения (или почти никакого). Плохо, что не оказывается помощь тем, кто в ней нуждается (в силу не критичности самих больных и отрицательной позиции родственников).

Что касается паранойяльного развития личности и паранойяльного бреда, то это клиническая реальность. Вопрос не в диагностике (не столько в диагностике), а в том, каково содержание бреда. Никого же не волновал диагноз, если речь шла о любовном бреде или бреде ревности, но как только бред затрагивал политическое устройство страны и необходимость его переустройства, диагностические споры превращались в политико-идеологические баталии. Это имеет отношение не к диагностике как таковой, а к борьбе с инакомыслием в тоталитарном государстве. Психиатры тут не при чем. Тоталитарное государство с помощью судебно-следственных органов расправлялось и с психически здоровыми, и с душевнобольными. Психиатры ставили тот диагноз, который соответствовал их пониманию сути психического заболевания, а решение об изоляции (в психиатрическую больницу или в места лишения свободы) принимали суды в соответствии с действовавшим законодательством и негласно существовавшими директивами. Больные с бредом ревности и любовным бредом — ничтожная часть общего количества больных шизофренией, и за их счет никак не могла измениться картина эпидемиологических показателей. Тем более, что те, кто находятся на принудительном лечении, из статистики не выбывают.

Примеры с самоубийствами больных, находящихся в депрессивном состоянии, приведенные В. Г. Ротштейном, ярко иллюстрируют актуальную для всех психиатров проблему — что делать, когда вероятность суицида весьма велика. Есть два ответа: 1) ничего не делать, ограничившись советом больному (и его родственникам) госпитализироваться и предоставив ему самому решать вопрос, жить или уйти из жизни, 2) предотвратить суицидальную попытку, прибег-

нужно к недобровольной госпитализации. Известно, что жизнь депрессивных больных сокращается за счет суицидов, значительно сокращается по этой же причине жизнь больных шизофренией. Можно занять позицию, согласно которой нельзя ущемлять права человека, в том числе и психически больного, пусть сам решает, жить или умереть. Можно игнорировать это право и спасти жизнь человеку. Выбор решения будет определяться действующим законодательством, взглядами врача, его отношением к своим профессиональным обязанностям и ценности человеческой жизни. Во всех случаях, когда вероятно возможность суицида, надо решить главный вопрос — есть депрессия или ее нет. Совершить суицид может и недрушевнобольной, но во всех случаях надо убедиться в отсутствии депрессивного состояния. А природа депрессии (эндогенная или психогенная) в данном случае значения не имеет.

В связи с затронутыми вопросами можно отметить и несовершенство нашего законодательства, касающегося дееспособности душевнобольных. Недееспособным считается только тот, чья недееспособность установлена судом. Однако только небольшая часть психически больных проходит судебно-психиатрическую экспертизу на предмет установления недееспособности. Складывается нелепое положение, когда теоретически может пользоваться своими гражданскими правами человек, который не отдает себе отчет в своих действиях, не может руководить своими поступками и предвидеть последствия своих действий. Фактическая недееспособность возникает намного раньше, чем это удостоверяет суд. Из-за этого страдают душевнобольные, которые соглашаются на невыгодные сделки, из-за этого они нередко лишаются жилья и оказываются в беспомощном положении. Наверно, не следует возлагать на нотариуса, не обладающего необходимыми медицинскими знаниями, обязанности фактического эксперта (нотариус свидетельствует отсутствие психических нарушений). В интересах душевнобольных определенный ряд сделок (прежде всего касающихся недвижимости) должны заключаться с привлечением психиатра.

Специального обсуждения заслуживает вопрос о том, что делать с психически больными, демонстри-

рующими примеры нелепого поведения, не способными обеспечить себе сносные условия существования, с большой группой лиц без определенного места жительства. Среди лиц, лишившихся жилья, работы, поддержки родственников и вынужденно ведущих нищенское существование, недостойное человека, преобладают душевнобольные (больные шизофренией, органическими поражениями мозга с интеллектуальным снижением, больные алкоголизмом с алкогольной энцефалопатией и явлениями деградации личности). Фактически им почти не оказывается никакой помощи. А государство обязано предоставить им достойные условия существования. Приемлемым выходом была бы организация центров реабилитации. Там, по крайней мере, у больных будет крыша над головой, возможность нормально питаться, не умирать преждевременно от травм и различных заболеваний. Если этих лиц лишить права жить на свалках, месяцами не мыться, есть то, что не поедают даже животные, это нормальная забота о несчастных и больных людях, а не ущемление их прав. В данном случае соображения о праве вести асоциальный и опасный для здоровья образ жизни вряд ли следует принимать во внимание. Конечно, это должно быть закреплено законодательно.

Дискуссия затронула весьма актуальные проблемы отечественной психиатрии. Действующий Закон об оказании психиатрической помощи сыграл огромную роль в развитии отечественной психиатрии. Теперь стало крайне затруднительным без необходимого повода госпитализировать душевнобольного. Хотелось бы, чтобы усовершенствование законодательства привело к еще большей защите законных прав и интересов психически больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И. Я., Голланд В. Б., Сон И. М. и др. Психиатрические учреждения России: показатели деятельности (1999 – 2006 гг.) — Медпрактика. Москва, 2007.
2. Комментарий к законодательству Российской Федерации в области психиатрии. — М.: “Спарк”, — 1997.
3. Проблема “социальной опасности” психически больных. Независимый психиатрический журнал, 2007, 4, с. 12 – 17.

Опасность лиц, страдающих психическими расстройствами, в исследованиях и практике

С. В. Полубинская¹

Клинические решения, касающиеся возможного опасного поведения пациентов, являются составной частью повседневной психиатрической практики. Более того, и законы, и суды многих стран используют опасность лиц с психическими расстройствами как одно из оснований для принятия юридически значимых решений и в контексте уголовного права, и при применении законодательства об оказании психиатрической помощи.

В уголовном законе России это понятие используется 1) при назначении принудительных мер медицинского характера лицам, признанным невменяемыми (ст. 21 УК РФ), вменяемым, но страдающим психическими расстройствами (ст. 22 УК РФ), а также при решениях о передаче необходимых материалов о таких лицах органам здравоохранения или социального обеспечения (ч. 2, 4 ст. 97 УК РФ); 2) при выборе вида принудительных мер медицинского характера для конкретного лица с психическим расстройством (ст. 99 – 101 УК РФ); 3) при продлении, изменении или прекращении применения принудительных мер медицинского характера (ст. 102 УК РФ). По Закону РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” от 2 июля 1992 г. оценка и прогноз опасности требуются 1) для проведения психиатрического освидетельствования лица, страдающего психическим расстройством, без его согласия либо без согласия его законного представителя; 2) для решения о госпитализации такого лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке; 3) для решения о продлении срока недобровольной госпитализации или о выписке пациента из психиатрического стационара (ст. 23, 29, 36, 40 названного Закона). Кроме того, существующая и прогнозируемая опасность психиатрического пациента учитываются при определении условий его содержания в психиатрическом стационаре и тактики необходимого лечения.

Применительно к решениям о принудительных и недобровольных психиатрических мерах необходимо указать, что опасность лица, страдающего психическим расстройством, является лишь одним из оснований использования таких мер. Прежде всего, закон

требует наличия у этого лица обуславливающего его опасность психического расстройства, как правило, тяжелого².

Использование понятия опасности лиц с психическими расстройствами в уголовном законе и законодательстве о психиатрической помощи не только делает его значимым для правовых и психиатрических решений, но и требует научного анализа целого ряда проблем, к которым, в первую очередь, относятся содержание такой опасности, а также ее прогнозирование с выявлением факторов риска общественно опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами.

Вначале необходимо определить, что же вкладывается в понятие опасности лица с психическим расстройством для себя или для других лиц, какой вред является настолько серьезным для общества и в какой степени вероятности он может реализоваться, чтобы оправдать применение принудительных или недобровольных медицинских мер. Не вызывает сомнений, что опасность психически больного становится объектом права лишь тогда, когда она проявляется в совершении общественно опасных деяний, включая уголовно наказуемые. Такая точка зрения отражена в отечественной литературе. Так, С. Н. Шишков определяет общественную опасность лица, страдающего психическим расстройством, как “риск (высокую степень вероятности) совершения больным нового общественно опасного деяния” и потому “чем выше вероятность его совершения и чем тяжелее предполагаемый деликт, тем выше степень общественной опасности больного”³. При этом в отечественной судебной психиатрии и судебной практике характер совершенных лицами с психическими расстройствами общественно опасных деяний, предусмотренных уголовным законом, не ограничивает их оценку как опасных, если для такой оценки имеются клинические показания.

При сходном понимании опасности, которое давно существует и в США, где, в частности, для целей уголовного права она приравнена к серьезному уголовно наказуемому поведению, которое уже было продемонстрировано⁴, ее содержание при принятии правовых решений не столь широко. И в рамках уго-

¹ Кандидат юридических наук, доцент; Институт государства и права РАН.

² О понятии тяжелого психического расстройства см.: Законодательство Российской Федерации в области психиатрии: Комментарий к Закону РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, ГК и УК РФ (в части, касающейся лиц с психическими расстройствами). М., 2002. С. 187 – 189.

³ Шишков С. Н. Правовые аспекты применения принудительных мер медицинского характера // Принудительное лечение в системе профилактики общественно опасных действий психически больных. М., 1987, С. 10, 11 – 12.

⁴ См.: Shah S. A. Some Interactions of Law and Mental Health in the Handling of Social Deviance // Catholic Univ. Law Rev. 1974. Vol. 23. No 4. P. 703.

ловного права, и в законодательстве о психическом здоровье опасное поведение означает такие действия, которые характеризуются применением или угрозой применения насилия, включая причинение телесных повреждений, как правило, другим лицам⁵. К примеру, в “Стандартах психического здоровья в уголовной юстиции” Американской Ассоциации Юристов (ABA Criminal Justice Mental Health Standards) прямо указывается на существенный риск причинения серьезного физического вреда окружающим, который представляет лицо вследствие своего психического расстройства. Только такой возможный вред вместе с наличием у лица психического заболевания или умственной отсталости и признанием его невменяемым в отношении тяжкого преступления против жизни или здоровья может быть положен в основу решения о применении принудительных медицинских мер (стандарт 7-7.4). По такому же пути длительное время идет и американская судебная практика. Так, в решении Апелляционного суда по округу Колумбия (Millard v. Harris, 1968) суд подчеркнул, что “прогнозирование опасности, будь то по Закону о сексуальных психопатах или в каком-либо ином контексте, требует установления ряда факторов: характера действий, которые может совершить данное лицо; возможности или вероятности того, что данные действия действительно будут совершены; влияния этих действий, если они будут иметь место, на окружающих”. По другому делу (Cross v. Harris, 1969) тот же суд указал, что “установление опасности должно основываться на высокой вероятности нанесения общественного вреда”⁶.

Другие государства демонстрируют сходные подходы к пониманию опасности лиц, страдающих психическими расстройствами, когда речь идет о принудительных медицинских мерах в контексте уголовного права. Так, в § 63 УК ФРГ, где предусмотрено помещение в психиатрическую больницу для таких лиц, признанных невменяемыми или уменьшено вменяемыми, опасность лица для общества раскрывается через риск совершения “серьезных противоправных деяний”, обусловленный психическим состоянием этого лица. В Нидерландах судебное решение о помещении в специальную (судебно-психиатрическую) больницу основывается на оценке содеянного лицом как преступления, наказуемого в уголовном порядке, а также на серьезном риске его повторения. Причем в

большинстве случаев содеянное лицом должно носить агрессивный характер (насильственные преступления против личности, нападения по сексуальным мотивам, изнасилования), риск же повторения неагрессивного деяния, направленного, например, против собственности, как правило, к применению принудительных мер не приводит⁷.

Проведенное в Швеции исследование 640 лиц с психическими расстройствами, совершивших уголовно наказуемые общественно опасные деяния и после судебно-психиатрической экспертизы направленных на принудительное лечение, за период с 1992 по ноябрь 1994 г., показало, что среди тех, кого эксперты оценили как представляющих риск с точки зрения будущего преступного поведения, 20 % совершили убийства. Среди же тех, кто был оценен как не представляющие такого риска (всего 65 человек), убийца был только один. Среди “группы риска” также было меньше лиц, совершивших преступления против собственности (14 % против 25 %), но больше совершивших поджоги (14 % против 9 %) и изнасилования (5 % против 2 %)⁸.

Указанное исследование проводилось в связи с тем, что с 1992 г. по закону от судов и судебных психиатров стал требоваться прогноз опасности лиц, которым назначается принудительное лечение. Такой вердикт суда одновременно должен включать и решение о будущем освобождении таких лиц: если риск совершения новых общественно опасных деяний оценивается как высокий, то освобождение из медицинского учреждения возможно только по решению суда. В результате исследования был отмечен и “гиперпрогноз” опасности — из 640 участников 575 лицам (90 %) принудительное лечение было назначено с освобождением по решению суда, в то время как по статистике в Швеции едва ли не менее половины прошедших такое лечение совершают новые преступления⁹.

Существует два основных подхода к оценке риска будущего опасного поведения лиц с психическими расстройствами — клинический прогноз, который представляет собой субъективную оценку специалистов, прежде всего, психиатров и психологов, и статистический прогноз, который строится на установлении факторов риска, выделенных в эмпирических исследованиях и обладающих статистической значимостью. В результате таких исследований,

⁵ См.: *Shah S. A. Dangerousness. A Paradigm for Exploring Some Issues in Law and Psychology* // *American Psychologist*. 1978. Vol. 33. No 3. P. 224.

⁶ *Monahan J., Shah S. A. Dangerousness and Commitment of the Mentally Disordered in the United States* // *Shizophrenia Bull.* 1989. Vol. 15. No 4. P. 547 – 548.

⁷ См. подробнее: *Зомер М. Динамика опасности психически больных и условия их лечения* // *Социальная и клиническая психиатрия*. 1994. № 4. С. 72 – 75; *Krul-Steekete J. Principal Legal Regulations* — In: *Law and Mental Health: International Perspectives*. Vol. 3. Pergamon Press. 1987. P. 34 – 35.

⁸ См.: *Belfrage H. Making Risk Prediction Without an Instrument. Three Years' Experience of the New Swedish Law on Mentally Disordered Offenders* // *International Journal of Law and Psychiatry*. 1998. Vol. 21. No 1. P. 59 – 61.

⁹ См.: *Ibid.* P. 60.

целью которых является повышение надежности оценок риска опасного поведения, создаются и формализованные инструменты, которые могут использоваться как в клинической практике, так и при формулировании мнений в юридически значимых ситуациях. Среди таких современных оценочных инструментов можно назвать Руководство по оценке риска насилия (Violence Risk Appraisal Guide — VRAG), которое было разработано на основе изучения группы более чем 600 пациентов-мужчин судебно-психиатрической больницы с максимальным режимом безопасности в Канаде, и HCR-20, состоящий из 20 ранжированных признаков, относящихся к историческим (Historic), клиническим (Clinical) и сопутствующим риску (Risk Management) факторам, которые в сочетании позволяют в каждом конкретном случае оценить риск насилия в частности и антисоциального поведения в целом¹⁰.

В исследованиях, обращающихся к статистически значимым показателям, выделяется целый ряд факторов, которые могут быть использованы в качестве маркеров, “предсказателей” будущей опасности. К таким факторам обычно относят клинические (диагноз психического расстройства, его тяжесть, динамика, синдромальное описание психического состояния больного и т.п.) и социально-демографические (пол, возраст, расовая или этническая принадлежность, принадлежность к определенной социальной группе и др.), а также употребление алкоголя или наркотических средств, факты применения насилия в прошлом, наличие или отсутствие социальной поддержки, личностные особенности (импульсивность, гневливость и т.п.), наличие стресса и другие характеристики. При этом важно отметить, что обозначение какого-либо параметра как фактора риска не означает, что этот фактор является причиной опасного поведения. В подобных исследованиях устанавливается лишь его статистически значимая корреляция с таким поведением при условии, что данный фактор ему предшествует.

Подводя итог подобным исследованиям, проведенным до середины 80-х годов прошлого века, американский исследователь Д. Монахан сделал ряд малоутешительных выводов. Во-первых, точность прогноза насильственного поведения оставляла желать лучшего — из каждых трех психически больных, оцененных психиатрами как опасные, с высоким риском агрессивного поведения, на самом деле совершал такие действия лишь один. Во-вторых, самыми лучшими “предсказателями” из социально-демографических оказались те же, что и в отношении лиц, не страдающих психическими расстройствами, а именно: пол, возраст, семейное положение, принадлежность к определенной социальной группе, а также случаи

применения насилия в прошлом. В-третьих, самыми худшими с точки зрения точности прогноза стали клинические факторы, например, диагноз психического расстройства. При этом роль одних и тех же факторов в насильственном поведении разными исследователями оценивалась по-разному. Так, из семи исследований связи диагноза и агрессивного поведения в четырех был установлен высокий уровень насилия среди пациентов с параноидной шизофренией, в двух исследованиях распространенность насилия у таких же больных определялась как низкая и в одном не было найдено никакой разницы в частоте насильственного поведения между пациентами с указанным диагнозом и пациентами с диагнозами иных психических расстройств¹¹. Надо заметить, что связь диагноза шизофрении с антисоциальным поведением вообще и с насилием в частности является весьма дискуссионной. Результаты одних исследований подтверждают высокие показатели насилия среди пациентов с таким диагнозом, в других делается вывод, что шизофрения без сопутствующего злоупотребления алкоголем или иными психоактивными веществами напротив является защитным фактором против агрессивного поведения¹².

В более поздних исследованиях для повышения надежности была предложена модель прогноза насилия при определенных условиях¹³. Эта модель предполагает не абстрактный прогноз будущего насилия для абстрактных больных, а увязку такого прогноза с целым рядом сопутствующих обстоятельств, например, с продолжающимся наблюдением у психиатра и лечением после окончания применения принудительной медицинской меры, что снижает вероятность опасного поведения в будущем. К условиям, повышающим риск такого поведения, авторы исследования относят отсутствие семьи, работы, определенного места жительства, бытовую неустроенность, употребление алкоголя или наркотических средств.

В исследовании, проведенном группой американских специалистов в 90-е гг. прошлого века (MacArthur Risk Assessment Study) и охватившим более 1000 пациентов острых отделений обычных психиатрических больниц — мужчин и женщин, использовались факторы риска, называемые в качестве таковых для психически здоровых преступников в криминологической литературе (пол, возраст, расовая принадлежность, прошлые судимости и т.п.), а также рассматри-

¹¹ См.: *Monahan J.* Risk Assessment of Violence Among the Mentally Disordered: Generating Useful Knowledge // *International Journal of Law and Psychiatry*. 1988. Vol. 11. P. 250 – 251.

¹² Подробнее см.: *Муллен П.* Шизофрения и агрессия: от статистических корреляций к методам профилактики // *Обзор современной психиатрии*. 2007. Вып. 2(32). С. 89 – 99.

¹³ См.: *Mulvey E. P., Lidz Ch. W.* Conditional Prediction: A Model for Research on Dangerousness to Others in a New Era // *International Journal of Law and Psychiatry*. 1995. Vol. 18. No 2. P. 129 – 143.

¹⁰ Подробнее см.: *Monahan J.* A Jurisprudence of Risk Assessment: Forecasting Harm Among Prisoners, Predators and Patients // *VA Law Review*. 2006. Vol. 92. No 3. P. 36 – 45.

ваемые с той же точки зрения психиатрами (диагноз и симптоматика психического расстройства, прошлые обращения за психиатрической помощью, алкогольная либо наркотическая зависимость и т.п.). Всего оценивалось 134 параметра потенциального риска насильственного поведения в отношении окружающих, объединенные в четыре группы: “предрасполагающие” (возраст, пол, расу, социальное положение, личностные особенности и т.п.), “исторические” (семейная история, предыдущие госпитализации, проявления насилия в прошлом, привлечение к уголовной ответственности и др.), “контекстуальные” (наличие социальной поддержки, круга общения и стресса, а также оружия) и “клинические” (диагноз и симптоматика психического расстройства, злоупотребление алкоголем и наркотиками, уровень функционирования в обществе). Исследование не выявило однозначной превалирующей роли той или иной группы факторов риска и привело авторов к выводу о необходимости учитывать их взаимодействие для более точного прогноза насильственного поведения как на уровне индивида, так и на уровне группы¹⁴.

В результате была разработана структурированная анкета, названная Классификация риска насилия (Classification of Violence Risk — COVR) и отличающаяся от иных формализованных инструментов тем, что в ней только первый вопрос является общим для всех лиц, подлежащих оценке, а другие задаваемые вопросы зависят от ответов на предыдущие. Обычно применяемые стандартизированные интервью, как правило, требуют ответов на все вопросы и последующей оценки каждого из полученных ответов. Такой подход, названный авторами “интерактивное классификационное дерево”, позволяет получить много различных комбинаций факторов риска и сделать итоговую оценку более индивидуализированной и, соответственно, точной. Используя только факторы риска, сведения о которых были доступны из историй болезни или ежедневной психиатрической практики, исследователи смогли отнести каждого из пациентов к одной из пяти категорий риска (распространенность насильственного поведения в течение 20 недель после выписки из стационара составила для этих групп 1 %, 8 %, 26 %, 56 % и 76 % соответственно). Исследование также показало, что подавляющее большинство

изученных пациентов оказалось в группе с самым низким риском (37 % против 7 % из группы самого высокого риска)¹⁵.

Для отечественной судебно-психиатрической теории и практики характерным является использование клинических методов оценки и прогноза опасности лиц с психическими расстройствами. Наиболее известным и практически используемым является подход, разработанный В. П. Котовым и М. М. Мальцевой, где для оценки и прогноза опасности лиц с психическими расстройствами предлагается использовать совокупность показателей — клинические характеристики лица и психопатологический механизм совершения им общественно опасного деяния, а также тяжесть прогнозируемого деяния и его вероятность¹⁶. При этом не остаются без внимания “исторические” и “контекстуальные” параметры. Авторами, к примеру, отмечается, что особую склонность к совершению новых опасных деяний можно наблюдать у психически больных, не работающих и не получающих пенсии, злоупотребляющих алкоголем, ранее привлекавшихся к уголовной ответственности и находившихся в местах лишения свободы. Риск совершения нового общественно опасного деяния повышают также отсутствие семьи, бытовая неустроенность, отсутствие определенного места жительства¹⁷.

Зарубежные статистические методики оценки и прогноза риска опасного поведения пока широкого распространения в нашей стране не получили, а собственные, оригинальные разработки в этой области отсутствуют. Однако эти методики доступны для российских специалистов и начинают апробироваться. Так, с помощью HCR-20 было проведено обследование 56 пациентов двух мужских отделений Архангельской областной клинической больницы — отделения принудительного лечения и общего психиатрического отделения. Среди больных первого отделения более высокие оценки получили такие параметры как молодой возраст (до 20 лет) на момент первого известного эпизода насилия и ранние (до 17 лет) проблемы адаптации дома, в школе или обществе. Было также установлено, что личностные расстройства и злоупотребление алкоголем либо наркотиками повышают риск криминального, в том числе насильственного, поведения¹⁸.

¹⁴ См.: *Monahan J. Violence Risk Assessment* — In: *Handbook of Psychology: Forensic Psychology*. 2003. P. 527 – 540. См. также: *Monahan J., Steadman H., Silver E. et al. Rethinking Risk Assessment: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*. New York: Oxford University Press. 2001; *Steadman H. J., Mulvey E. P., Monahan J. et al. Violence by People Discharged From Acute Psychiatric Inpatient Facilities and by Others in the Same Neighborhoods*// *Archives of General Psychiatry*. May 1998. Vol. 55. No 5. P. 393 – 401.

¹⁵ См.: *Monahan J. A Jurisprudence of Risk Assessment: Forecasting Harm Among Prisoners, Predators, and Patients*. P. 45 – 50.

¹⁶ См. например: *Принудительное лечение в психиатрическом стационаре: Руководство для врачей / Под ред. В. П. Котова*. — М.: РИГ ГНЦ СиСП им. В. П. Сербского, 2001. С. 326 – 338.

¹⁷ См.: *Мальцева М. М., Котов В. П. Опасные действия психически больных*. — М.: Медицина, 1995. С. 48 – 54.

¹⁸ См. подробнее: *Пономарев О. А., Парняков А. В., Войцеховский В. В., Упадышева С. Л. К оценке риска проявлений насилия у больных психиатрического стационара // Проблемы профилактики общественно опасных действий психически больных (сборник научных трудов)*. М.-Троицкое, 2007. С. 109 – 111.

И клинические, и статистические методы оценки и прогноза опасности лиц с психическими расстройствами имеют и свои достоинства, и свои недостатки. Применительно к статистическим инструментам зарубежные специалисты отмечают, что поскольку они отрабатываются на пациентах с конкретными половыми, расовыми, этническими и социо-культурными характеристиками, то не ясно, будут ли они столь же надежными при использовании в отношении тех, кто такими характеристиками не обладает. Говоря о клинических методах, внимание обращается на их способность учитывать редко встречающиеся и защитные факторы риска опасного поведения, в частности, индивидуально определенный характер угрозы, что нельзя сделать при применении только статистических методик. В этой связи надо согласиться с

В. С. Ворониным и В. Г. Булыгиной, что “компромисс может быть достигнут при применении структурированной клинической оценки, представляющей собой сочетание эмпирических знаний и профессионального клинического опыта”¹⁹. Точность прогноза риска проявления насилия, по мнению этих авторов, может быть значительно повышена, если не только использовать схемы с точными определениями, но и добиться согласованности между экспертами благодаря их подготовке, знаниям и опыту, делать прогноз определенного поведения на определенный период времени, иметь возможность обнаружить и зарегистрировать насильственные действия, а также получить доступ ко всей относящейся к делу объективно подтвержденной информации²⁰.

¹⁹ Воронин В. С., Булыгина В. Г. Клинико-психологические подходы к оценке риска внутрибольничной агрессии// Проблемы профилактики общественно опасных действий психически больных (сборник научных трудов). М.-Троицкое, 2007. С. 80.

²⁰ См.: Там же.

Только психопатологически выводимая социальная опасность — предмет психиатрии

Ю. С. Савенко

Проблема социальной опасности лиц с психическими расстройствами обычно обсуждается даже специалистами в общем виде, причем не только в популярных изданиях, но и в профессиональной литературе. Между тем, эта проблема имеет принципиально разный смысл в общей и судебной психиатрии. Характерно, что споры относительно этой проблемы выражают тенденцию каждой стороны сделать свою позицию универсальной, не считаясь с совершенно различной эмпирической почвой этого противостояния.

Опасность для окружающих представляют:

из числа пациентов общей психиатрии — только часть тех из них, кого адекватно стационарировали по пункту “а” ст. 29 Закона о психиатрической помощи, что делается достаточно очевидным в первые же дни пребывания в стационаре, т.е., это только вероятная опасность, так как пунктом “а” часто пользуются вместо п. “в” для упрощения процедуры;

из числа пациентов судебной психиатрии — все, кто раньше на деле уже проявил свою опасность для здоровья и жизни окружающих, вплоть до убийств, причем нередко не в первый раз.

Таким образом, речь идет о качественно различных группах в отношении их опасности. Между тем, клинические психиатры и судебные психиатры судят об опасности лиц с психическими расстройствами в целом, исходя из своего опыта работы с совершенно разными выборками. К этому необходимо добавить, что сама концентрация больных с высоким риском агрессии и опасных действий в судебно-психиатрических экспертных отделениях, а затем в психиатрических стационарах принудительного лечения в свою очередь значительно повышает физическую опасность для их обитателей, как пациентов, так и персонала.

На основании укоренившегося у клинических и судебных психиатров совершенно различного эмпирического опыта, они исходят из совершенно различного порядка ценностных приоритетов. Судебные психиатры — из безусловного приоритета общества и государства, что по многим основаниям для них естественно. Клинические психиатры — из интересов личности. Поэтому судебные психиатры фактически автоматически оказываются на позициях полицейской психиатрии, пытаясь навязать их всей психиатрии.

Это делается вопреки тому, что до сих пор повсеместные целенаправленные исследования общественной опасности лиц с психическими расстройствами по сравнению с общей популяцией опровергают

ходячие представления об особой опасности психически больных. Это делается также вопреки классическому и далеко не случайному разграничению гражданского и уголовного права¹. Поэтому, когда в процессе законотворческой деятельности перевес получают (не в численном отношении, а по активности) представители судебной психиатрии, постоянно работающие с убийцами, повышается риск, что соответствующий законопроект приобретет охранительный (полицейский), а не правозащитный характер. Последнее время вероятность этого перешагнула критический порог: стала откровенной и даже агрессивно наступательной. Отсюда этот возглас из недр Центра им. Сербского: “Вся медицина полицейская и должна быть полицейской!” (НПЖ, 2007, 4, с. 87). Так всей пограничной психиатрии и даже медицине в целом навязывается модель действий при особо опасных инфекциях, т.е. режим чрезвычайных ситуаций с мораторием на все гражданские свободы и права человека.

В орбиту нашей дискуссии влилась — как имеющая к ней непосредственное отношение и содержащая ряд основных, оспариваемых нами положений, — работа Ю. Т. Кагановича, зам. главного врача Московской психиатрической больницы № 5 (Троицкое-Антропово), “единственного регионального психиатрического стационара РФ, целиком профилированного по принудительному лечению”, в юбилейном сборнике к его столетию (9).

Полицейский характер обнаруживается в самом названии этой работы: “Принудительное лечение как средство защиты общества от опасных действий психически больных”. Между тем, принудительное лечение имеет целью освободить от риска опасных действий не только общество, но и самих психически больных, которые сами тоже страдают от своих опасных действий, оставляющих на их человеческой судьбе неизгладимый след. Разумеется, в случаях гомицидных действий не приходится говорить о каком-либо балансе и знак асимметрии, дающий обычно приоритет слабой стороне, меняется на обратный, но опять-таки после конкретного индивидуального анализа.

¹ В уголовном праве говорят о преступлениях (crime), в гражданском праве — о деликтах (delictum), как “поведении, вызвавшем некое повреждение, которое не достигло установленного обществом стандарта преступления (Лоуренс Фридман. Введение в американское право. М., 1992, с. 122). Речь обычно идет об имущественном ущербе, требующем возмещения.

В работе содержится убеждение о глубокой, чуть ли не имманентной связи риска опасных действий с психически больными, причем не только с теми, которые их уже совершили, находясь в психотическом состоянии с продуктивной психопатологической симптоматикой, но и по так наз. “негативно-личностному” типу, которых в три раза больше, и которые могут успешно диссимулировать и “после проведенного принудительного лечения или неотложной госпитализации”² нередко выписываются с прежней ценностной ориентацией и социальными установками”, так как психофармакотерапия не оказывает на них существенного влияния. Так автор легко и незаметно для самого себя переходит с судебной психиатрии на общую, перенося сюда драматический пример насильника и убийцы и иронизируя над необходимостью соблюдать баланс гуманного отношения к матери убийцы и матери погибшей. Автор фактически уравнивает социальную опасность убийц-психопатов после курса принудительного лечения и больных, неотложно госпитализированных по пункту “а” ст. 29 и считает необходимым настойчивые и длительные реабилитационные мероприятия в условиях закрытого психиатрического стационара. Но “увеличение удельного веса групповых, особо жестоких повторных деликтов указывает” не на “отставание теории и практики от предьявляемых обществом требований”, как пишет автор, а об особом состоянии общества в анализируемый период. Это давно изучено и точно объяснено Эмилем Дюркгеймом как аномия, т.е. потеря доверия и уважения к институтам и законоположениям своего общества. Собственно автор этой работы тут же демонстрирует это неуважение, выражая недоверие “настоятельному требованию” Минюста в 2001 году отозвать методическое письмо Минздрава от 23.07.99 “якобы из-за наличия в нем правовых норм”.

Выводы относительно особой опасности психически больных на основе статистических данных не вызывают доверия в силу уже того, что основываются на этом чисто индуктивном методе. Например, подсчет ведется не от числа всех совершенных убийств, а от числа выявленных убийц. Но психически больные попадают на порядок чаще, на них чаще списывают убийства, наконец, их убийства часто имеют значительно больший резонанс... Мы не знаем исследования, в которых все эти и многие другие возможные ошибки для такого рода вывода были бы учтены. Например, резкое повышение процента больных с общественно опасными действиями (ООД), направленных против личности, от общего количества больных в ПБ № 5 от 20,4 % в 1968 – 1977 гг. до 76 % в 1998 – 2006 гг. отражает в большей мере процессы профилизации этой больницы, а не ситуацию в населении. В целом по стране этот рост (9, с. 16 – 17) “главным образом обу-

² Это и другие выделения в тексте принадлежат редактору журнала.

словлен увеличением продолжительности принудительного лечения” (В. П. Котов) (9, с. 34). Наконец, даже по имеющимся данным “75 % новых деликтов совершены вне психоза по негативно-личностным механизмам, причем до 40 % повторных ООД совершены в течение года после выписки из стационара”. Из этого следует, что вовсе не психопатологические характеристики ответственны за повторные деликты. Нет никаких оснований не доверять профессионализму комиссий по выписке, которые обычно имеют прямо противоположный уклон.

С другой стороны, общеизвестно, что все основные преступления в истории, прежде всего массовые преступления, были делом психически здоровых людей.

Сказанное не означает, что психически больные, особенно уже совершившие гомцидные акты, не опасны, и что профессия психиатра не является опасной, а ее стремительно сокращающиеся льготы, данью указанным ошибкам.

Существует принципиальное различие между опасностью психически больных в реальном обществе, в силу их растворенности в населении, и опасностью при их сконцентрированности в психиатрическом учреждении, либо в силу избирательного непосредственного контакта с ними врачей-психиатров в стационарах общего профиля или на дому, где в силу отсутствия обученного персонала и полноценной терапии риски для врачей еще выше.

Опубликованный нами в мониторинге (7) отрицательный пример: в Перми судья мотивировал отказ удовлетворить ходатайство больницы об изменении пациенту меры медицинского характера на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра следующим образом: “Сколько ему положено было отсидеть, столько он у вас отлежит”, автор не считает отрицательным и выражает пренебрежительное отношение к “теоретическим высказываниям и предположениям ученых” и даже к “собственному опыту и интуиции”. “Все это вместе, к сожалению, дает до 50 % ошибок в нашем прогнозе. С целью повышения точности прогноза мы не можем предложить ничего кроме сказанного”. “Судья в некорректной и по сути незаконной форме высказал определенный подход к рассматриваемой проблеме, который исповедуется не только им...” И свое “представление о минимуме ответственности совершившего “преступление” психически больного своеобразно уравнивая его с психически здоровым.”

Ошибка подобного подхода состоит в тенденции принимать решения оптом, в общем виде, вместо индивидуализации. Пример с судьей — это не клинический пример, т.е. не конкретная индивидуальная история как феномен, а индуктивный пример ситуации в целом. Такие примеры приводил и проф. В. Г. Ротштейн относительно суицидальных высказываний (НПЖ, 2007, 4). Они производят сильный эмоциональный суггестивный эффект, они привлекательны

резким сокращением усилий, необходимых для индивидуального анализа, в силу своей концептуальности, но это путь упрощений, путь, которому нельзя давать зеленую улицу уже в самом себе. Конечно, легко представить себе психически больного — изувера, которого реально опасно выпускать по обычным критериям, и такие больные постоянно бывают в ПБ № 5. Они впечатляют даже опытных врачей, они сразу приходят на ум, неизбежно гиперболизируются и определяют собой наш общеизвестный обвинительно-охранительный уклон. Но ведь для коррекции этого и существует индивидуализация. А нам предлагается перенесение такого рода практики на всех больных и даже ее юридическое закрепление. Такова полярная нам позиция, которая встречает отпор со стороны всех юристов (С. В. Полубинская, С. Н. Шишков) (7). И это естественно для юридического аспекта рассмотрения.

Во всех многочисленных случаях участия в судебных делах лиц с психическими расстройствами (в качестве экспертов, специалистов, свидетелей) мы ни разу, ни в актах СПЭ, ни в устных выступлениях судебных психиатров не встречали доводов, представляющих конкретное выведение и обоснование психопатологического генеза ООД. Всякий раз дело ограничивалось апелляцией к констатации тяжелого психического расстройства на момент деяния. Ни разу мы не встречали в практическом обороте специальных разработок ведущих сотрудников Центра им. Сербского по этой проблематике В. П. Котова и М. М. Мальцевой, выделенные ими еще в 1995 году психопатологические механизмы реализации ООД или разработанную в 2001 году шкалу оценки ООД. Между тем, во многих случаях высоко актуальное практическое значение имеет прогноз ООД на ближайшее будущее, так как от этого зависит характер, массивность и длительность принудительного лечения. Но даже такой вопрос перед экспертами обычно не ставится.

Повторяется ситуация с превосходной инструкцией Минздрава по написанию “Заключения СПЭ”, которая фактически никем не выполняется: слишком многих дополнительных усилий это требует. В судебных заседаниях упрек в отсутствии предписанного инструкцией анализа парируется явно для профформы смехотворным доводом: “Мы это выполнили при устном обсуждении”.

Публикуемый в этом выпуске журнала в “Досье эксперта” отпор нашим замечаниям со стороны коллег из Йошкар-Олы является наиболее полным письменным свидетельством, документирующим позицию, ставшую стандартной, со стороны Центра им. Сербского. — Кто вы такие? Какое отношение вы имеете к судебной психиатрии? У вас есть лицензия? У вас есть сертификат? Когда вы проходили специализацию? Какой у вас экспертный стаж? Вы работаете в государственном экспертном учреждении?...

Нам до сих пор делается неловко за коллег, которые вместо полемики с нами по существу дела в качестве первого и основного довода пытаются оспорить правомерность высказаться оппоненту. Если и заходит речь о собственно профессиональных клиничко-психопатологических доводах, то по большей части это простое настаивание на своих зафиксированных в акте СПЭ положениях, вместо их обоснования, не останавливающееся перед прямым введением суда в заблуждение. Например, перед отождествлением выставленного невропатологом диагноза энцефалопатии с деменцией, или второй группы инвалидности по спец ВТЭК с фактической недееспособностью, или утверждением об отсутствии продуктивной психопатологической симптоматики, игнорирующим в качестве таковой бредовое восприятие, или даже с передегиванием шифров МКБ-10: шизофрения вместо шизотипического расстройства, зависимое расстройство личности, возникшее в зрелом возрасте в результате технологий “тоталитарных сект”, и т.д. и т.п., используя попустительство либо нередко содействие самого суда. Такого рода приемы, использованные в откровенно заказных громких делах, стремительно тиражировались в рутинных квартирных делах, ведя к разращению кадров.

Общая тенденция прогноза общественной опасности лиц с психическими расстройствами, согласно многочисленным зарубежным исследованиям, состоит в необходимости, наряду с клиничко-психопатологическими характеристиками обязательно учитывать характер деяния. Более того, исследования последних нескольких десятилетий указывают на большую значимость “негативно-личностных”, а не “продуктивно-психопатологических” расстройств, а прежние представления о решительном перевесе значимости психопатологических характеристик сменились представлением о не меньшей значимости общеклинических характеристик, общих с криминологическими. Вывод о незначимости продуктивно-психопатологических расстройств может быть связан с чисто индуктивным (статистическим) анализом данных вместо параллельного использования клиничко-феноменологического метода. Отсюда такие курьезы, как достаточность для прогноза общественной опасности паспортных данных (Э. Ф. Казанец). Поэтому предстоит непочатый край работы по перепроверке выводов прежних исследований с позиций не односторонне индуктивного подхода, экспресс-технологий, больших выборок и т.п., а сочетания их с феноменологическим методом, индивидуальным анализом на уровне корректно подготовленных образцов для статистической обработки в соответствии с принципами новой общенаучной парадигмы. Но и традиционный вероятностный подход полностью не освоен нашим профессиональным сообществом. Между тем, непременным требованием современной научной методологии является умение мыслить вероятностно,

считать вероятности, учитывая различные привходящие факторы и вероятностные иллюзии. Доктор В. Мотов привел выразительные примеры такого рода, в частности, ложноположительных предсказаний, т.е. предсказания опасности там, где ее нет (6, с. 62 – 63).

Мы видим **конструктивный выход** из возникающих противоречий в **тщательном анализе конкретных типовых примеров**, призывая коллег к обсуждению тех из них, которые были помещены в нашем журнале: к историям Андрея Новикова из Рыбинска, Ларисы Арап из Мурманска, Ольги Поповой из Москвы и, наконец, Артема Басырова из Йошкар-Олы в настоящем выпуске журнала (НПЖ, 2007, 3, с. 75 – 81; 4, с. 12 – 16, 87 – 94). Все они получили громкий международный резонанс в связи с реальной угрозой стать началом очередного широкомасштабного использования психиатрии в политических целях по советским сценариям 1960 – 1980 гг. Поэтому наши усилия направлены на то, чтобы предотвратить это в самом зародыше.

Во всех этих четырех конкретных историях у нас фактически **не было ни диагностических, ни терапевтических расхождений** с коллегами, по крайней мере, при личном обсуждении. Во втором случае речь шла о F 20, во всех остальных о F 21. **Расхождения касались оценки тяжести и вероятности ООД**, ее постоянного сдвига в сторону усугубления опасности. Каждая из этих четырех историй дополняет другую, актуализируя различные стороны проблемы.

В деле Андрея Новикова это отсутствие состава, даже события преступления, и неадекватное использование в заключении СПЭ понятия “социальной опасности” в отношении публицистических текстов, вопреки неотмененному еще запрету цензуры.

Дело Ларисы Арап является примером того, как политическая ангажированность одной стороны вызывает симметричную реакцию другой стороны, как политизация легко самозарождается и быстро разрастается.

Дело Ольги Поповой пример того, как в угоду высокому начальству коллеги не останавливаются перед тем, чтобы запугать и сломать личность.

Дело Артема Басырова пример взятия психиатрами под козырек перед силовиками вместо отстаивания автономии и аполитичности своих профессиональных решений.

В чем состояла опасность в этих случаях?

В случае эпатажного, пишущего всегда на грани допустимого известного журналиста Андрея Новикова об опасности стало возможно говорить после принятия в 2002 и в 2006 годах “резиновых” формулировок закона об экстремизме и “профилактике террористической деятельности”. Это полный эквивалент памятной “клеветы на советскую власть”. Такого рода “опасность” представляет в устах психиатра откровенную социологизацию и политизацию психиатрии с полным игнорированием прошлого опыта, в ко-

тором Центр им. Сербского уже не кается, а в духе времени категорически отрицает. Эксперты были правы, что А. Новиков не отдавал отчет в общественной опасности своих действий и не мог руководить ими, но они были не правы и не вправе писать, что он представлял социальную опасность и рекомендовать ему стационарное принудительное лечение.

Опасность Артема Басырова носила крайне проблематичный, скорее всего, надуманный характер. В наше время психиатр поставлен в значительно более тяжелые условия: он не может целиком доверять сообщаемым ему ситуационным и анамнестическим сведениям, которые прежде назывались “объективным анамнезом”, слишком часты оговоры со стороны соседей, сослуживцев, даже родственников, даже властей, для которых это может быть оперативным провокационным приемом типа подбрасывания наркотиков или выколачивания признательных показаний³.

А как быть с “опасностью” в случаях, отнюдь не редких фальсификаций уголовных дел? Если психиатрам-экспертам запрещается обсуждение достоверности исходных данных, на которые они опираются, то как легко манипулировать экспертами, подсовывая тот или другой фальсифицированный материал, и как все легко “умывают руки”, не прилагая лишних усилий. На фальсификацию квартирных дел работают целые отлаженные бригады и даже своего рода “фабрики”.

Согласно версии недобровольной госпитализации самого Артема Басырова, это — зачистка от смутьянов перед выборами для предотвращения заявленного митинга. Или он приставал с сексуальными намерениями к женщинам, как заявили двое милиционеров, одетых совсем не по форме? Как разобраться в лабиринте этих возможностей? В случае А. Басырова это не лабиринт. Достаточно клинической беседы, достаточно даже просто увидеть его облик и манеру держаться, чтобы понять крайнюю искусственность, неестественность вменяемых ему действий, не совместимых ни с его характерологическими особенностями, ни с фоном настроения, ни с психопатологическими особенностями, в частности характером его сенестопатий.

В чем состояла опасность Ольги Поповой? Только в надоедливых приставах, для избавления от которых высокого лица пошли на грубые преувеличения: “суицидальный риск”, “порча имущества”, “запугивание” (доводы врачей на суде: если судебный психиатр испугалась, то это серьезно).

Что касается опасности Ларисы Арап, то даже в остром психотическом состоянии она не совершала никаких ООД, ее так называемая агрессия состояла в

³ См. в настоящем выпуске журнала пример экспертной ошибки Центра им. Сербского, стоившей пострадавшему трех лет принудительной активной нейрорелептической терапии в результате вынужденного самооговора.

демонстративных реакциях протеста: “рвала занавески”, “объявляла голодовки”, “угрожала жалобами в прокуратуру” с целью помешать недобровольной госпитализации, а потом с целью вернуть в больницу поблизости от семьи. Дальше скандала дело никогда не заходило. Таким образом, в ее случае можно было говорить не об общественной опасности, а о персональной для нее опасности в силу отказа от терапии при обострении психоза. Но этот отказ — следствие еще и памятного для нее грубого обращения в стационаре.

Применение к такого рода случаям понятия “общественной опасности” неадекватно и девальвирует само это понятие...

“Общественная опасность” так же как “вменяемость” и “дееспособность”, сложные многомерные категории, целостное использование которых является прерогативой суда, который интегрирует все отдельные аспекты (измерения) этих категорий: социологическое (криминологическое), психологическое и психопатологическое. Это три основных типа понимания, описания и анализа или вывода поведения.

Социологический (в данном случае криминологический) аспект поведения представляет его выведение из целей, которые преследует конкретная личность, и ценностей, которые она исповедует.

Психологический аспект поведения — это его выведение из характерологических особенностей конкретной личности в ее конкретной жизненной ситуации.

Психопатологическое выведение общественной опасности обозначает исчисление (хотя бы в четырех градациях) рисков совершения ООД в ближайшем будущем (либо вероятность инкриминируемых ООД), непосредственно вытекающих или причинно связанных с конкретными психопатологическими характеристиками продуктивной и негативной симптоматики, ее динамических особенностей, а также изменений, привносимых лечением. **Только такая опасность — предмет психиатрии.**

Понятно, что эти аспекты дополнительны друг другу и должны, каждый, анализироваться с возможной полнотой. Психиатр нередко располагает данными психологического заключения. Однако оно обычно ограничивается экспериментально психологическим анализом, упуская клиничко-психологический. Что касается социологического аспекта, то — поскольку это понимание по здравому смыслу, по универсальной логике вещей, — он доступен каждому на его уровне. Все это позволяет и психиатру, как пато-антропологу, а не пато-психологу, прояснять структуру “фона” в контексте которого он работает. Психопатологическое выведение общественной опасности представляет значительное разнообразие форм. Это выведение из бредовой системы, обманов восприятия, острого психотического расстройства, дисфорических состояний, нарушений сознания, пароксизмальных состояний, импульсивных и эксплозивных расстройств личности. В наиболее общем виде это типо-

логизируется как продуктивно-психопатологические и негативно-личностные расстройства.

Вместо этих научно выверенных, дифференцированных профессиональных усилий, выяняющих выводимость из конкретных клиничко-психопатологических характеристик вполне определенной формы общественной опасности, мы встречаем диффузный обывательский довод: “Да от них всего можно ожидать!”. Это мы слышали и в Апатитах, и в Йошкар-Оле... Конечно, при таком уровне понимания верх берут административные распоряжения.

За последние 12 лет в отношении “общественной опасности” перед нами прошла вереница предельных контрастов, когда, например, прибегая к сознательному обману, который мы неоднократно разоблачали на страницах НПЖ, предъявлялись обвинения Свидетелям Иеговы и пятидесятникам в “причинении грубого вреда психическому здоровью” своих членов, тогда как они (особенно ярко в Магаданской области) — островки трезвости и духовности. С другой стороны, за это же время беспрепятственно издается самая известная фальшивка черной пропаганды — “Протоколы сионских мудрецов”, специально созданная царской охранкой для провоцирования кровавых еврейских погромов, использованная Гитлером для оправдания лагерей уничтожения. В этом наши власти не усмотрели ни “экстремизма”, ни “разжигания розни”, зато недавно обнаружили общественную опасность в басне И. А. Крылова “Пестрые овцы”, которую вырезали из программы художественного чтения Михаила Казакова. Куда придут психиатры, если они будут идти в фарватере так понимаемой “общественной опасности”?

Рассмотрим в заключение, **как же определяется сейчас общественная опасность.** Полнее и глубже понять существо этого понятия помогает история его формирования.

Согласно современному сравнительному правоведению, **“общественная опасность”** деяния и лица определяется как **возможность причинения “действием или бездействием” вреда или созданием реальной угрозы причинения вреда личности, обществу или государству, которые имеют четыре степени тяжести и четыре степени вероятности** (маловероятно, вероятно, высоковероятно, почти несомненно) (5).

В основе этого определения как и всего современного уголовного права лежит тезис его великого реформатора Чезаре Беккариа (1764): единственным и истинным мериллом преступлений является вред, который они приносят, а не намерения лиц, их совершивших, не достоинство потерпевших лиц, и не тяжесть греха (1). Более 100 лет назад, в 1902 году, в классическом труде “Русское уголовное право” Николай Степанович Таганцев подразделял “причинение вреда” на “вредоносное деяние” и “опасное деяние” и подчеркивал, что оценка опасности “возможна толь-

ко по обстоятельствам каждого отдельного случая” (3).

Конечно, некорректно говорить об общественной опасности деяния и лица на равных. Их разделяет огромная дистанция: в отношении лица оно является рутинным, в отношении деяния оно является слишком общо, проблематично и требует всякий раз конкретного анализа и обоснования. Собственно здесь мы как раз сталкиваемся с необходимостью проверки выводимости опасности из личности (нормальной или патологической) в конкретной ситуации. Легко судить деяния и очень трудно судить личности, здесь необходима большая осторожность. Традиционные доктрины права исходили из того, что судить личность может только Бог.

Исторический аспект проблемы общественной опасности лиц с психическими расстройствами наиболее целенаправленно исследовал Мишель Фуко, для которого исходной и базисной была проблема взаимоотношений пенитенциарных и психиатрических учреждений с властью. 30 лет назад в работе “О концепции “социально опасного субъекта” в судебной психиатрии XIX столетия” (4) Фуко показал, как правовое представление о преступлении и наказании усложнилось промежуточным фактором — личностью преступника, “отодвинувшим на задний план само преступление” и “психиатризовавшее” понятие опасности.

Дискуссия 1967 года и современная ситуация отражены на страницах нашего журнала (10, 6).

Первоначально в первую четверть XIX столетия серия немотивированных убийств, сопровождавшихся необъяснимой жестокостью и противоестественностью, была психиатризована понятием “мономании убийства”, и, — хотя “речь шла о преступлениях, которым не предшествовали, которые не сопровождались, и за которыми не следовали традиционные признанные и очевидные признаки невменяемости”, — признана невменяемостью. “Мысль о возможном родстве между сумасшествием и преступностью стала укореняться даже среди юристов”. То, что это произошло, причем вопреки классикам конца XVIII века, Пинелю, например, предостерегавшим от “смешения преступления с душевной болезнью”, Фуко связывает не с “имперскими амбициями психиатров”, а с выполнением психиатрией функции социальной гигиены, т.е., “контроля за социально опасными элементами”.

Следующей вехой стало столкновение школы уголовной антропологии Чезаре Ломброзо с Международным союзом уголовного права Франца фон Листа (Franz von Liszt). Высоко ценя Ломброзо за создание антропологического направления в изучении преступника, Лист сумел доказать, что “Homo delinquens” — прирожденный преступник — не существует. Иными словами, преступник не представляет собой антропологического типа. Не существует ни особых “преступных мозгов”, ни особых “черепов убийц”...

“Уголовно-антропологическое исследование должно избегать использовать определения преступлений, установленные в уголовном уложении. Оно должно стремиться к исследованию человека, а не определения.” Лист показал необходимость каждый раз конкретного анализа индивидуального сочетания множества факторов уголовной антропологии, которую Ломброзо распространил на всего человека (вместо узко биологического подхода) и уголовной социологии (статистики)... “Все попытки установления антропологических типов преступников вообще, убийц, поджигателей, фальсификаторов, насильников... мы можем оставить в стороне как методически фальшивые” (2). Так более столетия назад был отвергнут идущий от Ф. Гальтона односторонний индуктивный подход.

Представление Ломброзо, что каждый преступник по своим телесным и душевным признакам обнаруживает атавистический регресс к примитивному человеку, дикарю, монголу, само является регрессом к вульгарным обывательским представлениям и объясняет их популярность в обывательском сознании до настоящего времени. Вот как Ломброзо описал особенности “преступника”: “Преступник — субъект крупный и тяжеловесный, имеет длинные локтевые кости, он — нередко левша, череп выдается назад, и его особенности суть: развитие лобных пазух, величина яремных дуг, выступание надбровной дуги, прогнатизм, толщина черепных костей, многочисленные затылочные углубления; на лице — отвислые уши, глаза косые, нос кривой, лоб узкий, богатая растительность на голове, жидкая борода, скулы сильно выдаются. У него мозг, сердце, печень, легкие, желудок подвержены частым заболеваниям; болевые ощущения понижены, отсюда — презрение к смерти, жестокий нрав, обычай татуироваться, продолжительная жизнь; осязание, слух, зрение, мышечное чувство — понижены, зато повышены обоняние и чувствительность к магнетическим и метеорологическим влияниям. В нравственном отношении прирожденный преступник оцепенел: он не знает чувства сострадания, не понимает раскаяния, нет у него совести. Он — атеист, пустой, тщеславный, лентяй, непостоянный, легкомысленный, суеверный, любит женщин и предается половым излишествами, картежной игре и пьянству; оргии для него — то же, что наши общественные разговоры; он — недалеко, невосприимчив, более хитрый, чем умный, предпочитает подражать, а не изобретать, любит тайные сообщества, выражается на совсем особенном языке, имеет свою особенную литературу, пишет своим особым почерком, при том, если он — убийца, то иным, чем если он вор или мошенник”. Эта привлекательная для наивного сознания индукция “не имеет никакой научной цены”, ей “нельзя верить” (Лист) (2).

Фуко показал, что хотя от основополагающих категорий криминальной антропологии с конца XIX

века повсеместно отказались (как наивного позитивизма) и ее сменила “значительно более утонченная и значительно более приемлемая для уголовного права психосоциология правонарушений”, благодаря антропологической школе **в юридическом мышлении и практике произошел “переход от совершенного деяния к потенциально опасности, и от определения наказания виновному к абсолютной защите от него”**, от причинно-следственных категорий вины и ответственности к вероятностным категориям общественной опасности и профилактики. Понятия классической школы уголовного права не имели дела ни с “криминальностью субъекта”, ни с “социальной опасностью”. Эти категории стимулировали развитие техник, позволяющих охарактеризовать личность преступника и степень его опасности, и идею, что преступлением должны заниматься не судьи, а эксперты: психиатры, криминологи, психологи и т.д., вплоть до высказывания ими мнения по делу в целом, а не по отдельным вопросам, а **концепция социальной опасности** позволила объединить все преступления, независимо от их тяжести, и меры социальной защиты от нее. Они до сих пор теснят уголовное право с его основными понятиями свободы и ответственности. Фуко называет концепцию социальной опасности еще и “психиатрической теорией преступности” (4).

Фуко предположил, что вызванная индустриализацией и урбанизацией проблема риска, опасности и юридической ответственности в связи с несчастным случаем, так наз. “невинная ответственность” в гражданском праве послужила моделью для уголовного права на базе идей криминальной антропологии. “Поскольку ответственность без вины связана с риском, который нельзя полностью устранить, то привлечение к ответственности означает не наказание, а устранение последствий риска, а также возможное понижение степени риска в рискованных ситуациях. Устранив вину, ... законодатели гражданского права внесли в правовую науку понятие вероятности возникновения опасности и выдвинули идею санкций, чье предназначение видится в охране, защите от опасности, ... снижении, насколько это возможно, “криминального риска”... путем различных ограничительных или терапевтических мер”. “Субъект подлежит ответственности, так как он создает ситуацию повышенного риска, даже если он невиновен”.

“Ключевую роль для перевода криминологических понятий в правовые сыграло понятие *риска*... Ставшее отныне центральным понятие “социально опасного субъекта”, введенное Принсом в 1905 г., вошло во все уголовно-правовые институты во всем мире, но потребовалось около ста лет, чтобы оно стало частью правового мышления.

Постепенно выдвигая на передний план преступника не только как просто исполнителя преступного деяния, но также как социально опасного субъекта, способного к совершению подобных деяний, не полу-

чает ли общество право применять к такому лицу какие-то меры на основании только лишь характеристики его личности?.. В этом видится дурное предзнаменование больших опасностей, с которыми сопряжено санкционированное законом вмешательство в жизнь человека только на основании того, что он из себя представляет, из такой посылки могло исходить лишь напуганное общество” (4).

Мы видим, что за устрашающими словами о “риске”, которым чреват “социально-опасный субъект”, “криминально-опасный”, совершенно отсутствует указание, какая именно общественная опасность имеется в виду, о какой криминальной опасности идет речь. В этом исток безграничной расширительности и в конечном счете, девальвации термина. Поэтому дальнейшее развитие пошло по пути дифференциации этого понятия, выяснения его сложной структуры по многим характеристикам. Они особенно подробно разработаны американской судебной психиатрией: характер опасности, ее размеры, вероятность, близость во времени, частота, особенности ситуации. Относительно характера опасности, например, подчеркивается асимметрия того, грозит ли опасность людям или собственности, является ли она непосредственно физической или опосредованной психологической (угроза, которая вызывает страх, доведение до самоубийства), является активной или пассивной и т.д. (6). Для нас здесь наиболее значима опасность агрессивности и гомицидности, а также суицидности и виктимности.

Мы видим, что описывая исторический момент, когда опять посчитали необходимым устанавливать мотив преступления, т.е. психологически понятную связь, Фуко отождествляет ее с “рациональным объяснением содеянного”, “интересами, планами, характером, наклонностями и привычками субъекта”. Здесь совмещены психологическая и криминологическая системы выведения, а психопатологическая представлена в виде “всего остального”, а не самостоятельного выведения. “Там, где не было заметно повода для совершения данного деяния, в чем нельзя было усмотреть смысла” возникало подозрение о психической неполноценности. Между тем границы этих трех сфер проходят вовсе не на одной общей плоскости, а свободно перекрывают друг друга в многомерном пространстве. Так, например, психогенные психозы поддаются психологическому выведению, но не делаются от этого психологическими реакциями. Поэтому необходимы конкретные усилия по всем типам выведения. Ни одно из них, сколь убедительным оно бы не казалось, не отменяет другие. Фуко явно смотрит на проблему глазами теоретика, уже сформулировавшего свою стройную концепцию. Поэтому он всюду находит и видит ее подтверждение. Но это сплошь и рядом не более чем совпадения, аналогии, омонимы, так как **достоверно лишь то, что достигается нахождением сходства не при сличении с образ-**

цом, а идея от внутренней структурно-функциональной общности.

Те, кто вслед за Мишелем Фуко и Томасом Сазом (Thomas Szasz) представляют психиатрическое знание как миф, не замечают, что этот тезис распространяется на их собственные концепции, обнажая их сосознание определенных закруглений, натяжек и произвольностей, на которых держится их собственная концепция. Между тем, не только используемые методические приемы, но и создаваемые концепции — не более, чем строительные леса для накопления объективного знания.

Подведем итог. Само понятие “социальной опасности”, достоверное в отношении совершенных деяний на порядок менее достоверно в отношении прогнозируемых. Но и это последнее, в свою очередь, на порядок менее достоверно в отношении лиц, личностей. Т.е., это геометрическая прогрессия в отношении реальной опасности, рассматриваемой в общем виде и годной лишь для выработки общих принципов и общей ориентировки. Для индивидуальных случаев всякий раз необходим только конкретный многомерный анализ. Наша эпоха всеобщего омассовления, глобализации, упрощений, исходящих из удобства управления и функционирования общества в целом, следует по пути стандартизации, который на каждом шагу чреват соскальзыванием в шаблон, так как индивидуализация требует значительных дополнительных усилий и расходов. В этом контексте положение в медицине и судопроизводстве особенно драматично.

Поэтому психиатры должны использовать понятие “социальной опасности” в отношении своих пациентов очень взвешенно, только в своем собственном профессиональном аспекте, только на основании достоверной, необходимой и достаточной информации и доказательной аргументации под знаком приоритета личности во всех делах, кроме преднамеренных убийств и тяжелого ущерба здоровью, совершенных или высоко вероятных, где приоритет остается за обществом.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Беккария Чезаре*. О преступлениях и наказаниях. — М., 2008
2. *Лист Франц фон*. Задачи уголовной политики. Преступление как социально-патологическое явление. — М., 2008.
3. *Таганцев Н. С.* Русское уголовное право. — Тула, 2001
4. *Фуко Мишель*. О концепции “социально опасного субъекта” в судебной психиатрии XIX столетия // “Философская и социологическая мысль”, 1991, 7.
5. *Тихомиров Ю. А.* Курс сравнительного правоведения. — М., 1996.
6. *Мотов В. В.* Недобровольная психиатрическая госпитализация в США // НПЖ, 2007, 1, с. 55 – 70.
7. Права человека и психиатрия в Российской Федерации. Доклад по результатам мониторинга и тематические статьи. — Московская Хельсинкская группа, НПА России, 2004.
8. Руководство по судебной психиатрии (ред. Дмитриева Т. Б., Шостакович Б. В., Ткаченко А. А.) — М., 2004.
9. Проблемы профилактики общественно-опасных действий психически больных. — М. — Троицкое, 2007, с. 13 – 22, 36.
10. *Шишков С. Н.* Психически больной преступник: “тирания психиатрии” и “тирания права” // НПЖ, 1998, 3, с. 40 – 45.

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Катамнез случая “аутоперсонамнезии как *déjà vu*”¹

Московская областная межбольничная психиатрическая конференция
(МОПБ № 8, МОПБ № 5, МОПБ № 17)

Ведущий — В. Г. Остроглазов, врач-докладчик — Н. С. Соковнина

Ведущий: сегодня у нас вторая конференция, по катамнестическому разбору больного С., который лечился здесь весной как неизвестный, забывший себя. Тогда по результатам проведенной конференции была опубликована статья в Журнале НПА России, так что все могут ознакомиться с подробной историей болезни. Поэтому начнем с катамнеза. Благодаря позиции главврача Г. И. Шурыгина, пациент смог приехать из Марий Эл и получить необходимую медицинскую помощь, а мы — психиатры — возможность изучения аутоперсонамнезии, по которой ученые РФ не имеют общей точки зрения, но сходятся в экзогенно-органическом видении ее патогенеза. Однако, таким воззрениям противоречат клинические факты.

Среди 22 участников конференции — 4 заместителя главврачей областных психиатрических больниц, 10 зав. отделениями, терапевт, невролог-эпилептолог, 3 патопсихолога. Свой отклик на статью в НПЖ из университетского города Мюнстера (Германия) прислал психиатр, бывший зав. 12-м отд. МОПБ № 5, М. И. Шамис: “2 дня читал историю Миши С., обследование, доклад, разбор, сделанный очень хорошо, но не знаю, поможет ли это ему. У меня остаются сомнения по поводу диагноза шизофрении, но время покажет”.

В ГНЦ им. Сербского этой проблемой занимается проф. Кекелидзе. Его научных публикаций по этой теме нет. 10.12. 2007 г. в телешоу “Жди меня” он сообщил, что в Центре им. Сербского разрешена загадка т.н. “автобиографической амнезии”, которая связана с отравлением “препаратом установленной группы”.

Мы получили отклик проф. Полищука, который я сейчас зачитаю:

“Не имея возможность принять участие в клинической конференции 21 декабря, прошу зачитать мое мнение при клиническом разборе пациента.

Основным психическим расстройством у пациента является почти тотальная ретроградная амнезия, а не бред, наряду с амнестической, а не бредовой деперсонализацией. Из беседы с больным хорошо вид-

но, что идея потери памяти не является ложной, не соответствующей реальности. Она отражает эту реальность. Говоря о неспособности вспомнить свою биографию, больной проявляет критическое, осознанное отношение к этой неспособности. У него есть желание и стремление восстановить память о себе и своей жизни. Такое отношение не свойственно бредовому состоянию, как и старание пациента вспомнить свое прошлое.

Сам Виктор Гаврилович признает, что расстройство памяти у больного есть, но они “своеобразные”. (с. 51). Признает, что у пациента “имеется нарушение именно процесса воспоминания, которое “имитирует собственные нарушения памяти”. Но о какой имитации расстройств памяти может идти речь, если учесть, что память складывается из запоминания, удержания и воспроизведения (воспоминания) информации. Нарушение любого элемента этой триады приводит к расстройству памяти. Неправомерно противопоставлять амнезию нарушению воспоминания. На стр. 52 признается, что “Это исключительная редкость, чтобы какие-то интоксикации нейротропными средствами вызывали аутоперсонамнезию”.

Так называемые “вещи сны” у пациента феноменологически соответствуют парамнезиям в форме криптомнезий. Ни при клинической беседе, ни при психологическом исследовании не выявлены характерные для латентной и бредовой шизофрении нарушения мышления. Отсутствует развитие бреда и бредовое поведение. Наконец, важное дифференциально-диагностическое значение имеет тот факт, что не лечение антибредовыми нейролептиками, а лечение адекватное экзогенно-органическому поражению ЦНС, привело к редукции основной психопатологической симптоматики. Профессор Ю. И. Полищук”.

Итак, мы располагаем заключениями коллег, которые говорят, насколько сложна проблема аутоперсонамнезии и велика уверенность психиатров в ее экзогенно-органической этиологии. А между тем, наш пациент, который здесь лечился весной и вспомнил себя, был выписан домой, но не смог работать из-за

¹ Клинический разбор этого случая опубликован в Независимом психиатрическом журнале, 2007, 2.

болезни, которая продолжается, хотя прежней аутоперсонамнезии нет. А что это за болезнь, мы сейчас и посмотрим.

Врач-докладчик Н. С. Соковнина. Уважаемые коллеги, после стационарного лечения в нашей клинике с 8 по 23 марта 2007 года больной С. вернулся домой в Марий Эл. Он хорошо помнил себя, но чувствовал разбитость, постоянно болела голова, особенно при перемене погоды. Не смог работать трактористом. Занимался только несложным домашним трудом. Обращался с женой к психиатру. Тот посоветовал ему принимать энцефабол. В апреле мать позвонила нам с просьбой о долечивании сына. И с 26.04. по 14.05. с.г. он второй раз лечился в нашем отделении с диагнозом: “астенический синдром у шизоидной личности с ретроградной амнезией в анамнезе”. В больницу приехал самостоятельно. При поступлении предъявлял жалобы на снижение памяти на текущие события, частые головные боли, утомляемость. Сетовал, что “лучше быть больным дома, чем здоровым в больнице”². Помимо лечения аминалоном, глицином, ревитом ему сделана МРТ головного мозга и исследование патопсихологом Родиной: “На фоне некоторой эмоциональной бедности прослеживается тенденция к ограничительным формам поведения как компенсация некоторого беспокойства ощущений “загруженности переживаниями”, к сокращению социальных контактов; упорство в отстаивании собственного мнения, черты незрелости. Выявляется актуализация субъективных слабых признаков объектов, бедность и формальность отдельных ассоциативных образов, низкая продуктивность как непосредственного, так и опосредованного запоминания. Критические возможности снижены”.

В отделении, несмотря на жалобы, безотказно помогал медперсоналу на хозработках, посещал тренажерный зал. В беседах с врачом строит планы на будущее: оформить инвалидность из-за головной боли и подрабатывать на строительстве домов. Заботы о близких не проявлял. При упоминании о них врачом оставался невозмутимо спокойным, безэмоциональным. Ни разу не назвал сына или жену по имени, даже уклонялся от ответов на вопросы о семье. Высказывал

² Этот двойной или тройной парадокс — загадка, которую пациент подбросил патопсихологам: ведь, что касается его самого, то он-то — в больнице, но отнюдь не здоровый, а больной, каким он себя чувствует и считает, (поэтому и попросился в больницу). Во-вторых, если даже больным лучше дома, то зачем же сам просил о стационарном лечении в больницу, если его никто не неволил? И, наконец, это сплошной шизофренический паралогизм, в котором уживаются несопоставимые вещи — уж если сопоставлять, то сопоставимые предметы, например, где лучше быть больным? Или где лучше быть здоровым? Дома или в больнице? Тогда как с позиции здравого смысла очевидно, что вообще лучше быть здоровым, но больному больше подходит не дом, а больница, в которой лечат, тогда как здоровому в больнице нечего делать по определению — там здоровых не лечат.

предположение, что жене он не нужен. Говорил, что чувствует, как он “ее все время раздражает”. В целом оставался таким же немногословным и малообщительным, как и в первое пребывание у нас.

По мере приема ноотропов отмечал урежение головных болей. С его слов, “память лучше не стала”. В целом в состоянии наступило улучшение, в связи с чем попросил выписать его домой.

14.05.2007 года выписан с **заключительным диагнозом: “ретроградная амнезия у шизоидной личности излеченная. F 44.0. Исход лечения — без времен”.**

Рекомендовано продолжение лечения пирацетамом под наблюдением психиатра по месту жительства. Домой добрался самостоятельно. Мать звонила мне, что пациент не ладит с семьей, употребляет алкоголь, жалуется матери на плохое самочувствие. Не доводил начатое дело до конца. Она же жаловалась на сноху, которая “все время бранит Михаила, обвиняет его в притворстве, выгоняет из дома на работу”. В начале октября он в отсутствие жены и сына дома с целью самоубийства выпил около 20 табл. феназепам. В тяжелом состоянии был обнаружен родственником. Он вызвал СМП; врач промыл ему желудок и доставил в реанимационное отд. больницы г. Козмодемьянска. На следующий день по настоянию жены он был выписан. 27.10.2007 г. позвонил в нашу больницу с просьбой о лечении и 29.10.2007 госпитализирован в третий раз.

Сомато-неврологически: бледный, осунувшийся, с заметной потерей веса. По органам и системам — без патологии.

Психическое состояние. Правильно называет свои паспортные данные, текущую дату, день недели, место, куда прибыл. Беседует с желанием, но предпочитает просто отвечать на вопросы. Голос негромкий с характерными для его национальности интонациями. Речь размеренная; пациент испытывает трудности в подборе слов, ссылаясь на недостаточное знание русского языка; из-за этого слегка запинаясь, путает окончания. Ответы соответствуют вопросам, в целом немногословные. Фразы выстроены просто. Мимика маловыразительная. Во время беседы периодически дотрагивается до носа, подбородка, потирает лоб, меняет положение тела в кресле, покашливает. Охотно отвечает на вопросы о самочувствии. Жалуется, что “постоянно болит голова”, из-за чего вынужден ежедневно принимать по 5 табл. аналгина. Испытывает “постоянную усталость. В голову лезут плохие мысли, из-за них чуть не уморил себя дней 20 назад”. Не находя более подходящих слов, беспомощно пожимает плечами. Становится растерянным. Вместе с тем, “ощущает себя в безопасности в этом отделении, здесь не раз уже помогли”. На вопросы о его отношениях с семьей отвечает равнодушно: “Жене я не нужен, и мать обо мне заботится просто так, вспоминая свой долг”. Цель настоящего приезда объясняет жела-

нием оформить группу инвалидности, желательно “рабочую, чтобы подрабатывать”. На вопрос врача, по какой болезни ему можно оформить инвалидность, отвечает с готовностью “по психической”, однако считает себя “не психически больным, просто нервы расхотелись и голова сильно болит”. В беседе заметно устает, зевает, засматривается в одну точку.

В отделении освоился сразу. С первых дней помогает персоналу, но делает это не по своей инициативе, а откликаясь на просьбы медсестер. Поручения выполняет добросовестно, почти полностью. В течение дня занят на хозработках, иногда посещает физиопроцедуры, тренажерный зал. По его словам, “сильно устает, голова раскалывается, но не хочет терять физическую форму”. В выходные дни большую часть времени лежит в кровати, чаще спит, изредка читает журналы. В отделении ни с кем не сдружился, держится особняком, не спрашивает у больных ни продуктов, ни сигарет. Более активный в первой половине дня, к вечеру заметно утомленный, с покрасневшими склерами. По наблюдению м/с ежедневно просит анальгетики “от сильной головной боли”; долго не засыпает, предлагая “посадить его вместо медсестры на пост”. Режим соблюдает, ответственно относится к просьбам персонала об оказании помощи престарелым либо конфликтным пациентам. С желанием проходит обследования, после чего ложится отдыхать. В беседах с врачом первое время жаловался на “ужасающую угнетенность, безнадежность, измождение, потерю смысла жизни”. Рассказывал, что в голове от боли “все трясется, как будто, дружина готова лопнуть”, что чувствовал себя “измененным, не таким как раньше”, что его нередко посещают мысли, о том, не сошел ли он с ума: “вошел в полный штопор после отравления, все перепуталось в голове”.

Улучшение самочувствия стал отмечать после того, как познакомился с пациенткой Т.; по его словам, почувствовал в ней такое понимание его страданий, что задумывается о совместной жизни с ней. И теперь его “лечат не таблетки, а возникшее чувство”. По просьбе профессора ведет дневник. Пребыванием в отделении доволен, но “немного все портит разлука с Т. (больной, в которую он влюбился). Просит отпустить его на 2 дня к ней “в отпуск”. Эмоционально маловыразителен. Мышление обстоятельное; критическое отношение к своему состоянию, к сложившейся ситуации снижено.

Результаты **патопсихологического исследования**. Зав. психол. лабораторией **В. А. Маякин**: “Больной был осмотрен многократно, несколькими психологами. Я доложу о результатах последнего исследования, только что. В пиктограмме рисовать отказывается: а что рисовать, я, говорит, дурак. Беседовать с ним сложно, он очень быстро замолкает и нуждается в стимуляции. Когда его стимулируют, он иногда прорывается. Дурак я в том, — говорит, — что слишком доверяю людям. Сейчас стал

менее доверчивым, скрытным, еще более необщительным. В последние годы стал задумываться о жизни: полезна она или нет? Здесь познакомился с больной женщиной и намерен завести новую семью и с таким способом решить свою проблему и с семьей, и со своим психическим здоровьем. Его главная проблема — то, что его никто не понимает. Что-то не то с головой и потом по всему телу какая-то тяжесть, непонятная усталость и какое-то беспокойство, тревога, причем тревога физическая, осязаемая в груди, ноющая тревога. И становится при этом тяжело дышать. Ведущие жалобы — на бешеные головные боли из-за нервов и на расстройства сна, опять же из-за нервов. Что касается познавательной сферы, он осмотрен разными психологами четыре раза, и там выявлены грубые нарушения мышления по шизофреническому типу неоспоримые, такие как разноплановость мышления некорректируемая, полиморфные нарушения мышления, бессодержательность ассоциаций и искажение процесса обобщения. Что касается использования психометрических методик, таблица Шульте, корректурная проба, — он выполняет их быстро и ровно. Сегодня Шульте выполнил таким образом — 37 секунд, 38 секунд, 40 секунд, 30 секунд, т.е. лучше, чем в норме. Кривая заучивания 10 слов при всех исследованиях низковата. При введении опосредующего звена в пиктограмме продуктивность воспоминания еще ниже, потому что он создавал образы совершенно пустые, стереотипные, свидетельствующие о нарушении смыслообразования; смыслообразующая функция мышления откровенно выхолощенная. Динамических астенических, хотя бы слегка выраженных изменений работоспособности и внимания не было выявлено во всех 4-х независимых исследованиях. **Заключение: выявленные патопсихологические данные свидетельствуют о выраженных нарушениях, характерных для шизофрении.**”

ЭЭГ: регионарное замедление в лобно-центральных отделах, после гипервентиляции — в центрально-теменных отделах справа больше, чем слева. **Окулист**: глазные среды прозрачны, острота зрения — 1; глазное дно — диски бледно-розовые, четкие, артерии сужены, вены полнокровны; сетчатка — без выраженной патологии. Диагноз: ангиопатия 1 – 2 ст.

Неврологически: при исследовании мной у больного не было выявлено каких-либо очаговых неврологических знаков. Но при осмотре проф. В. Г. Остроглазовым 1.11.07. была обнаружена переходящая анизокория, которая на наших глазах возникала и исчезала: правый зрачок становился чуть больше и фотореакции его живее.

Неврологический статус. **Невропатолог-эпилептолог Н. Г. Левитская**: “при осмотре вял, астенизирован, контакт формальный. Жаловался на сонливость, головную боль, внезапные нарушения памяти. Забывает имена людей и названия предметов. В

неврологическом статусе: черепномозговая иннервация: недостаточность 3 и 4 пары слева. Анизокория незначительная $D > S$. Девиация кончика языка влево. Снижение слуха справа. Интенция при пальценосовой пробе с обеих сторон. Сухожильные рефлексы с колен равные, с рук $D > S$. Это больной неврологический и анамнез у него неврологический, органический начался с того, что пациент получил в армии контузию головного мозга с ликвореи из правого уха, с нарушением сознания”.

Беседа с больным доктора мед. наук Остроглазова:

— Михаил, какая твоя главная жалоба? — Головные боли, из-за них работать не могу. — Чувствуешь, что работать не можешь? — Да. Из-за головы. У меня не только головные боли, но при этом происходит какой-то упадок сил. — Назови несколько основных жалоб, из-за которых ты не можешь работать. — Головная боль, ...потом, сон нарушается, вроде бы устаю, но спать не могу. Засыпаю иногда только под утро... — Еще что? — Головная боль, упадок сил и бессонница — это основное... — Расскажи теперь, какая у тебя головная боль? — Ноющая такая... вот здесь (показывает на теменно-затылочную область)... ноющая боль. Потом бывает, начинается боль в темени, потом трогаешь и кажется, будто вся голова болит и дотрагиваться до кожи головы больно. — Еще что болит? — У меня еще какое-то подергивание иногда начинает... начинает... началось. Когда сильно нервничать начинаю — подергивание... здесь у глаза. Это подергивание с головной болью не связано, оно чувствуется, когда нервничаешь. — Как ты ощущаешь головную боль? Расскажи подробно. — Когда головой обо что ударяешься, вот похожее чувство возникает... Это в глубине головы и при этом голова как-то плохо соотносится, на всю голову идет, как-то заторможено. И если кто-нибудь что-то спросит дома, то потом только через некоторое время вспоминаешь, что кто-то тебя спросил... как бы мимо слова пролетают, мимо внимания, не доходит, а через некоторое время тебя снова спрашивают. Жена на эту мою заторможенность жалуется. Я ведь слышу, когда жена ко мне обращается, но не доходит как-то, не реагирую, хотя и понимаю, что она говорит. Все это из-за какой-то заторможенности, а на меня обижаются дома. — Может быть, в это время ты о чем-то думаешь, отвлекаешься на свои мысли? — Нет, просто голова болит. Бывает, что эта головная боль как бы перемещается, на виски, потом виски дави...начинает давить изнутри и пот бросает, когда на виски давит. — А бывает голова болит так сильно, что терпеть невозможно? — Тогда я таблетки пью. Бывает так сильно,... ну, почти как острая зубная боль... — А что ты в голове ощущаешь? — ...какой-то сбой, капилляр какой зажал... — А расскажи, как это такая головная боль, что из-за нее силы все пропадают? — Ну...силы все

пропадают, все. Так, что поднять трудно становится... подняться.. — Трудно почему, потому что волю надо напрягать, или сил нет? — Ну, если силы напрочь, встаешь, а так-то... — Значит, воли нет, воля как бы ослаблена? — Нет, почему, все равно работать невозможно. — Но если нужно, поднимешь мешок в 50 кг.? — Вряд ли... — А 30 кг? —наверное... — А буханку поднимешь? — Наверное, подниму... — Значит, сил нет даже вот заставить себя встать с постели? — Я себя заставляю встать...но с трудом...Когда голова не болит, я работаю. А когда голова болит, сил нет, и я это чувствую в теле — ноет тело, во всех мышцах какая-то дряхлость...мышцы ноют как будто там крови не хватает, кислород не поступает так же, как и в голове. В основном в ногах...в бедрах...А бывает и в покое руки и ноги болят как бы затекают, болят так, что рукою двинуть нельзя и мурашки в руках или ногах такие как отлежишь...Лежишь в постели, ноги ноют так, что места удобного им не найдешь, то так ляжешь, то так, возишься, никак не найдешь удобного места. Они у меня постоянно...давно...ну мышцы стягивает сухожилия, постоянно стягивает... — Давно это? — Ну, ...стягивали они давно... Как на рыбалку стал ходить... лет с 17... тянет, и пальцы стягивает, потом разгинать нельзя (Н. С.: гипокальциемия). — Как стягивает теперь? Как и раньше, побольше или поменьше? — Не совмещал. Когда голова сильно болит и мышцы ноют и стягивает, стараюсь встать с постели выпить таблетку и пойти на улицу, походить. Тогда быстрее отходит, кровообращение налаживается. А без этого кровообращение барахлит...я так и думал всегда, после армии, что у меня кровообращение не то...может быть, капилляры сузились или что-то еще. После армии тогда началась эта усталость и головные боли тогда не очень, но все равно были. — Тогда ходил по врачам? — Нет, тогда болело не сильно, и времени не было. — Отчего это сосуды барахлят, ты же человек вдумчивый? — Не знаю, может от травмы, может, нет. — А на сколько % теперь вспомнил себя? — Наверное, на 99%. — А что еще остается на 1 %? — А я сам еще не знаю. — Тогда может быть, на 100% вспомнил? — Нет, не вспомнил. Иногда спрашиваешь еще что-нибудь, потом плохо вспоминаешь... — Что, например? — Ну, там, про работу, как трактор отремонтировать... — Все продолжается эта работа у тебя внутренняя по тренировке и восстановлению памяти? — Да. Ну, там мужики позовут трактор ремонтировать, раньше лучше знал, а теперь приходится что-то вспоминать...как там все находится и как... — Значит, 1% — это как бы те вещи, которые раньше ты хорошо знал, например, ремонт тракторов, а теперь они не все вспомнились? — Да. — А то, что касается тебя, твоей личности, своей истории жизни — все вспомнил, или тоже не все? — Может быть ...не все...не все детство... — Продолжаешь это вспоминать? — Да, фотокарточку где-ни-

будь увидишь, вспоминается... — А что, до этого ты не помнил, то что теперь вспоминается? — *Я же не могу знать, что помнил, что не помнил...* — Тогда может быть, и не надо вспоминать-то, а если надо, то какой смысл, зачем проверять память? — *Вспомнить себя, и все (с раздражением в голосе).* — С самого детства вспомнить все? Зачем это? — *Чтоб спрашивать себя и знать, как в детстве, как играл, все равно...* — Теперь, дежавю остается, или нет? Повторы, помнишь, как раньше тебе казалось, что в нашем отделении ты уже был? — *Это дежавю что ли, это ведь просто — сон! И сейчас такие бывают сны. Ну вот, например, здесь пруд есть, я до сих пор его не видел, а теперь мусор выносил и увидел этот пруд и мусор, и песок у воды, в точности я все, что я уже видел во сне.* — Еще пример? —(длительное молчание...)...Ты, что-то побаиваешься теперь меня, или забыл, как мы с тобой об этих повторах, “уже виденного” говорили? — *Ну, вот когда во сне увидишь, так и происходит, что удачно рыбу наловил.* — Это — дома, а я спрашиваю о таких же снах-предсказаниях, которые тебя посещают здесь в больнице? — *(молчание...).* — Один случай здесь и все? А вот то, что ты здесь — в больнице? — *Ну, это тогда было в первое поступление, будто я лежу в больнице второй раз.* — А сейчас, только один сон с этим прудом, мусором и песком? — *Да.* — Но пруд ведь это тоже больница? — *Да, я его раньше-то не видал ведь!* — Вот именно! И если во сне раньше ты видел эпизод с прудом из этого — третьего — поступления в наше больницу, значит...? — *Значит, во сне я вижу то, что должно быть в будущем.* — Помнишь, как и в первую нашу беседу, на мой вопрос, есть ли дежавю, вещи сны есть, ты отвечал упорно, что будто нет, а потом доверился мне и рассказал. Помнишь, как ты меня спрашивал? — *Да, помню: “а Вам это надо?”* — И я помню, что сначала ты это скрывал, да и не всякому человеку это будешь рассказывать. И каждый человек имеет право на свою сокровенную жизнь, на свою тайну. Помнишь, как ты говорил, что ты против ИНН, вживления ЧИПов, чтоб о человеке знали все кругом... — *Да, помню, но я говорил не против ИНН, а против чипов, я это помню.* — Молодец, хорошо помнишь, а ведь это было несколько месяцев тому назад. (Вот свидетельство очень хорошей памяти, и фактической и смысловой, уверенное воспроизведение слов и смысла беседы, которая состоялась давно. Вот, про дежавю ты мне доверился и рассказал, а что-то ты еще оставил про себя в отношении этого мира вещей снов? — *Да.* — Я так и думал. Если ты захочешь, то расскажи. Но мне пока достаточно и того, что ты мне доверил: что благодаря снам ты знаешь иногда то, что далеко от тебя случается, что порой по своим снам можешь предсказать, что будет. Но правильно ли я тебя понимаю, что ты не все нам рассказал, что тебе это что-то так дорого, что этого нам пока не доверяешь? Так это у тебя в душе, или нет? — *Так, Вы правильно меня поняли.* — Боксом за-

нимался с каких лет? — *с 15 — 16. Нокауты были? — Нет.* — Сознания терял? — *Нет, Ни разу.* — Помнишь, мы с тобой говорили, что б ты все восстановил в своей личности. Так вот, теперь ты все восстановил полностью? — *Нет, пока нет.* — Что еще остается в памяти о своей личности? — *Работы пока нет.* — Я спрашиваю тебя о другом, о том, что внутри, помнишь, ты говорил, что должен вспомнить все, в том числе и то, что касается смысла твоей жизни и восстановить его. Для полной дееспособности, как ты говорил? — *Да. А сейчас для полного восстановления смысла жизни не хватает работы, а я работать не могу.* — Расскажи, как после выписки ты встретился с сыном и женой? — *Как? С волнением...сыном было меньше волнения и сомнений, что вспомню, а с женой — больше...* — Итак, как ты встретился с женой, как ты ее узнавал? — *(неохотно отвечает) Как? С волнением. Потому, что я ее какое-то время не видел, забыл... С сыном волнение было меньше, а с женой побольше. Перед встречей волновался узнаю ли, может прическу она изменила, или по характеру...А как увидел ее, все нормально было...не прическу, волосы не красила, все нормально.* — Похожа она на себя была? — *Да.* — Как ты ее узнал, может быть просто похожая, но другая женщина? — *Ну. Не знаю. Объяснить не могу.* **Врач-докладчик:** то есть, если бы была другая прическа, то засомневался бы? — *Да.* — А если лицо было бы ее, а прическа — другая? — *Не знаю, но если бы какие-то изменения были в ее внешности, то у меня возникли бы сомнения, она ли она?*

Ведущий. Вы встретились с нею тепло, или холодно? — *Ну да, теплее.* — В половой жизни что-нибудь изменилось? — *Ха-ха!, Не буду отвечать!..* — В отношении тягостного душевного состояния и судьбы теперь жалобы есть? — *Нет, потому что появилась возможность и надежда на новую жизнь, (связанная с пациенткой Т., с которой познакомился здесь в больнице и к которой быстро “привязался” так, что “все теперь зависит от нее”. Любовью это назвать не может, это даже и не увлечение, скорое это “привязанность, а в будущем может это и станет любовью.)* — А прежние жалобы на жжение и другие мучительные ощущения в груди, подавленность, утрата смысла жизни? — *Они стали реже и почти не беспокоят, возникают, когда появляются сомнения в ответной привязанности Т., или она долго не звонит, либо по какому-либо другому поводу.*

— Есть ли опять в настоящей твоей жизни что-либо, что раньше ты видел или предвидел во сне? — *Да. Вот повторяющиеся непонятно почему домашние скандалы, казалось, что отдельные моменты я уже видел во сне.* — Правильно ли я тебя понял, что вот эта твоя история скандалов с женой, приведшая к краху твоей семьи, раньше уже была тобой пережитая во сне? — *Да, эта ситуация была предсказана в виденном мной сне, этот сон я один раз видел и все. Больше этот сон не повторялся. А потом в скандалах это по-*

вторилась, вся ситуация. — А вот в этот раз в нашей больнице были ли у тебя ощущения повторения, дежавю, как это было с тобой при первой госпитализации? — *Нет, в этот раз ощущения повторения не было.* — Михаил, ты говорил, что у тебя есть способности предсказывать будущее, или увидеть это будущее в сновидениях. Тебя интересует сейчас твое будущее? — *Да. Интересует. Сон подсказывает, что все равно ничего изменить нельзя. Этот сон приснился мне давно. Мир снов знает, что будет в будущем. Но я редко сплю так, чтобы видеть эти сны,* — Так это сон говорит, что ничего нельзя изменить? — *Просто я так говорю.* — А сон что же? — *Просто вижу сон и все* — А ты располагаешь какой-либо информацией о будущем на основании сновидения? Или нет? — *Да, наверное, сон примерное представление дает о будущем. Какие-то кусочки информации сон дает. Но все равно известно, что ничего нельзя изменить.* — Но о будущем, которое тебя ждет впереди, сон дает какую-либо информацию, или нет? — *Ну, как это понять?* — Ну, например, когда тебя в первый раз привезли в эту больницу, у тебя было чувство повторения, что ты это раньше уже видел во сне. Сон предсказывал будущее твое. — *Ну? Да. Так просто произошло и все.* — А теперь, то что происходит с тобой здесь и сейчас, сон это предсказывал? — *нет.* — А что будет с тобой в будущем, сон это предсказывал? — *Нет.* — А ты хотел бы это увидеть во сне? — *Хотел.* — Значит, увидеть такой сон, не всегда зависит от твоей воли? — *(...Молчание...)* — Какие планы у тебя на ближайшие месяцы два-три? — *Ну, пока еще нету больших планов дальше.* — А на первом месте какие планы? Вот, например, по больнице какие планы? Или — по личной жизни? Или по дому и семье какие планы? — *Ну, сперва насчет этих документов надо разобраться, насчет инвалидности, а потом разобраться надо с девушкой, с Т. Как это у нее? По-настоящему, или просто влечение? Это зависит от нее, если она скажет, “да”, то — да, нет — так нет. Зависит от нее, так как я все решил.* — А ты не передумаешь? Почему? — *Потому что для себя я решил, я не передумаю.* — А вот, если, она говорит, “да” и серьезно, какие твои практические шаги? — *...Нельзя загадывать, (раздражается) как я могу загадывать будущее, так или не так, это глупость какая-то!* — Ну а если она скажет решительно, “да”, и врасплох тебя застанет, ты скажешь: “теперь я подумаю”? — *Никакого расплоха не будет!* — Ну и что тогда будешь делать, расписываться или нет? — *Я же говорю, будет видно потом! Это решать двоим!* — Мы-то о тебе беспокоимся не из простого любопытства, ну, где ты будешь семью создавать, где вы будете жить? — *Ну, а уж это — мои проблемы.* — Ну, ладно, оставим это в стороне, у кого есть вопросы к Михаилу?

В. М. Тунев: Здесь говорили о приступах головной боли. В действительности бывает так, что вдруг приступом начинается головная боль и так же резко

исчезает? — *Нет, голова болит почти постоянно, то меньше, то больше.* — А бывали обмороки? — *Нет, а головокружения бывают, когда работаешь головой вниз...*

Е. В. Туманянц: Как себя чувствуете, Михаил? — *Удовлетворительно, нормально.* — Что-либо в тебе изменилось после последней госпитализации? — *Ну, конечно. Раньше мне вообще жизнь была до лампочки. А сейчас вроде все нормально. Просто возвратился в свое русло. Пока сюда не попал, а то у меня головная боль просто постоянная была, и тянуло к спиртному...А сейчас этой тяги нет. Теперь вообще не завишу от жены, спокойней стал.* — А ты стал спокойней, или равнодушной? — *Это я не могу сказать...Трудный вопрос.* — А что с твоей памятью? — *Нормальная память. Но просто забывать начал, ну, там. На фамилии, на людей, не совсем...* — Когда это стало, что тебя твоя память стала подводить? — *Совсем вот, после того случая, как напился какого-то соку. Память чисто пропала. А раньше, например, в школе я мог, когда учитель по истории рассказывал урок, я мог, в книжку не заглядывать и через 3 – 4 дня рассказать дословно. А сейчас этого нет. Я уже...через некоторое время, ...через тринадцать минут могу забыть...* — А головные боли здесь есть? — *Нет.* — А головокружения? — *Редко, но бывает...после тренажера бывают.*

Врач-докладчик: Можно ли сказать, что ты просто поменял условия жизни, поэтому твое душевное состояние стало приходить в норму? — *...Можно...наверное,... да.* — Можно сказать, что с другими людьми познакомился, с другой женщиной познакомился? И если бы не было такого знакомства, возможно твоя жизнь текла бы по-прежнему? — *Да, у меня так и было. Сначала я и не хотел ни с кем знакомиться, я думал, просто подлечусь, потом куда нибудь запрошусь, куда глаза глядят. Хотел просто уйти из дома, и от матери... Это неважно, куда...Где-нибудь далеко, где тебя вообще не знают...И никто не знал бы, где бы ты...*

Ведущий: Отчаяние такое? — *Да.* — Ну, если дома раскол и такой, что не склеишь, то понятно желание уйти из семьи. А от матери-то — зачем уходить? Для нее пропажа сына была бы горем, и она была бы вынуждена обращаться в “Жди меня”? — *Не... не будет она обращаться никуда... мать уже долгое время не обращала на меня внимания... мать давно не звонила, ...мы живем за 35 – 40 км., она никогда не навещала...* — Почему? — Она теперь стала к тебе равнодушной как мать? Или всегда такая была? — *(с жесткими нотами в голосе) она просто мать, у нее есть свой долг, и все.* — А сердце матери? Она такой стала, или была всегда? — *Была. Ласки вообще ко мне у нее никогда не было...я не знаю, почему... Я вообще-то нелюбимый сын.* — А кто любимый? — *Ну... дочь.* — А почему ты — нелюбимый? — *Я не знаю. Я это понял, потому что я не был желанным ребенком.*

— Почему? Аборт она хотела сделать? — *Нет, просто, когда в деревне долго не рожают, происходит слушок, что она бесплодна... просто она вынуждена родить и все...* — Так ты первый у нее? — *Да.* — Откуда ты взял, что у нее проблема такая была — бесплодие? — *Да... там... рассказывали.* — В общем, получается, она тебя родила не потому, что хотела ребенка, а хотела решить проблему свою как бы бесплодия? — *Свою, да, проблему. Чтобы доказать людям, что не бесплодна* — А дочку тогда зачем рожать? — *Потому же, вот она и относится к ней лучше. Не лучше, а совсем хорошо.* — Хорошо, но дочку-то зачем рожать, если доказала деревне, что не бесплодна? — *Это я не знаю, как я залезу к ней в голову?* — У матери ты не спрашивал об этом? — *Не-а.* — Итак, она тебя родила, чтобы научиться рожать, или, чтобы другие не думали, что она бесплодна? — *Чтоб другие не думали... Об этом мне сказал брат ее. С детства я не чувствовал ее любви, ласки. Когда первый раз на горохе постоял в наказание, понял. Это было до школы. Она меня жестоко наказывала, когда отца не было дома. У меня особых проступков не было, она наказывала за какую-то ерунду. У других я видел, что мать ласковая с детьми. А меня постоянно заставляли на огороде работать, а другие играли. Наверное, до школы еще я понял, что я — нелюбимый ребенок.* — А думал когда-либо, что может быть она и мать мне неродная? — *Нет.* — Но все время рос нелюбимым, то есть как бы сиротой? — *Почему, сиротой? Дядей-то полно было, вот они и воспитали... Но об отношении матери ко мне с ней выяснять не надо. И не говорить об этом. А то, что она сюда звонит, это долг ее. А если бы как следует подумать, то она все равно сюда приехала бы, один раз-то хоть. Денег-то — один раз приехать,- по-любому можно найти.* — А почему раньше было желание уехать, уйти куда глаза глядят? — *Ну, нет, одному жить, это для себя, все равно как пинать камень, землю, одно и то же. А теперь появилась тяга к жизни...* — А бывает, что голова полностью свободна как до болезни, совсем не болит? — *А как же ты разбираешь речь по телевизору, ведь ты же слышишь плохо?* — *Бывает, когда просто лежу и смотрю телевизор... хотя я и плохо слышу, телевизор включаю на тихий звук, потому что мешает лишний шум.* — А как же ты разбираешь речь по телевизору, если слышишь плохо? — *Все равно, привык, все понимаю, что по телевизору говорят.* — Понимаешь то, что они говорят, хоть и тихо,- значит слышишь? — *Ну, слышать — я плохо слышу.* — А понимаешь! А как же ты понимаешь? — *Не знаю.* — Значит, слышишь, что они говорят даже при тихом звуке, а когда громко — тебе хуже и голова болит? — *Да.* — Теперь значит, редко, когда голова болит. Но при физической нагрузке, или при волнении голова сразу начинает болеть? — *Да. Начинает болеть, словно зудеть, как что-то мешает. И даже трудно думать. И когда кто чего-нибудь скажет, то как бы*

доходит через сутки. В это время слышишь речь, но не подключаешься. — Теперь ты стал самим собой, или не полностью? — *Теперь, да, потому что определенное решение принял.* — В отношении Татьяны? — *В лобом отношении.* — Ты теперь стал такой же как и был всегда, или чувствуешь, что какой-то не такой? — *Может, немного жестче, в решениях.* — Почему ты стал жестче в решениях? — *Потому что со своим мягким характером всю свою жизнь почти что сгубил. Так выходит у меня, так я и написал в тетрадке для Вас.* — А здесь дежавю у тебя было? — *нет.* — А когда же девался мир снов? — *Ну есть, но не такие...* — Они эти сны — важные, или не важные? — *Есть и не важные.* — А ты ждешь от снов чего-то? — *Иногда, да, иногда — нет.* — Ты стал менее доверчив со мной? — *Нет...вроде, да...* — Может быть, ты стал от нас, психиатров держаться подальше, и закрываешься? — *Ну, да.* — Итак, ты себя чувствуешь больным? — *Да.* — Почему? — *Потому что голова болит, чувствую усталость вместе с головной болью. Сил нет работать.* — А какая болезнь — психиатрическая, или не психиатрическая? — *Я не знаю, вроде не психиатрическая.* — А какая, если не психиатрическая? — *Какой-то недуг.* — А от чего? — *Из-за головы.* — А отчего недуг в голове? — *Не знаю, я же в голове своей разобраться не могу. Когда слишком много думаю, тоже голова начинает болеть. Для меня эта болезнь стала уже обычной, но непонятной. Это болезнь медицинская. О порче я больше не думаю. Вот начинаешь физически работать, или мышление, там, размышление — и она начинает болеть. Просто капилляры там не работают, и кровь не поступает. Голова болела и до отравления соком. У меня были и травмы и сотрясения головы и в армии, и до армии, когда боксом занимался. Но она редко болела.* — Это психиатрическое заболевание? — *По-моему, нет, возможно, да. Не могу в этом разобраться.* — Но если это не психиатрическая болезнь, то где такую болезнь надо лечить, в ПБ или в непсихиатрической больнице, где лечат такие болезни, как у тебя? — *Нет, ведь здесь, по крайней мере, мне легче становится... намного.* — Может тебя перевести в другую больницу, где лечат непсихические заболевания? — *Не надо меня переводить! А чего там делать? Какая разница, что там, что здесь?* — А если там найдут, какая у тебя болезнь и будут лечить? — *Нет не надо.* — Сейчас ты психически здоровым себя считаешь? — *Уравновешенным, по крайней мере. (упорно не отвечает на повторный вопрос о психическом здоровье).* — Тебе психиатрическое лечение нужно, или нет? Как ты сам считаешь? — *Мне иногда нужно просто поговорить, беседы с психиатром очень помогают. И здесь, кто лечится, не все психбольные.* — Вот, сейчас здесь сколько психиатров собралось для беседы с тобой. А правильно, что тебя лечат здесь в ПБ? — *Правильно, нормально.* — Ты — психически здоровый? — *Я бы не сказал. Если бы был психически здо-*

ровым, я на некоторые дурацкие поступки бы не шел. Например, отравиться, и другие поступки. (Тут очень важно заметить: с одной стороны, он уверен, что он — не психически больной; но с другой стороны, он категорически против перевода из ПБ в другую больницу, и когда углубляешься в содержание его критики, то видишь, что он критикует свои суицидальные поступки, как свидетельство психического недуга. И в действительности, они продиктованы психопатологическими переживаниями. В этом есть противоречивость и амбивалентность как черты его критики к болезни). — Ты с ума сойти боялся? — Да. Когда травился. И перед этим боялся потерять самоконтроль. — Тогда ты хотел уйти из жизни, или только поугубить жену? — Хотел уйти, выпил две упаковки, две пластины этих таблеток. Это не при жене. — Навязчивые мысли тебя беспокоят? — Сейчас реже стали. Но трудно отключиться от раздумий, трудно принять решение, а без этого в голове полный бардак. — И если не навести в голове порядок, чем может кончиться? — Может плохим окончиться... — Чем? — (упорно отмалчивается, затем говорит) Ну, ...мне просто не захочется жить. — И еще порядка в голове нету? — Полного порядка еще нет. — Часто ли сейчас бывают мысли, которые ты не хочешь? — Сейчас не замечал. — Вот здесь за месяц было ли хоть раз у тебя дежавю? — Раньше было, когда первый раз лежал, а теперь нет. — Ты какой раз живешь на свете, первый или не первый? — Не знаю. Ну, так, поразмышлял я когда, если я люблю варить еду и убираться по дому, то не был ли я женщиной в другой жизни? Так думаю иногда. С этой точки зрения я живу не первый раз. Я просто предполагаю, а как я могу утверждать, первый или не первый раз я живу? — У тебя вопросы есть? — К Нелли Сафаевне вопрос, отпустить меня на пару дней к Татьяне. А мать звонила? — Мать звонила и передавала, что и жена спрашивала о тебе и беспокоится.

Пожалуйста, вопросы к Михаилу.

Н. Ф. Усцев. — Откуда это нежелание жить? Обида была на кого-то за что-то? — Просто не хотел жить и все. Собралось все в одно и все. — Откуда оно все собралось, изнутри? — Нет, внешне. — А вот еще твоё выражение, что плохие мысли тебя чуть не умирлили, что ты имел в виду? — Самоубийство. — Это была обида? — Нет, просто, не хотелось жить. — А вот, когда прошло это состояние, и ты был выписан из реанимации, как ты относился к тому, что выпил 40 таблеток? — Двадцать! — Как по-твоему, это большая доза, она может привести к смерти? — Может. — Как ты чувствуешь, за последние годы и после того, как ты пролечился здесь 1-й раз, ты стал другим человеком, или остался таким, каким прежде был? — Нет. Изменился. Стал подозрительнее и жестче. — А в чем подозрительность? — Во всем. — Например? — Во всем! — Это хорошо, или плохо? — Плохо. — А можно сказать, что у тебя начинается новая жизнь,

или продолжается такая же, как она шла? Будущее, которое открывается перед тобой, это — продолжение старой жизни, или перед тобой открывается какая-то другая, новая жизнь? — Новая. — В чем новая? — Во всем. — А ты — все тот же, прежний, или другой? — Другой. (Отвечает все более скупое, сдерживая раздражение)

Ведущий. Сильно устал, или просто тяжело на таком экзамене? — Очень раздражает. — Тогда мы сократим вопросы.

Д-р Усцев. Можно вопрос о маме? Почему о маме нельзя говорить? — (отвечает с гневливостью) Я же не спрашиваю Вас! Об этом! **Ведущий.** Михаил не отвечает на этот вопрос, поэтому мы отступаем. —

Д-р Усцев. Вот у тебя интересная фраза была, мол, жить одному, это как камень пинать? Интересно, что это значит? — Ну, бесполезно человек... один человек живет, он пользы не приносит!, какая от...польза! — Это Вы где-то прочитали, или сами? — Мое личное мнение. (с раздражением перебивает следующий вопрос) Мое личное мнение! — А мысль глубокая. — Нет! Зачем? Если человек — тракторист, то у него мысли нет, что ли!? — Нет, у меня не такое мнение. Вот, в том-то и дело, что мысль... — Нет! У Вас такое мнение, по-моему! По-моему, у Вас такое мнение! — Нет! Просто мысль настолько глубокая... — Такое мнение: Если человек из деревни, значит — глупый! (перебивает с нарастающим раздражением. При этом заметно тикообразное подергивание под правым глазом). — **Ведущий.** Михаил, спасибо. Ты наверное устал и раздражение испытал. Сейчас ощущение подергивания было у тебя под правым глазом? — Да, было вроде. — Ну, мы, врачи, Михаилу будем помогать, в том числе и с решением вопроса об инвалидности с сохранением права работать. Если вопросов нет, отпускаем Михаила? Спасибо тебе, Михаил, за беседу и за терпение!

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР

Врач-докладчик. Мое мнение больше склоняется к тому, что это больной с органической патологией. И отсюда вытекают и его жалобы, поведение и особенности проявления того, что с ним случилось. Смущают 2 момента: один — то, что не доказано присутствие какого-то токсического препарата в крови и в моче. И смущает вот это состояние деперсонализации. У меня нет мнения точно установившегося, больше склоняюсь к экзогенно-органическому диагнозу.

Ведущий. Какой синдром? И как Вы сформулируете диагноз? — Токсическая энцефалопатия на фоне органического поражения ЦНС сложного генеза. Астено-невротический синдром. — Где его лечить? Психиатрам его лечить, или может невропатологам его отдать, если у него органическое поражение ЦНС? — Ему тут нравится, тут его и лечить.

Невролог-эпилептолог Н. Г. Левитская: *это большой неврологический, и анамнез у него неврологический, органический начался с того, что пациент получил в армии контузию мозга с ликвореей из правого уха, с нарушением сознания. И, вероятно, после этого образовался очаг в доминантном полушарии. Все амнестические, гностические, дисфорические нарушения возникли после этой ЧМТ с контузией и ликвореей. Это подтверждается не только неврологическим топированием, но на тот момент в марте с.г. и при ЭЭГ, где имелся электро-клинический коррелят в виде сформированного эпилептиформного очага в лобно-височно-теменных отделах слева. Это подтвердилось при повторных МРТ-исследованиях, где мы получили очаг в доминантном полушарии в лобно-теменных отделах.*

По представлениям большого круга неврологов, которые изучают высшую нервную деятельность, сейчас отказались от узкого неврологического топирования по полям, но, тем не менее, именно эти отделы отвечают за нарушения узнавания, нарушения функции речи, дисфатические расстройства, дисмнестические расстройства, те, которые топированы на ЭЭГ и по результатам МРТ-исследования. Это все происходило на фоне общемозговых изменений Я не видела его ранние ЭЭГ — возможно, эти изменения были уже в детстве. Но теперь ЭЭГ достаточно изменилась, м.б., за счет дисметаболической энцефалопатии, с которой он живет 9 мес. Налицо выраженный цефалгический синдром (ежедневные головные боли) с астенодепрессивным синдромом (сниженный фон настроения, эпизодическая алкоголизация, травился феназепамом) по органическому типу при достаточно сохранной критике к своему состоянию. Явные изменения на ЭЭГ — дисметаболические изменения. Но сейчас, следует отметить, имеются изменения по органическому типу. И что интересно, регулярно регистрируется пароксизмальная эпилептиформность, которая локализована не только в отделах левого полушария, сейчас она распространяется в другие отделы г.м.. Эти эпилептиформные расстройства пока не дают изменения сознания. Когда мы проводили ЭЭГ-исследование на фоне вот этих вот нагрузок, я с ним постоянно разговаривала, сознание у него не было отключено ни разу, т.е. говорить о каких-то о типичных эпилептиформных приступах не приходится. Я, конечно, не видела его ранние ЭЭГ — может быть, эти изменения были уже в детстве, трудно сказать. Поэтому хочется дообследовать пациента. Итак, мое мнение, что пациент изменен по органическому типу, его психические нарушения связаны с дисметаболической энцефалопатией, там она дисметаболическая и травматическая и токсическая, в общем мультифакторная, которая приводит к таким нарушениям его психических функций. Такие функции как мышление, праксис, гнозис, узнавание предметов, умение ими манипулировать — эти

функции относятся к высшим корковым функциям, как их принято называть. И всегда это, конечно, и сейчас остается, и было прерогативой изучения и лечения функции неврологов. Потому что психические функции отражают общее состояние центральной нервной системы как их материального субстрата. Мне представляется этот пациент в общем-то как пациент с нарушением функции правильного взаимодействия головного мозга по органическому типу. — Ведущий. Как Вы сформулируете нозологический диагноз? Можно ли тут говорить об эпилепсии, симптоматической эпилепсии, или нельзя? — Пока что диагноз только синдромальный: хроническая энцефалопатия на фоне резидуально-органического поражения ЦНС. — С эписиндромом? — Сейчас нет такого диагноза — эписиндром, это грубо очень, так нельзя ни писать, ни говорить, эписиндрома нет, нет эпиквивалентов, нет эписиндрома. Есть пароксизмальные расстройства эпилептического генеза и пароксизмальные расстройства неэпилептического генеза. У нашего пациента — пароксизмальные расстройства эпилептического генеза. Начало заболевания — после ЧМТ, которую он получил в армии. Диагноз: хроническая энцефалопатия на фоне резидуально-органического поражения ЦНС; пароксизмальные амнестические расстройства в рамках парциальных приступов.

Б. Ю. Осипов, зав. дневным стационаром. *Изначально принимал его я. Тогда мы располагали объективными сведениями, что на нашей железной дороге действует бандитская группировка, которая неоднократно отравляла пассажиров и, пользуясь их беспомощным состоянием, грабила. И больной, очевидно, был отравлен, и поэтому, действительно, при первичном осмотре я поставил диагноз экзогенно-органического заболевания, но подразумевал уже тогда даже, что психический статус не полностью укладывался в экзогенно-органический. Позже, когда мы уже его разбирали на первой конференции, для себя я отметил, что это был деперсонализационный синдром. И статус тогда определялся как деперсонализационный. На сегодняшний день деперсонализационных явлений у него я не вижу. И статус квалифицирую как сенесто-ипохондрический. Эти жалобы на головные боли носят вычурный характер. После МРТ-исследования он приехал — с Виктором Гавриловичем мы его смотрели, — и Михаил сказал тогда, что от этого исследования у него не просто разболелась голова, а он чувствовал, что у него изменился мозг, разбухал мозг, будто он там плавал в черепной коробке. Эти жалобы не характерны для неврологического статуса, больше характерны для психиатрического статуса. Это эндогенный больной в рамках параноидной шизофрении, но с таким мягким, мало-прогредиентным течением.*

Ведущий. *А бред какой? — Бреда пока я не вижу. — А как же д-з параноидной шизофрении? — Можно*

сказать, что есть бредоподобные идеи отношения, можно сказать, он как-то не понимает людей, он говорил, и его не понимают. Скорее всего, это идеи сверхъестественного, бредоподобного характера. — Деперсонализации в статусе Вы “не видите”, на первый план ставите сенесто-ипохондрический синдром; а вот та аутоперсонамнезия, которая была, она полностью прошла, или нет? — Нет. Ведь еще остаются жалобы его на память, что плохая, он не стал таким, каким был раньше, он себя не признает.

Н. М. Смирнова (зав. отд. МОПБ. № 8). Мне этот больной представляется страдающим эндогенным заболеванием. Данные анамнеза о хронической инфекции среднего уха, о травмах при занятиях спортом имеют значение почвы, на которой развивается эндогенный процесс. И если проследить анамнез этого больного и катамнез, то мы увидим неврозоподобные и психопатоподобные нарушения в детстве, патологический сдвиг в подростковом возрасте, затем усугубление изменений личности после армии, которые он сам отмечает. Наконец, психотический деперсонализационный эпизод, который послужил поводом для госпитализации в ПБ. И после выписки из нашей больницы до настоящего времени его состояние характеризовалось тревожным аффектом, стремлением вернуться в психиатрическую больницу, а также нарастающими изменениями в личностной эмоциональной сфере — холодность по отношению к жене и к матери. Поэтому я полагаю, что это вялотекущий шизофренический процесс с деперсонализационными расстройствами на органически неполноценной почве.

О. В. Мещерина (зав. детским отд. МОПБ № 5). Я пациента вижу в первый раз, об анамнезе знаю из публикации в журнале. Как детский психиатр, углублюсь в детство. С большой вероятностью мать пациента психически больна. Она много лет страдает “болезнью сердца” и головными болями, верит в порчу и обращается к бабкам, чтобы ее снять, обращает внимание и ее эмоциональная холодность, это отмечает сам больной и лечащий врач, собиравший анамнез у матери. В дошкольном возрасте пациент отличался от ровесников драчливостью до такой степени, что в 5-летнем возрасте в драке получил травму костей носа. Затем с 5 класса резкий личностный сдвиг, когда на него “будто навалилась лень”, захотелось учиться и из почти отличника он стал троечником. Это т.н. “беспричинная” лень школьников. Пациент считал, что в этот период на него навели порчу, с матерью ходил к колдунье-знахарке, верил, что с него снималась “порча”, после чего к 16 годам лень прошла и “нормально стало учиться”. Кроме того, “с малых лет” и до сегодняшнего времени у него повторяющиеся сквозные состояния деперсонализации-дереализации в виде дежавю, “вещих снов” и предвосхищения событий, благодаря которым он как бы предсказывает будущее. В последние несколько лет появилась алко-

гольная зависимость. Из катамнеза видим, что за последние полгода нарастает социальная и семейная дезадаптация. Он как бы не может себя реализовать и испытывает постоянное беспокойство, неудовлетворенность, с мыслями о потере смысла жизни, “меня никто не понимает”. В результате серьезная суицидальная попытка, после которой был госпитализирован в реанимационное отделение. Учитывая все это, можно думать о рано начавшемся эндогенном процессе, более четко проявившемся в подростковом возрасте (с 11 до 15 лет). Второй приступ — это т.н. аутоперсонамнезия, с которым он впервые попал в эту клинику. Этот приступ, мне кажется, не прошел полностью и до сих пор. В настоящем психическом статусе деперсонализационно-дереализационный синдром остается, пациент, сам говорит, что только 99 % он тот, который был до того, “я стал другим”, он не вернулся к прежнему состоянию, “с головой что-то не то”, “силы пропадают”, “как будто высасывают энергию и по всему телу непонятная тяжесть, усталость”, ноющая тревога. Остается страх сойти с ума, страх безумия, а также сенесто-ипохондрические расстройства в виде вычурных головных болей, нарушения мышечного чувства, ноющей тревоги в груди, “так, что тяжело дышать”. Он жалуется на “бешеную” головную боль, “голова почти не отдыхает”, т.к. загружена постоянными навязчивыми воспоминаниями, “в голове полный бардак”. Он не до конца раскрывается. И если бы мы его порасспрашивали, мы могли бы еще более узнать о тех его переживаниях, которые у него внутри. Диагноз: шизофрения рано начавшаяся, непрерывно текущая, сенесто-ипохондрический синдром с остаточными деперсонализационными расстройствами и апато-абулическими проявлениями, возможно, уже переходящими плавно в дефект. Этот диагноз подтверждается и повторными экспериментально-психологическими исследованиями с данными о грубых патологических расстройствах мышления шизофренического типа при отсутствии астенических динамических нарушений и истощаемости.

Е. В. Туманянц (зав. отд. МОПБ № 8). Это давно болеющий человек с органическим поражением головного мозга. А то, что здесь отмечалось в детстве, я расцениваю как синдром двигательной расторможенности. Он еще не леченный, у него еще и травмы. И преморбидно у невысокой личности — ну что мы знаем насчет тех людей, которые живут в деревне, у которых интересы невысоки. — **Ведущий.** А как насчет Ломоносова из деревни? — Интеллект у него невысокий. Поэтому, естественно, и от мамы трудно ожидать, чтобы она была достаточно умной. Что мы видим? В детстве была двигательная расторможенность, была травма в армии. Что касается периода подростковой лени, мы тоже не можем сказать определенно, ведь каждый из нас видит только то, что он хочет видеть: кто-то видит какой-то шуб, кто-то — другое. — **Ведущий.** Сколько психиатров, столько и

диагнозов?— Я не склонна говорить о шубе, логично представить, что это пубертатный кризис. Я думаю, это текущий органический процесс. Что касается головных болей, я не склонна расценивать их как сенестопатии, потому что мы видим результаты ЭЭГ и МРТ-исследований, где отмечены явления гидроцефалии. Д-з: органическое поражение головного мозга, церебрастенический синдром.

Н. Ф. Усцев (зав. ПНД МОПБ № 8). Я впервые вижу этого больного и очень жалею, что не был на первой конференции, а статью прочел только сейчас. Ведь это очень интересный случай. Уникальность его в чем? В том, что деперсонализация проявляется внешне как нарушение памяти. А мы знаем из учебников психиатрии, что нарушения памяти — это один из основных симптомов, входящих в психоорганический синдром. И из-за этого сразу путаемся. Мне представляется в настоящее время, что это больной с сенесто-ипохондрическими расстройствами, деперсонализацией и бредом отношения. Больной сам говорит, что стал другой, ко всему и ко всем подозрительный. Я — другой! Это что — деперсонализация? Ко всему и всем подозрительный. Это — что? И когда попробовали проникнуть в его внутренний мир, то он сразу с раздражением отсек все наши попытки. То есть, это мой внутренний мир, и ни в коем случае я вас туда не подпущу. Можно спросить, зачем все это надо органику? Или, если это органик, то зачем ему это все надо? А между тем, больной заявляет, что он стал “другим”, “подозрительным”. Но больше всего меня интересует структура его психопатологии при первом поступлении, когда он как бы забыл себя. На основании своего опыта консультанта хирургических отделений, я прихожу к выводу, что при нейро-интоксикациях, алкогольных и других, даже при тяжелых интоксикациях, когда грубо нарушается ориентировка в окружающем, в себе-то они ориентируются и себя помнят. И ориентировка в собственной личности нарушается при тяжелейших органических поражениях — при травме тяжелейшей, сосудистом поражении, — когда к дезориентировке в окружающем присоединяется расстройство ориентировки в собственной личности. А в данном случае была деперсонализация. И не просто дезориентировка в окружающем, и не просто в собственной личности, а извращенная какая-то. На тот период я бы начал дифференцировать эту деперсонализацию как либо эндогенную, либо деперсонализацию при приступе эпилепсии. Но тогда должен быть психоорганический синдром, а его нет. И в анамнезе мы видим психопатологические проявления, не свойственные экзогенно-органическому поражению, то вдруг откуда-то возникает “периодическая лень” школьника. У органика может быть астения, утомляемость, а здесь — не астения, а лень. То есть здесь была какая-то фаза, фаза эндогенная. И вновь возвращаюсь к уникальности случая — наблюдение деперсонализации как нарушения памяти о себе, как это было при

первой госпитализации. В остром периоде трудно проводить дифференциальную диагностику между шизофреническим и экзогенно-органическим психозом. А по катамнезу теперь ясно, что это эндогенный больной. И теперь перед нами — сенестоипохондрические расстройства, деперсонализация с бредом отношения. А против эпилепсии говорит отсутствие психоорганического синдрома. И здесь молодцы патопсихологии, показавшие, что личность — не эпилептоидная, и шизотимная с выраженными расстройствами мышления.

В. М. Тунев (зам. главврача МОПБ № 17). Случай аутоперсонамнезии в московской областной психиатрии встречаются все чаще. Поэтому психиатры должны научиться оказывать адекватную диагностическую и лечебную помощь. В этом смысле наша конференция имеет большое познавательное значение для врачей всех специальностей.

В нашей больнице (МОПБ “№ 17) за последние годы также зарегистрировано 2 случая пациентов с потерей памяти своего “Я”, у которых мы диагностировали вялотекущий шизофренический процесс с провокацией в виде интоксикации и эмоционального стресса. Однако, после выхода из состояния аутоперсонамнезии у этих больных констатировали очевидный шизофренический дефект личности с психопатоподобной, чаще истероформной симптоматикой, симптомами зависимости от психоактивных средств, утратой адекватного эмоционального резонанса и социальных связей.

Теперь об этом случае. Я бы не хотел преуменьшать значение экзогенного фактора как мощного пускового механизма. Почему психоактивное вещество не нашли при лабораторном анализе? Возможно, был короткий период выведения, или другие неизвестные нам причины. Картина ЭЭГ говорит о том, что больной перенес состояние, аналогичное токсической энцефалопатии, которая усугубила ту органически неполноценную почву, которая уже была у пациента (в анамнезе ЧМТ). Уточню, что в период энцефалопатии на ЭЭГ отмечались региональные различия, пик-волны, а в левом полушарии почти не регистрировалось альфа-ритма. Мы знаем, что существует т.н. эпилепсия ларвата (т.е. маскированная), которая со временем может дать зеркальные очаги. Сейчас у него уже другая ЭЭГ-патология (в другом полушарии, где формируется субклинический эпилептогенный очаг) при клинически отсутствующих припадках. Т.о., механизм образования потери памяти своего “Я” — “аутоперсонамнезии” — имеет повидимому сложный экзогенно-эндогенный генез. Факт массивной интоксикации несомненен: головные боли, сухость во рту, астения, амнезия. Однако, все эти симптомы постепенно редуцировались, а на передний план постепенно выступили шизофренические, в т.ч. негативные феномены. Психопатология становилась шизофренической, головные боли приобрели характер сене-

стопатий, диффузность мышления, мудрствование, резонерство, идеи неизлечимости, холодность к родным и т.п., что подтвердилось патопсихологическими исследованиями.

Меня удивило, что когда больной понял, что он забыл свое “Я” и свое прошлое, он не испытал сильного эмоционального стресса. Может быть, вследствие уже имеющегося эмоционального дефекта? Тем не менее, я не рассматриваю аутоперсонамнезию как бредовый, тем более сквозной синдром. И так, с моей точки зрения это вялотекущий шизофренический процесс с дефектом личности на органически неполноценной почве. — **Д-р Мещерина (МОПБ № 5):** *Так все-таки, генез аутоперсонамнезии эндогенный, или нет?* — Аутоперсонамнезия сложного экзогенно-эндогенного генеза, развившаяся у больного шизофренией. Сейчас в психиатрических стационарах области 3/4 контингента больных с наркологической патологией, в т.ч. с исходными состояниями, энцефалопатией, корсаковским синдромом, но синдрома аутоперсонамнезии у них мы не встречаем. Следовательно, механизм интоксикации и стресса имеет второстепенный, патопластический характер. Повидимому, синдром аутоперсонамнезии скорее говорит о шизофрении.

Ведущий. Спасибо. Теперь слово д-ру Старостенкову. М. М., Вы изменили свой диагноз, или оставили его таким же, как и при первой госпитализации?

Зам. главврача МОПБ № 8 М. М. Старостенков: Прошлый раз я воздержался от какого-либо диагностического заключения в связи с отсутствием катамнестического наблюдения. Что касается синдрома, названного аутоперсонамнезией, я придерживаюсь прежнего мнения, что это диссоциативная амнезия. Я не хочу повторяться, тут вся терминология была высказана с этой трибуны, по-моему, феноменология амнестических расстройств на тот период была экзогенно-органической природы. Но катамнестическое наблюдение, уточнение анамнеза, выявляет феноменологию вялотекущего эндогенного заболевания. Это собственно говоря, на сегодняшний день социальная дезадаптация... В основе дезадаптации — дефект, формирование дефекта при наличии мощнейшего психоорганического синдрома. Укладывать в деперсонализацию органическую феноменологию, наверное, преждевременно. К сожалению, с позиции сегодняшнего дня мы видим, что психопатология, общая психопатология остается до конца неразработанной, мы выявляем нечто новое, и каждый по-своему, как хочет, это трактует. Необязательно мне повторяться. Академического стиля по учебнику сегодня здесь мы не услышали. Я еще разделил бы эту проблему на два вопроса. Все-таки с практической точки зрения, важнее реальная работа оказания помощи этому больному, конкретному больному. Если его лечить с ведущим диагнозом “психоорганический синдром”, он получит реальную ноотропную терапию, симптома-

тическую терапию. Теперь, что касается эндогенного заболевания как выступающего дефекта. Если кто-то говорит о любовном бреде, бреде отношения, то это надо описать доказательно, надо описать фазовые расстройства, а не только по линии поведения говорить, что это бред.

Вот он “не открывается”, он “не откровенен”, значит он бредовый? Где у него фабула бреда? Умозаключения где? — Уж если быть академически корректным, надо либо раскручивать этого больного, сидеть с ним, либо ограничиваться какими-то диф-диагностическими заключениями. Если посмотреть с точки зрения эндогенного заболевания, то возникает ряд вопросов: “Лечить его? Чем лечить? Как лечить?” С точки зрения социальной защиты, установления инвалидизации, не имеет значения какой диагноз в данном случае ведущий: и тот, и другой привел к дезадаптации. Но реальную помощь больному медикаментозную помощь, можно оказывать с точки зрения ведущего психоорганического процесса. Понятную ему помощь, понятную его родственникам помощь! А с академической точки зрения, по-видимому имеют право на жизнь два процесса. Не исключено, что в будущем возникнут и станут ведущими эпилептические проблемы. — **О. В. Мещерина:** *А шизофрения?* — Одно другому не мешает. Это мое видение пациента. То, что СМИ разбирают этот случай, — это, очевидно, общественный заказ, некий популизм. Мнение Зурба Ильича Кекелидзе, к сожалению, нам не удалось узнать, как и получить у него какое-то заключение. Возможно, этот случай все-таки будет доведен до сведения Центра Сербского. Проф. Кекелидзе заинтересовался этим случаем, и можно будет получить его оценку.

Ведущий. Каким синдромом Вы определите психический статус? И нозологический диагноз, если возможно, приблизительно хотя бы? — *Текущее органическое заболевание головного мозга смешанного генеза, травматического, интоксикационного. Психоорганический синдром, с ведущим астеническим симптомом. Статус? Вялотекущая малосимптомная шизофрения.* — **Ведущий.** Вот те раз! И шизофрения? — *Сопутствующая шизофрения! Вот такое нестандартное условие!* — **Н. Ф. Усцев.** Посмотреть в одну сторону — шизофрения, посмотреть в другую — органика? — *К сожалению, мы сейчас увидели пациента из населения, которого мы взяли из населения и смотрим на сегодняшний день катамнестически. У него была амнезия, да? А представьте себе, что мы его не видели раньше! Вот давайте на секундочку отвлечемся от сведений о его первой и второй госпитализациях, и посмотрим на него сейчас...* — **О. В. Мещерина:** Все равно, поподробней о диагнозе? — *Малосимптомный эндогенный процесс... Я же так и сказал: вялотекущая, малосимптомная шизофрения* — **Н. Ф. Усцев:** какой из двух Ваших диагнозов Вы ставите на первое место? Шизофрению? — *Нет. Ве-*

дуций — психоорганический синдром. В ответ на ваши вопросы о диагнозе я могу сейчас только поддержать Виктора Гавриловича, что сколько психиатров, столько и диагнозов. Мой акцент — не академический, а с точки зрения практической реализации.

Ведущий. Спасибо! Однако, пресловутый афоризм — мол, сколько психиатров, столько и диагнозов — я упомянул с иронией. Мнений-то может быть много, а диагноз как распознавание истины — только один. Но поскольку я тоже психиатр, то вначале выскажу личное мнение, а затем обобщу мнения выступавших.

Итак, я полагаю очевидным, что катамнез подтвердил диагноз, обоснованный мною при первой госпитализации. Но, к примеру, М. М. Старостенков считает, что все дело в том, что мы “его взяли из населения катамнестически и смотрим”, и не в состоянии даже “на секундочку отвлечься от сведений о первой и второй госпитализациях и представить себе, например, что мы его не видели раньше, посмотреть на него только сейчас”. Вот если бы мы смогли (простите за невольный каламбур), амнезировать ту аутоперсонамнезию, которую мы видели у пациента в 1-ю госпитализацию, то тогда, может быть, и смогли бы пересмотреть прежний ошибочный диагноз. А поскольку в реальности это невозможно, то, следовательно, путь к критическому переосмыслению диагноза для нас пролегает через виртуальную, воображаемую действительность? Но к нашему счастью, в качестве такого независимого эксперта может выступить зав. ПНД Н. Ф. Усцев, который действительно видит сегодня пациента С. в первый раз и, стало быть, не зависит от наших предыдущих диагнозов и впечатлений. Так вот, несмотря на этот чистый эксперимент, о котором мечтал Михаил Михайлович, пациент все-таки произвел на Николая Федоровича клиническое впечатление несвежего шизофренического процесса с дефектом, которое он, кстати, доказал.

³ “Сейчас я нахожусь в черной полосе и конца в ней что-то не видно... Есть и быстрый способ решения этой проблемы, но это не выход, все-таки в жизни надо оставить что-то хорошее... уходя в себя, хочется забыться. Проще говоря хочется выпить, но на утро еще и появляется головная боль, а проблема остается так же... Никто не в силах изменить твоей судьбы... лишь счастливый случай помогает вылезти из трясины... но все равно в большинстве случаев трясина засасывает потерявших в жизни смысл... Жизнь прекращается на том, когда теряешь любимую половину, и продолжается только существование, а человек, который просто существует, никому не нужен. Вот и выходит я никому не нужное существо... Получается, вся жизнь потемки, и все блуждают в них. Иногда хочется плюнуть на все и уйти куда глаза глядят... если думать только о старом, так точно можно сойти с ума или наложить на себя руки... Все свободное время осмысливаю свой сон, предвещающий что-то неладное... Все сегодняшние мысли противоречат вчерашним, в голове полная бурда и разобраться в ней что-то не получается... хочется поговорить с кем-нибудь, чтобы понять, что творится у меня в душе, тогда станет намного легче и жизнь не покажется такой серой и бесполезной. А если постоянно думать об одном и том же, как это может вылечить? Не нравится мне такая философия... Как хочется, чтобы у человечества была общая цель и которую все бы уважали и ни под каким предлогом не нарушали. Но этого никогда не произойдет. Каждый раз находится повод, чтоб все пошло шиворот на выворот. Так по такой же причине ничего идеального не существует... Не понимаю идеологию людей, которые гребут под одну гребенку. Выходит, что идеология некоторых, а может и большинства, что надо наказывать тех, кто не нарушает. Так может нужно нарушать все запреты и будет все нормально и на душе спокойно... Зачем дается жизнь человеку, если в своей жизни он ничего хорошего не сделал. Но как сказал Христос “Не судите других, да не судимыми будете”. Но вопрос все равно остается... Хотелось бы повернуть время немного назад и чтобы я родился под счастливой звездой и чтобы мог видеть свое будущее наперед, чтоб мог уклоняться от роковых ошибок. Это было бы счастливой формулой жизни. Может в следующей жизни мне повезет больше, и я смогу прожить достойную жизнь человека, но не человека, который пресмыкается... Думал, как начать новую жизнь, и кажется, в этом есть просвет.”

Теперь, о психическом статусе в динамике. В первые дни преобладали соматические жалобы, отражающие его целевую установку на получение инвалидности. Это — упорные головные боли, усиливающиеся при любой работе, изможденность, утомляемость и бессонница. Однако, в это же время в его дневниках с 01.11.07 по 13.12.07 эти симптомы не упоминались. Вместо этого — стержневые мотивы экзистенциального тупика, буксующей рефлексии, бесильные поиски потерянного смысла жизни и жизненное отчаяние, утрата волевого контроля над собой, над фатальной судьбой с довлеющим роком сумасшествия и самоубийства. То есть, то, что в немецкой психиатрии называется чувством процесса — *Prozeßgefühl* (не путать с *Praesoxgefühl!*). Это жизненное отчаяние мотивировалось семейным и социальным крахом с ощущением полной нетрудоспособности³. Но после вспыхнувшего здесь любовного увлечения это отчаяние сменилось надеждой и предощущением новой жизни.

А какие симптомокомплексы теперь главные?

Это — сенесто-ипохондрические расстройства: это головные боли, боли в теле, нарушения мышечной чувствительности, т.н. “беспокойные ноги”, нарушения общей чувствительности, в т.ч. витальная основа тревоги — “ноет в груди”. Это — хронические сенесто-ипохондрические расстройства, витальные. Они бывают только эндогенной природы, и больше никакой не бывают.

Кроме того, имеются стертые, трудноуловимые деперсонализационные нарушения. Ведь он еще не восстановил себя полностью после аутоперсонамнезии, а только, — как он говорит, — восстановил 99 %, а еще 1 % никак не восстановит. Поэтому ему приходится поневоле продолжать этот процесс воспоминания себя. Следовательно, нельзя еще сказать, что перенесенная им весной аутоперсонамнезия полностью

прошла. Да, в целом он себя вспомнил, и вспомнил своих родных, он себя нашел и теперь себя не ищет, но резидуа, остаток аутоперсонамнезии есть. И он продолжает вспоминать себя для того, чтобы на 100 % восстановиться, чтобы полностью восстановился как он говорит “смысл его жизни”. Поэтому хвост аутоперсонамнезии еще есть как резидуа.

Что касается его **деперсонализации**, то он ответил доктору Усцеву совершенно определенно: я не только стал жестче и подозрительнее, я стал “другой”. Перед нами другая личность. И как сказал классик психиатрии: в результате болезни настолько изменяется личность, что в семье появляется новый пришелец, словно чужой человек. Его не понимают дома, ему чужда его семья, и семья он чужд. Он утратил в своей душе корневую систему, которая связывала его с родной семьей. И в результате этого, встретив в нашей клинике случайную женщину, он почувствовал родственную связь или привязанность к ней и увидел в ней свою семью, свой дом и судьбу — ей стоит только сказать “да”. Его судьба теперь зависит от ее решения строить новую жизнь, а дома у него нет никаких проблем. Не только с женой, которая его не понимает, или с матерью, для которой он — нежеланный сын, но и со своим единственным сыном-подростком. Он чувствует себя накануне новой жизни. Причем этот симптомокомплекс “увлечения, любви” появился не на ровном месте, а пришел на смену мучительной экзистенциальной деперсонализации, с утратой смысла жизни, из-за которой он предпринял серьезную суицидальную попытку. Коль скоро на смену витальной тревоги, витальной экзистенциальной депрессии приходит какое-то новое увлечение с новым смыслом жизни, то это имеет конечно, патологическое происхождение. Мы имеем дело с любовным бредом, а не просто очарованием или любовью с первого взгляда. Что касается диагноза экзогенно-органического или неврологического заболевания, то когда выступают врачи и невролог-эпилептолог Наталья Григорьевна повторяет, будто наш пациент в период службы в Армии перенес открытую ЧМТ с контузией головного мозга и ликвореей, которых в действительности не было, то у меня возникает вопрос, а читали ли они историю болезни и первую нашу статью. Поэтому мне приходится открыть эту статью и цитировать: *“по объективным данным Свидетельства о болезни № 100 военного госпиталя и Постановления военно-врачебной экспертной комиссии, в период службы в Армии Михаил получил травму правой барабанной перепонки с ее перфорацией, последующим гнойным эпитимпанитом со стойким снижением слуха на правое ухо. Именно из-за этой болезни (а не ЧМТ с контузией головного мозга и ликвореей) он лечился в госпитале 7 дней, был признан негодным к военной службе в мирное время и уволен из Вооруженных сил. Конечно, ни о какой “контузии головного мозга с лик-*

вореей”, ни вообще о ЧМТ не было и речи. Ведь ушная ликворея наблюдается обычно при тяжелых ЧМТ с переломом пирамиды височной кости. А у него на прицельных рентгенограммах височных костей по Шуллеру “костно-деструктивных изменений не выявлено”. Во-вторых, никаких патологических симптомов в неврологическом статусе не было. Кроме военных документов, это подтверждается также данными направления на ВТЭК и выписки из истории болезни Кочаркинской ЦРБ, где он лечился после демобилизации дважды в ЛОР-отделении и один раз в неврологическом отделении с диагнозом: подострый посттравматический гнойный эпитимпанит справа с тугоухостью, вторичный неврит 8-го нерва справа.” (Независимый Психиатрический журнал, вып. 2, 2007 г., с. 54). Это так. Но что касается вопроса об органическом поражении ЦНС, то и данные ЭЭГ, и повторной МРТ-головного мозга в динамике, и нечеткие, переходящие, но определенно имеющиеся патологические симптомы в неврологическом статусе говорят о том, что это поражение в терминах органически неполноценной почвы по С. Г. Жислину у него есть. Уточнение ее и было сформулировано как наша задача, но довести это до полной ясности пока не удается.

Данные повторной МРТ-головного мозга в РДКБ в сопоставлении с МРТ от 4.05.2007 года я обсудил с профессором лучевой диагностики А. А. Алихановым. В результате, были исключены ошибочные заключения 1-й МРТ от 04.05.2007 г. о “слабовыраженной внутренней асимметричной сообщающейся гидроцефалии.” А по поводу “единичного очага в белом веществе правой лобно-теменной доли, вероятнее всего сосудистого (постгипоксического?) происхождения, размерами 3 × 7 мм., без признаков объемного воздействия и перифокального отека” было установлено, что этот очаг “остаётся прежним в размерах и релаксационных характеристиках; его происхождение с наибольшей вероятностью может быть связано с регионарным дисциркуляторным эпизодом (возможно врожденного характера). Иных клинически значимых структурных изменений в головном мозге не выявлено. В целом — состояние без динамики” за истекшие полгода.

Таким образом, МРТ-очажок размером с горошину в белом веществе правой лобно-теменной доли без признаков объемного воздействия и перифокального отека за 7,5 месяцев остался тем же во всех своих МРТ-характеристиках; поэтому специалистами по лучевой диагностике было сделано заключение о его клинической незначительности как случайной находки, природа которого скорее всего связана с давним перенесенным регионарным дисциркуляторным эпизодом, и о возможности его врожденного характера.

Поэтому я полагаю, что речь идет здесь о случайной МРТ-находке, которая не имеет признаков патологического процесса, а относится к категории давне-

го патологического состояния -pathos, по И. В. Давыдовскому и А. В. Снежневскому, и следовательно, не находится в патогенетической связи с процессом, который течет у нашего пациента. В соответствии с этим, и на основании данных катамнеза я полагаю, что речь идет о вялом эндогенном процессе, который обнаруживает тенденцию к усугублению прогрессивности. Однако, заключение Бориса Юрьевича о параноидной шизофрении в настоящее время имеет скорее всего не диагностическое, а прогностическое значение, поскольку параноидного синдрома еще нет, но процесс идет в том направлении.

Почему? — Ведь не из-за головных болей Михаил пытался покончить с собой, а из-за утраты смысла жизни, в которой рушится все. Не из-за органического процесса. Патологический процесс течет вяло, преимущественно на непсихотическом уровне, однако по своим социальным последствиям — нетрудоспособности, социально-трудовой и семейной дезадаптации, — он имеет серьезное инвалидизирующее значение и высокий риск суицида. А что касается “органической почвы” по Жислину, то ею невозможно объяснить течение процесса. Но ее надо уточнять. И как предложил М. М. Старостенков, пациента с этой целью можно перевести в Центр им. Сербского к Зурабу Ильичу.

Итак, с точки зрения пресловутого афоризма “сколько психиатров, столько и диагнозов” я обосновал диагноз как психиатр, а как председатель конференции я могу обобщить и записать в истории болезни, что здесь может идти речь о вялотекущей шизофрении с сенесто-ипохондрическими и деперсонализационными нарушениями, но мнения психиатров разделились. И я, например, удивлен значительным числом психиатров, высказавшихся за д-з шизофрении. Даже М. М. Старостенков не стал исключать шизофрению, пусть в качестве сопутствующего заболевания. Поэтому я могу заключить, что д-з врачам не ясен; что надлежит думать о текущем шизофреническом процессе с сенесто-ипохондрическими, деперсонализационными расстройствами и резидуальной аутоперсонамнезией; диагноз органического поражения ЦНС как органически неполноценной почвы, на которой развивается процесс, подлежит уточнению. Желательно обследование в одном из НИИ психиатрии, предпочтительно в Центре им. Сербского. Я полагаю, что этот клинический случай и тема аутоперсонамнезии в целом будет иметь продолжение. Есть вопросы?

Н. Ф. Усцев. Ситуация аутоперсонамнезии была не столько токсическая, сколько, так сказать, стресс-эндогенная реакция.. Стресс-эндогенная реакция пошла по содержанию.

Ведущий. Это — не вопрос. А сейчас мы еще должны осмотреть мать Михаила, со слов которой в истории болезни собран такой анамнез, что будто бы в роду пробанда, включая его мать, не было психических заболеваний. Но это почти исключено. Я просил

лечащего врача представить ее мне на обследование, чтобы установить диагноз эндогенной психической патологии как факт наследственной психической отягощенности пробанда, а также на ходу провести мастер-класс клинического сбора анамнеза. Хорошо, что мы это делаем после нашего дифференциально-диагностического обсуждения, и, таким образом, наш диагноз был выставлен независимо от того, что мы сейчас должны установить.

Итак, сейчас мы увидим маму — З.Н.

— Здравствуйте. З. Н.! Вот здесь сколько врачей и ученых собрались, чтобы помочь Вашему сыну. Ваш сын чем болел в детстве? — *Нет, не болел.* — А до 5-го класса как учился? — *Очень хорошо учился, на 4 и 5. А потом лень начал.* До 5 класса был как все, а потом сразу поменялся, стал какой-то не такой — И Вы его куда водили? — *Никуда.* — А к бабке водили...порчу снимать... — *А? Да.* — А кто испортил его? — *Откуда я знаю.* — Но Вы думали на кого-то? — *Думала. Бабка это подтвердила.* — А на Вас порча тоже была? — *Была.* — А сейчас остатки какие-то есть, или нет? — *Есть!.....* — А на него почему, из-за Вас? — *Наверное, на всю семью...* — А на дочку? — *...У нее голова болит, и глаза болят.. Ей 27 лет.*

Ведущий: Н. С.! Пожалуйста, надо записать, что мама говорит, запишите!

— Работает она, у нее семья? — *Работает поваром, семья разрушилась. Она замуж вышла, 3 месяца пожила и вернулась домой, и вот уже 4 года будет ребенку.* — Почему одна, что там нет женихов? — *Есть, найдет, плакать не будет.* — А чем она болеет? — *Тожже насчет глаз плохо у нее... - Почему, тоже?* У кого еще? — *У меня аллергия сильная и у нее....* — А по врачам ходит? — *Ходит.* — Что с ней? Не жалуется на давление, на сердце? — *Не могу сказать.* — Ну, ладно. У Вас порча в чем сейчас проявляется? — *Голова и сердце болит.* — С каких лет? — *С 5-го класса.* — А были такие приступы, что, казалось, все? — *Когда болело сердце, судороги были по всему телу, и думала, сейчас умру. Скорую помощь вызывала.* — Сколько раз так было, примерно? Десяток был? — *Да, был.* — А двадцать? — *Не буду врать, может быть и двадцать...* — А страх сойти у ума был? — *Было это, и хотела умереть, тогда выпила таблетки и в реанимации лежала. Это 2 года назад. Из-за мужа.* — Из-за мужа? Загулял? — *Было, да. Но он не признался.* — А почему “загулял”, может быть просто выпивал и все? — *Вовремя с работы не приходил.* — И Вы — таблетки выпили и в реанимацию попали? Сколько там пролежали? — *2 недели.* — А потом куда выписали? — *В психоневрологическое отделение. В том же городе, где я была в реанимационном отделении. А в нашу ПБ в Микряково, где работает невестка, я не пошла.* — Сколько же лет Вы лечитесь в своем психоневрологическом отделении? — *Сколько всего? Вот около 15 лет. Но не в Микряково, чтоб никто не знал,*

а хожу в город. — Это больница или психоневрологический диспансер? — Не знаю, не помню. Врач — Лаурова, ...как? Не знаю, не помню... 15 лет уже, если не больше, не могу сказать. — Вы психически больны иногда? — Болею. — Отчего? — Значит (?), еще отец болел. Он лечился несколько раз в психиатрической больнице в г. Елахове. — Что с ним было? — ревность, бред был. — А галлюцинации? — И галлюцинации были. — А диагноз какой? — Не знаю. Его трактором задавило, когда я была в 5-м классе. — А у Вас диагноз какой, говорят? — Эпилепсию сначала поставили, а потом — другой... не помню какой. — А галлюцинации у Вас были? — Да, часто что-то будто слышится... голос... — Вы приехали навестить сына? — Можно будет сына забрать домой? Сегодня — Об этом мы сейчас посоветуемся. Спасибо.

Итак, коллеги, д-з совершенно ясен. 15 лет мать лечится у психиатра, “порчу” навели на нее. По л/м и дед пробанда лечился у психиатров. Лечащему психиатру следует все это записать в историю болезни, в анамнез со слов матери. А пока записать в историю болезни **заключение по конференции:**

“Клиническая конференция и разбор с участием 17 психиатров, невролога, патопсихологов под председательством доктора мед.наук В. Г. Остроглазова.

Диагноз — тот же. Речь идет о старом ларвированном шизофреническом процессе на органически неполноценной почве. Впервые в беседе с матерью установлена наследственная отягощенность шизофренией по л/м. Мать страдает параноидной шизофренией с вербальным галлюцинозом, суицидальными попытками и свыше 15 лет лечится в ПНД г. Козмодемьянска. Дед нашего пациента по линии матери так же страдал галлюцинаторно-параноидным психозом и лечился в ПБ. Однако, мнения врачей разделились: одна половина врачей уверена в диагнозе экзогенно-органического процесса, другая — обосновывает диагноз шизофренического процесса как основного заболевания. Поэтому приходится констатировать, что диагноз врачам не ясен. Для исключения, или уточнения диагноза экзогенно-органической патологии как неполноценной почвы (в понимании С. Г. Жислина) может быть рекомендовано дообследование в ГНЦ им. В. П. Сербского, где, кстати, изучается проблема аутоперсонамнезии”.

P.S.

Как заметил **главный врач МОПБ № 8 Г. И. Шурьгин**, обсуждаемая проблема аутоперсонамнезии

настолько сложна и в плане клиническом, и в плане воздействия на впечатлительное общественное мнение, что это вынуждает даже именитых в стране психиатров братья за перо.

11.03.2008 газета “Комсомольская правда” опубликовала двухполосное рекламное интервью с зам. директора ГНЦ им. Сербского проф. З. И. Кекелидзе о разгадке автобиографической амнезии как “тайны века”: “РАСКРЫТА ТАЙНА ПРЕВРАЩЕНИЯ ЛЮДЕЙ В ЗОМБИ”. Вот выдержки интервью.

Корреспондент Г. Сапожникова спросила профессора:

— “Неужели в этом деле не обнаружилось никаких инопланетян и тайных разработок спецслужб?”. — *Увы, — рассмеялся он. — Теперь мы все знаем... В марте состоится защита 1-ой диссертации на эту тему, ... то, что я вам буду рассказывать, еще не публиковалось в научной печати....* — Но вам удалось выяснить, почему они потеряли память? Таке кто же — злой гений, который помог людям забыть себя? — (и тут Зураб Ильич среди 4-х наблюдений вначале сообщил о результатах осмотра нашего пациента из Марий Эл, его отравлении “соком” в электричке, и о непростом генезе “автобиографической амнезии”, который отнюдь не сводится к воздействию интоксикации) ... *То, что влили, роли не играет. Я говорю о психотехнике. 4-й пациент... не помнил абсолютно ничего, но мы восстановили все по минутам. Здесь была целая система задействована, которая это с ним сделала. И никому в голову не пришло, что этот клубок можно распутать... Когда мы это все сложили, мы и пришли к выводу, что это — результат внешнего воздействия. Психиатрия наука точная. По ней если идешь, она ведет. Как математика. Додумывать ничего не надо. — Но как вам удалось вернуть им память обратно ? — ...Раз представляешь себе, как можно воздействовать, следовательно, можешь догадаться, и каким должен быть ключ. Но это уже наше ноу-хау, его я раскрывать не могу... был разработан комплекс мероприятий психофармакологии и психотерапии... Надо знать каноны психиатрии...”* Ознакомьтесь с полным текстом интервью можно в “КП” за 11.03.2008 или в интернете. Но все равно, нелегко по популярной публикации судить об открытии, да еще содержащем ноу-хау, которое не раскрывается. Читателю остается ждать научных сообщений.

Законотворческая инициатива НПА России

Концепция проекта Федерального закона “О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации”

Настоящий законопроект разработан по **инициативе** Общероссийской общественной организации “Независимая психиатрическая ассоциация России” в рамках статьи 33 Конституции Российской Федерации и является предложением НПА России по совершенствованию законодательства Российской Федерации.

Разработчик и автор законопроекта с постатейным обоснованием и его концепцией — руководитель юридической службы НПА России, кандидат юридических наук советник юстиции Аргунова Юлия Николаевна.

Предложение НПА России в виде проекта федерального закона в соответствии с абзацем восьмым части первой статьи 27 Федерального закона “Об общественных объединениях” вносится на рассмотрение Комитета Государственной Думы по гражданскому, уголовному, арбитражному и процессуальному законодательству.

Основной идеей законопроекта является реализация в уголовно- и гражданско-процессуальном законодательстве принципов состязательности и равноправия сторон в части регулирования вопросов использования при производстве по делу специальных знаний в области науки, техники, искусства или ремесла.

Целью законопроекта является совершенствование правовых основ: назначения и производства судебной экспертизы (СЭ); привлечения специалиста к производству по делу; представления, исследования и оценки доказательств, полученных с использованием специальных знаний.

Концептуальными целями законопроекта являются:

- 1) унификация процессуального законодательства в части регулирования указанных выше вопросов;
- 2) обеспечение соблюдения в законодательстве главного критерия при назначении лица в качестве эксперта или специалиста — обладание им специальными знаниями, т.е. компетентностью;
- 3) формирование в процессуальном законодательстве:

а) института “альтернативного” экспертного заключения, данного “иным” (негосударственным) экспертным учреждением или экспертом, что повысит состязательность в процессе за счет “состязательности” заключений экспертов;

б) “противовеса” экспертному заключению в виде заключения (разъяснений, пояснений, консультаций, показаний) специалиста.

Изменения и дополнения, предлагаемые для внесения в УПК и ГПК РФ, ФЗ “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации”, а также Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан, **направлены на:**

1) **обеспечение механизма реализации норм, предусматривающих:**

- возможность производства СЭ вне государственной судебно-экспертных учреждений;

- право гражданина ходатайствовать перед органом, назначившим судебно-медицинскую (СМЭ) или судебно-психиатрическую экспертизу (СПЭ), о включении в состав экспертной комиссии дополнительно специалиста соответствующего профиля;

- возможность привлечения специалиста по инициативе лица, участвующего в деле, или его защитника;

- показания специалиста в качестве доказательства по уголовному делу;

- обязанность суда приводить мотивы, по которым доказательство (в частности заключение эксперта) принято им в качестве средства обоснования своих выводов;

2) **введение норм:**

- дополняющих права подозреваемого, обвиняемого, а также права и обязанности его защитника при назначении СЭ и привлечении специалиста;

- расширяющих перечень оснований для назначения повторной либо дополнительной СЭ;

- уточняющих права и обязанности эксперта;

- корректирующих права и обязанности руководителя государственного судебно-экспертного учреждения (ГСЭУ) для обеспечения исполнения им норм процессуального законодательства;

- впервые предусматривающих (либо дополняющих) права и обязанности специалиста, а также сферу использования его специальных знаний;

- обеспечивающих заключению (консультации, пояснениям) специалиста статуса допустимого доказательства;

- обязывающих суд оглашать, исследовать и приобщать к материалам дела заключение (консультацию, пояснения, разъяснения) специалиста, а также запрещающих суду при рассмотрении гражданских дел отказывать сторонам в удовлетворении ходатайств о допросе явившегося в суд лица в качестве специалиста.

Таким образом, для “уравновешивания” в известной мере шансов сторон в уголовном и гражданском процессе при представлении и исследовании доказательств, требующих использования специальных знаний, предполагается: во-первых, корректировка норм о функциях, правах и обязанностях *всех участников* правоотношений: самих лиц, их защитников, правоохранительных органов, экспертов, руководителей ГСЭУ, специалистов, суда и, во-вторых, полнота отражения требуемых изменений законодательства *на всех стадиях* процесса:

а) применительно к СЭ: при возникновении оснований для назначения СЭ → на этапе назначения СЭ (в т.ч. повторной и дополнительной) и формулирования вопросов эксперту → при ознакомлении подэкспертного с постановлением о назначении СЭ → при ознакомлении эксперта с его правами, обязанностями и ответственностью → при даче экспертом заключения → ознакомлении подэкспертного с заключением эксперта → оглашении заключения в суде → его исследовании → допросе эксперта → оценке заключения и показаний эксперта судом;

б) применительно к участию специалиста: при привлечении специалиста → ознакомлении его с правами, обязанностями, нормами об ответственности → при даче специалистом заключения (консультации, пояснений) → оглашении и исследовании его заключения в суде → при признании заключения (консультации, пояснений) специалиста доказательством по делу → приобщении его к материалам дела → при допросе специалиста → при оценке его заключения судом.

Актуальность законопроекта обусловлена наличием следующих групп факторов.

Первая группа факторов связана с *несовершенством законодательных норм*, регулирующих вопросы использования специальных знаний при производстве по делу, *наличием пробелов и противоречий*.

В определенной мере этому способствует то обстоятельство, что и в УПК, и в ГПК РФ (в отличие, например, от АПК РФ) недостаточно определены понятия и содержание самих конституционных принципов

пов состязательности и равноправия сторон, на основе которых осуществляется судопроизводство.

Конституционный Суд РФ, неоднократно возвращавшийся к вопросу выявления конституционно-правового смысла норм о состязательности и равноправии сторон, принял ряд определений и постановлений по запросу депутатов Государственной Думы, а также по жалобам граждан, оспаривавших, в частности конституционность ряда норм процессуального законодательства, регулирующих права граждан и их представителей при назначении и проведении СЭ, обжаловании постановлений (определений) о ее назначении; норм, лишающих лицо, признанное экспертами (не судом!) невменяемым, уголовно-процессуальной дееспособности; норм, не содержащих указания о приобщении к материалам дела в качестве доказательства экспертного заключения, полученного по инициативе обвиняемого, а не по постановлению дознавателя, следователя или судьи, а также о возможности проведения СЭ без участия указанных должностных лиц. При рассмотрении этих дел Конституционный Суд обращал внимание на целесообразность либо допустимость внесения изменений в действующие законодательные акты.

Вопрос о внесении в законодательство нормы, наделяющей сторону защиты правом назначения СЭ и, таким образом, допускающей производство СЭ без постановления органов предварительного следствия и суда, хотя и отвечает принципу равенства сторон, нами, однако, пока не ставится.

Повышению равноправия сторон могут служить предлагаемые нами законодательные меры, не нарушающие существующего порядка уголовного и гражданского судопроизводства.

Вместе с тем, следует признать, что в зарубежных странах в отличие от России судебный процесс имеет более выраженный состязательный характер. При этом не существует жестких отличий экспертного заключения от заключения специалиста. То, что в России называется, например СПЭ, в США следовало бы назвать исследованием психического состояния испытуемого специалистами в области психического здоровья *по запросу сторон или судьи*. Отсутствие равенства сторон в вопросах использования специальных знаний является во многом чисто российской особенностью судопроизводства.

Принимая во внимание тот факт, что составной частью правовой системы Российской Федерации являются общепризнанные принципы и нормы международного права, в основу концепции разработанного нами законопроекта были положены:

1) пункт 3 принципа 18 Принципов защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи, утвержденных Генеральной Ассамблеей ООН 17 декабря 1991 г., предусматривающий право лица и его адвоката “запросить и представить во время любого слушания **независимое психиатриче-**

ское заключение и любые другие заключения, а также письменные и устные доказательства, которые относятся к делу и являются приемлемыми”;

2) Рекомендации Парламентской Ассамблеи Совета Европы в связи с просьбой России о вступлении в Совет Европы в качестве полноправного члена (1994 г.), в соответствии с которыми “в рамках судебных расследований случаев смерти или самоубийств ничто не должно препятствовать заинтересованным сторонам использовать всевозможные формы доказательств и иметь доступ к ним, включая возможность запрашивать проведение **медицинской контерэкспертизы**, в соответствии с принципом равенства правовых средств, который является основополагающим элементом справедливого судебного разбирательства.”

В российском процессуальном законодательстве не предусмотрены равные для сторон возможности в привлечении к участию в деле лиц, обладающих специальными знаниями (как экспертов, так и специалистов). Регулирование указанных вопросов противоречиво и неполно как в рамках отраслевого кодифицированного, так и иного законодательства (см. графу “Обоснование” к тексту законопроекта). Это относится к вопросам назначения и производства СЭ, порядку привлечения специалиста, механизму реализации полномочий защитника, правам и обязанностям эксперта и руководителя ГСЭУ, правам специалиста, функциям суда.

Так, при наличии в УПК РФ нормы о показаниях специалиста — отсутствует статья о порядке его допроса. При указании заключения и показаний специалиста в качестве доказательств по уголовному делу — не установлено право специалиста на дачу заключения и правило об оглашении в суде его заключения. При наличии в ГПК РФ нормы о разъяснении судом специалисту его прав — не предусмотрена статья о правах специалиста и т.п.

Имеется также ничем не объяснимая рассогласованность в регламентировании одних и тех же вопросов между УПК и ГПК РФ, что ведет к неоправданному отступлению от принципов состязательности и равноправия сторон. Так, дача заключения экспертом согласно ст. 57 УПК РФ является его правом, а в соответствии со ст. 85 ГПК РФ — обязанностью эксперта. Согласно ст. 58 УПК РФ специалист привлекается, в частности для разъяснения вопросов и дает заключение, в соответствии же со ст. 188 ГПК РФ специалист привлекается для получения пояснений и заключение не дает. По нормам УПК РФ суд не вправе отказать в допросе специалиста, явившегося в суд по инициативе сторон, но не обязан приобщать к материалам дела его письменные разъяснения. ГПК же предусматривает прямо противоположную схему: консультацию специалиста суд приобщает к делу, но выслушивать его по ходатайству сторон не обязан.

Между тем исход многих уголовных и гражданских дел напрямую зависит лишь от мнения и компе-

тентности эксперта. В правоприменительной практике именно с момента получения заключения СПЭ лицо, признанное невменяемым, автоматически лишается всех прав, предоставленных в уголовном судопроизводстве лицам, в отношении которых ведется уголовное преследование, а именно: знать, в совершении какого общественно опасного деяния его уличают, давать объяснения по обстоятельствам дела, заявлять ходатайства, участвовать в производстве следственных действий и судебном разбирательстве, приносить жалобы на действия и решения следователя, прокурора и суда, *знакомиться с заключением экспертов* и др. Теряет на практике возможность участвовать в судебном заседании, знакомиться с заключением экспертов, возражать в отношении их доводов, в т.ч. с помощью специалиста, представлять доказательства также и лицо, признаваемое недееспособным. После получения заключения экспертов судья, зачастую, рассматривает его дело заочно, вследствие чего лицо долгое время не знает о признании его недееспособным и пропускает срок обжалования судебного решения.

Вторая группа факторов связана с *проблемами судебной экспертизы и экспертной службы*. Главными из них являются:

1. Низкий уровень экспертных заключений.

Значительное число заключений экспертов государственных судебно-экспертных учреждений содержит ошибки, которые в ходе процесса, как правило, не выявляются и ведут к судебным ошибкам.

К типичным ошибкам, например, экспертов-психиатров, можно отнести: отсутствие обоснования экспертных выводов; попытку дать правовую оценку исследуемым фактам; дачу ответов на поставленные перед экспертом вопросы при недостаточности представленных на экспертизу материалов; противоречия выводов экспертов материалам дела; решение вопроса о вменяемости не применительно к конкретному деянию и моменту его совершения; подмену юридического критерия ограниченной вменяемости медицинским; отсутствие обоснования применения принудительных мер медицинского характера, а также невозможности лица участвовать в судебном заседании; краткость экспертных заключений, следствием которой становится широкое использование психиатрической терминологии (обобщающих оценочных суждений), что не позволяет оценить обоснованность выводов; использование в выводах некорректных формулировок, допускающих возможность принятия различных правовых решений по делу; противоречия между описанием психического состояния лица и установленным диагнозом; противоречия между глубиной выявленных экспертом психических нарушений и оценкой их влияния на способность лица к осознанной регуляции поведения в криминальной ситуации и др.

Причиной ошибок и малой информативности экспертных заключений, зачастую, является некоррект-

ное (без учета специфики обстоятельств дела и мнения сторон) формулирование вопросов эксперту.

О субъективизме, недостаточной профессиональной подготовке экспертов свидетельствуют данные экспертной статистики, констатирующей существенные различия в подходах региональных экспертных комиссий к решению как диагностических, так и экспертных вопросов. Многие эксперты кроме того придерживаются особого, отличного от принятого в общей психиатрии, представления о психическом расстройстве.

На сегодняшний день становится очевидным, что государство не способно обеспечить судопроизводство квалифицированными экспертами по всем видам криминалистических, медицинских и иных СЭ. Необходимы привлечение к производству экспертиз “иных” (негосударственных) экспертов, а также пересмотр политики противодействия привлечению специалистов по инициативе сторон для выявления ошибочности экспертных выводов в ходе их исследований в суде. Правовая база для этого имеется.

2. Монополизация судебной экспертизы.

С вступлением в силу ФЗ “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации” у экспертов и некоторых судей возникло ложное убеждение в том, что СЭ придан статус государственной.

Это заблуждение закрепляется ведомственными нормативными актами. Так, в утвержденном Минздравсоцразвития России Административном регламенте Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по осуществлению контроля за порядком производства медицинской экспертизы ни УПК, ни ГПК РФ, в отличие от выше названного Федерального закона, не упоминаются. Субъектами производства, в частности СПЭ, признаются лишь государственные судебно-экспертные учреждения, что противоречит кодифицированному законодательству.

Реализации норм УПК и ГПК РФ препятствуют и сами ГСЭУ, смешивающие понятия эксперт по должности и эксперт как процессуальная фигура. Стремясь монополизировать экспертную деятельность, они грубо нарушают закон, права подэкспертных, не исполняя в полном объеме определения судом о назначении СЭ с участием дополнительного эксперта не из числа работников данных учреждений; указывают суду кому он вправе, а кому не вправе поручать производство СЭ, подменяя тем самым функции суда; вводят суд в заблуждение относительно необходимости для дополнительного эксперта прохождения обязательной специализации, в частности по судебной психиатрии, наличия лицензии и т.д.

ГСЭУ демонстрируют узковедомственный, “корпоративный” подход и в своем отношении к участию в уголовном или гражданском процессе специалиста по инициативе сторон, представляющего свое сужде-

ние в отношении доводов СЭ. При этом вместо чисто профессионального обоснования правильности своей позиции по предмету проведенной СЭ вызванные для допроса в суд эксперты идут по пути оспаривания правомерности анализа их заключения сторонам с участием специалиста, проявляя недовольство и раздражение при попытке специалиста опровергнуть обстоятельства, изложенные в заключении.

В зарубежных странах, например, в США, в отличие от России, нет монополии государства на проведение СЭ, в частности СПЭ. Она может проводиться специалистами в области психического здоровья, как работающими на штат, так и частнопрактикующими. Нет и учреждения, аналогичного ГНЦСиСП им. В. П. Сербского, жестко диктующего политику в области судебной психиатрии, обладающего правом контроля качества заключений. В США врач-психиатр считается судебным психиатром, если большая часть его работы связана с оценкой психического состояния испытуемого по запросу защиты, обвинения или решения судьи.

3. Проблема независимости эксперта.

По ряду дел независимость эксперта может быть подвергнута сомнению, например по таким, в которых в процессе СМЭ или СПЭ даётся анализ и оценка тех или иных действий врача. Учреждения здравоохранения всё чаще выступают ответчиками в суде. Отсюда — не только ангажированность, но и ведомственный протекционизм СМЭ и СПЭ.

Презюмируемая законом независимость эксперта не обеспечивается кадровой политикой ГСЭУ. Например, более половины должностей экспертов-психиатров в ГСЭУ в целом по России заняты совместителями. Это означает, что врач, будучи в двух ипостасях, будет как эксперт оценивать обоснованность своих действий как врача или действий своих коллег в случае их обжалования пациентом.

Зависимость эксперта по должности может вытекать и из служебных отношений с руководством ГСЭУ, в штате которого он состоит. Часть 2 ст. 7 ФЗ “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации” не содержит запрета в отношении воздействия на эксперта со стороны руководителя ГСЭУ.

Третья группа факторов определяется позицией правоохранительных органов и суда в отношении оценки заключения эксперта.

Суды, в нарушение процессуальных норм, не проводят анализ экспертного заключения, его последовательности и согласованности во всех его частях, не проверяют выводы экспертов на предмет достоверности, полноты и объективности. В судебных решениях не указывается: на чём основаны выводы эксперта, приняты ли им во внимание все материалы, представленные на СЭ, и дан ли им соответствующий анализ. В результате суд либо передоверяется экспертным выводам, основывая на них вывод правоприменителя,

Концепция проекта Федерального закона

либо даёт им юридическую оценку, не имеющую объективного выражения положенных в её основу критериев.

Обобщение практики Верховного Суда РФ показывает, что одной из распространенных причин отмены судебных решений является неисследованность экспертных заключений и отсутствие их объективной оценки.

Суды относятся к заключению ГСЭУ как к основополагающему, решающему средству доказывания и не оценивают его в совокупности со всеми имеющимися в деле доказательствами, отказывают сторонам в ходатайстве о назначении повторной либо дополнительной СЭ. Тем самым суд лишь придаёт форму своему выводу, содержание которого предопределяется экспертами. Комиссия экспертов по существу произвольно и безнаказанно по своему усмотрению предreshает исход дела, присваивая право на истину последней инстанции.

Нормы УПК и ГПК РФ, которые предусматривают возможность проведения СЭ вне ГСЭУ на практике применяются крайне редко. Правоохранительные органы и суд необоснованно требуют от экспертов, привлечённых к производству СЭ по ходатайству подэкспертных, предъявления лицензии на право проведения, в частности СПЭ; отказывают в приобщении к

делу подготовленных ими заключений. Не дают лицам, обладающим специальными знаниями, при наличии у них соответствующих документов возможности участвовать в деле в качестве специалистов, давать показания в качестве свидетелей. Они негативно реагируют на попытки лица, его представителя и привлечённого ими специалиста подвергнуть сомнению обоснованность заключения ГСЭУ.

Одним из реальных путей выхода из создавшегося положения должно стать расширение круга профессионалов, привлекаемых к производству СЭ, даче консультаций и пояснений, Именно состязательность, представление альтернативных мнений способны повысить качество СЭ, вывести экспертную службу из состояния стагнации, что, в свою очередь, будет способствовать обеспечению полноты исследования доказательств и вынесению законных и обоснованных судебных решений.

Проблема в конечном счёте сводится к тому, чтобы наделить стороны и суд правовым инструментарием, который позволил бы не зависеть от довлеющего значения экспертных заключений ГСЭУ и тем самым обеспечить реализацию конституционных принципов состязательности и равноправия сторон в судопроизводстве.

Российская Федерация Федеральный закон

“О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ОТДЕЛЬНЫЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ АКТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ”

Текст Федерального закона	Обоснование
<p>Статья 1 Внести в Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2001, № 52, ст. 4921; 2002, № 22, ст. 2027; № 30, ст. 3020, 3029; № 44, ст. 4298; 2003, № 27, ст. 2700, 2706; № 50, ст. 4847; 2004, № 11, ст. 914; № 27, ст. 2711; 2005, № 1, ст. 13; 2006, № 28, ст. 2975, 2976; № 31, ст. 3452; 2007, № 1, ст. 46; № 24, ст. 2830, 2833) следующие изменения:</p> <p>1) пункт 60 статьи 5 изложить в следующей редакции: “60) экспертное учреждение — государственное судебно-экспертное учреждение или иное учреждение (организация), которому поручено производство судебной экспертизы в порядке, установленном настоящим Кодексом.”;</p> <p>2) в части третьей статьи 57: а) пункт 4 после слова “давать” дополнить словами “объективное и обоснованное”;</p> <p>б) дополнить пунктом 4¹ следующего содержания: “4¹) делая подлежащие занесению в протокол процессуального действия заявления по поводу неправильного истолкования участниками уголовного судопроизводства его заключения или показаний;”;</p>	<p>Пункт 60 ст. 5, как и другие нормы УПК РФ, предусматривает проведение судебной экспертизы как в государственных судебно-экспертных, так и в иных учреждениях, т.е. негосударственных, которые, как правило, именуются не учреждениями, а организациями, учрежденными в том числе для проведения независимых судебных экспертиз. В связи с этим в п. 60 ст. 5 следует внести уточнение, дополнив его словом “организация”, что устранит формальное препятствие для реализации права следователя и суда поручить производство судебной экспертизы иному (не только государственному) юридическому лицу, а также права сторон ходатайствовать об этом.</p> <p>Не имеющей логического объяснения является позиция законодателя в отношении дачи экспертом заключения: по ГПК и КоАП РФ дача заключения признается <i>обязанностью</i> эксперта, а по УПК РФ считается его <i>правом</i>. Отсюда и различия в требованиях к уровню подготовки таких заключений по гражданским и уголовным делам. Согласно ст. 85 ГПК РФ эксперт обязан дать <i>обоснованное и объективное</i> заключение, предварительно проведя <i>полное</i> исследование представленных материалов и документов. Статья 57 УПК РФ, вообще не предусматривая обязанностей эксперта, не содержит никаких требований к его заключению, как и ст. 80 УПК.</p> <p>Дача заключения экспертом указывается в качестве его обязанности и Федеральным законом “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации” (ст. 16). Статья 57 УПК, таким образом, нуждается в корректировке. Работа по изменению ее редакции в полном объеме с учетом выше изложенного не охватывается рамками данного проекта.</p> <p>Указанное право эксперта, сформулированное в несколько иной редакции в абзаце 4 ст. 17 Федерального закона “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации”, не предусмотрено, однако, ни в ГПК РФ, ни в УПК РФ. Между тем рассмотренные в судебном заседании вопросы, требующих специальных знаний, часто сопрягаются непреднамеренным либо сознательным искажением сторонами аргументации и выводов эксперта, что влечет за собой принятие ошибочных решений. Актуальное в практическом отношении право эксперта выступать с заявлением в случае искажения его заключения или показаний и обязанность следователя и суда заносить это заявление в протокол должно быть включено непосредственно в Кодекс — основной законодательный акт, устанавливающий порядок производства судебной экспертизы в уголовном судопроизводстве как государственными, так и негосударственными судебно-экспертами.</p>

3) в части первой статьи 58:

а) слова “для постановки вопросов эксперту” заменить словами “для выявления оснований назначения судебной экспертизы и постановки вопросов эксперту”;

б) после слов “а также для” дополнить словами “представления суждения и”;

4) в части третьей статьи 58:

а) в пункте втором слово “следственного” заменить словом “процессуального”;

б) в пункте третьем слово “следственного” заменить словом “процессуального”;

в) дополнить пунктами 3¹ и 3² следующего содержания:

“3¹) давать заключение в пределах своей компетенции по вопросам, поставленным сторонами, в соответствии с частью третьей статьи 80 настоящего Кодекса;”;

“3²) делать подлежащие занесению в протокол процессуального действия заявления по поводу неправильного истолкования участниками уголовного судопроизводства его заключения или показаний;”;

Основания для назначения судебной экспертизы, в частности судебно-психиатрической (СПЭ), далеко не всегда являются достаточными и убедительными. Об этом свидетельствует анализ мотивировочной части постановлений о назначении СПЭ, а также данные экспертной статистики. Ежегодно в среднем по России лишь 8 % подэкспертных признаются невменяемыми. Среди же вменяемых свыше трети составляют вполне психически здоровые лица (в 2004 г., например, таковых всего по России оказалось свыше 41 тыс.).

Специальные знания специалиста могут быть успешно использованы как следователем, так и защитником не только при постановке вопросов эксперту, но и для выявления наличия либо отсутствия самих оснований для назначения экспертизы, при выборе ее вида. Это позволит обеспечить большую обоснованность “возникающему сомнению” у следователя или защитника во вменяемости подозреваемого, обвиняемого в контексте п. 3 ст. 196 УПК РФ. Специалист может участвовать в выработке решения об избрании для проведения судебной экспертизы конкретного учреждения или конкретного эксперта из числа лиц, обладающих специальными знаниями, дать рекомендации следователю по подготовке материалов для судебной экспертизы. От качества подготовительной работы следователя во многом зависит полнота и всесторонность предстоящего экспертного исследования, надежность экспертных выводов.

После дополнения ст. 80 УПК частями 3 и 4 о заключении и показаниях специалиста (Федеральный закон от 4 июля 2003 г. № 92-ФЗ) ч. 1 ст. 58, определяющая случаи привлечения специалиста к процессуальным действиям, стала не полностью соответствовать принятым дополнениям к ст. 80, несколько сужая сферу использования специальных знаний специалиста, что и диктует необходимость ее дополнения.

Кроме того следует принять во внимание следующее. Специальные знания специалиста (при отсутствии оснований для назначения судебной экспертизы) особенно востребованы при исследовании доказательств по делу и, прежде всего, при оценке судом заключения эксперта, занимающего в правоприменительной практике доминирующую позицию в системе доказательств. Сторона защиты, не наделенная, как сторона обвинения, правом назначения экспертизы, в случае несогласия с экспертным заключением не имеет равных со стороной обвинения шансов доказать необоснованность выводов эксперта. Единственная возможность доказать сторону защиты свою правоту — привлечение специалиста, который вправе согласно ч. 3 ст. 80 представлять суждение по вопросам, поставленным перед ним сторонами, в т. ч. разъяснение своего мнения в отношении заключения эксперта и его показаний в суде, с представлением письменного заключения на заключение эксперта.

Специалист, таким образом, вправе не только *разъяснять* вопросы, входящие в его профессиональную компетенцию (см. действующую редакцию ч. 1 ст. 58), но и, как следует из ч. 3 ст. 80, *предоставлять собственные суждения*, что и должно быть отражено в ч. 1 ст. 58.

Предложенное дополнение ч. 1 ст. 58 является шагом по пути реализации принципа состязательности при исследовании вопросов, требующих специальных знаний.

В соответствии с ч. 1 ст. 58 специалист привлекается к участию в *процессуальных действиях*.

Согласно п. 32 ст. 5 УПК РФ процессуальное действие — это следственное, судебное или иное действие, предусмотренное настоящим Кодексом. Отсюда следует, что пункты 2 и 3 ч. 3 ст. 58 ограничивают права специалиста рамками следственного действия и тем самым сужают сферу использования его специальных знаний, что противоречит ч. 1 той же статьи. Специалист может привлекаться сторонами также и к проведению судебных и иных процессуальных действий, сопряженных с рассмотрением вопросов, требующих специальных знаний.

Федеральным законом от 4 июля 2003 г. № 92-ФЗ в ст. 80 УПК была введена часть 3 о заключении специалиста. При этом, однако, ст. 58 “Специалист” не была приведена в соответствие с новой частью ст. 80, в результате чего среди прав специалиста отсутствующим вытекающее из п. 3 ст. 80 право на дачу заключения, аналогичное праву эксперта на дачу заключения, зафиксированное в ст. 57. Отмеченное обстоятельство обуславливает необходимость внесения соответствующего дополнения в ч. 3 ст. 58.

Указанным правом наделен лишь *государственный судебный эксперт*, да и то в соответствии не с нормами УПК, а Федеральным законом “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации” (ст. 17), правда с оговоркой, которая, впрочем, не вполне корректна, что это право распространяется и на лиц, обладающих специальными знаниями, но не являющихся государственными судебными экспертами.

Между тем рассмотрение вопросов, требующих специальных знаний, в особенности в судебном заседании, часто сопровождается непреднамеренным либо сознательным искажением сторонами позиции специалиста в отношении обстоятельств, требующих специальных знаний. Эти действия предпринимаются, как правило, с целью недопущения рассмотрения в суде иного суждения, отличного от мнения эксперта государственного экспертного учреждения, заключению которого в силу сложившейся правоприменительной практики отводится роль сверхдоказательства, заведомо единственно верного. Специалист, как и эксперт, должен иметь право делать заявления по поводу искажений его суждения, а следователь и суд обязаны фиксировать это заявление в протоколе следственного, судебного и иного процессуального действия.

В соответствии с п. 3 ч. 1 ст. 53 УПК РФ правом привлечения специалиста к участию в процессуальных действиях наделяет защитник со ссылкой на ст. 58 УПК РФ, которая, в свою очередь, предусматривает, что вызов специалиста и порядок его участия в уголовном судопроизводстве определяется статьями 168 и 270 УПК РФ. В этих нормах, однако, указываются правила, которыми должны руководствоваться следователь (ст. 168) и суд (ст. 270, а также забытая законодателем ст. 251). Порядок привлечения специалиста адвоката в них, как и в других нормах УПК, не установлен. В связи с этим возможны три варианта “развития событий”, связанных с привлечением специалиста защитником:

- 1) в ряде случаев привлеченный адвокатом специалист за неимением специальной нормы может быть проинформирован о своих правах и об ответственности, предусмотренной ст. 58 УПК, следователем, осуществляющим процессуальное действие, или судом;
- 2) с учетом того, что п. 3 ч. 1 ст. 53 УПК отсылает адвоката к ст. 58, а та, в свою очередь, к ст. 168 и 270 УПК, можно сделать вывод, что эти нормы, по замыслу законодателя, должны распространяться и на адвоката, хотя о нем в этих статьях и не упоминается;
- 3) порядок привлечения специалиста защитником имеет все же свои особенности и потому должен регламентироваться в отдельной норме. Во-первых, п. 3 ч. 1 ст. 53 наделяет адвоката правом самостоятельного привлечения специалиста, без подачи об этом ходатайства следователю или суду. А, следовательно, порядок такого привлечения и участия специалиста должен быть предусмотрен в УПК РФ, т.к. лицо, обладающее специальными знаниями, приобретает процессуальный статус специалиста в результате его привлечения адвокатом. Во-вторых, как следует из ч. 1 ст. 58, защитник вправе привлечь специалиста для разъяснения сторонам и суду вопросов, входящих в его профессиональную компетенцию. Специалист может изложить свое разъяснение в письменной форме в виде заключения. Для того, чтобы к такому заключению не предъявлялись претензии формального характера как к одному из видов доказательств по делу (и не было затем отказов в удовлетворении ходатайства защитника о приобщении его к материалам дела), защитник должен иметь прямо (а не опосредованно) предусмотренные законом полномочия по разъяснению специалисту его прав и ответственности, предусмотренной ст. 58 УПК РФ. В заключении специалиста должна делаться запись о том, что специалист информирован по этим вопросам. В-третьих, подтверждением выше указанного вывода служит и тот факт, что в отличие от следователя защитник может привлечь специалиста не только к следственному действию, но и к иному процессуальному действию, например, предъявлению заключения эксперта, осуществлению в порядке ст. 206 УПК и др.

Федеральным законом от 4 июля 2003 г. № 92-ФЗ статьи 74 и 80 УПК были дополнены нормой о показаниях специалиста. Порядок же допроса специалиста на стадии предварительного следствия, в отличие от допроса эксперта (ст. 205), не определен, что требует восполнения пробела.

Пункт 4 в действующей редакции не позволяет подзрваемому, обвиняемому и его защитнику внести коррективы в уже сформулированные следователем вопросы, хотя, имея в качестве примера постановления о назначении судебно-психиатрической экспертизы, можно с уверенностью сказать, что многие из таких вопросов некорректны с юридической точки зрения либо неточны с позиции психиатрии. При выявлении в постановлениях такого рода вопросов защитник лишен возможности устранить ошибку.

5) статью 168 дополнить частями третьей и четвертой следующего содержания:
 “3. Защитник вправе привлечь к участию в процессуальном действии специалиста в соответствии со статьями 53 и 58 настоящего Кодекса.”;

“4. При привлечении специалиста для дачи заключения по вопросам, входящим в его профессиональную компетенцию, защитник, по инициативе которого был привлечен специалист, удостоверяется в его компетентности, выясняет его отношение к подзрваемому, обвиняемому и потерпевшему. Защитник разъясняет специалисту его права и ответственность, предусмотренную статьей 58 настоящего Кодекса, о чем специалист дает подписку в своем заключении.”;

6) главу 22 дополнить статьей 168¹ следующего содержания:

- “Статья 168¹. Допрос специалиста
1. Следователь вправе по собственной инициативе либо по ходатайству подзрваемого, обвиняемого, его защитника допросить специалиста, привлеченного к участию в процессуальном действии, для сообщения им сведений об обстоятельствах, требующих специальных знаний, а также разъяснения своего мнения в соответствии с требованиями статей 53, 80 и 168 настоящего Кодекса.
 2. Протокол допроса специалиста составляется в соответствии со статьями 166 и 167 настоящего Кодекса.”;
 - 7) пункт 4 части первой статьи 198 после слов “вопросов эксперту” дополнить словами “, а также об изменении формулировки уже поставленных эксперту вопросов.”;

В отличие от ст. 198 статья 283 УПК содержит более демократичное правило: в случае назначения судебной экспертизы председательствующий предлагает сторонам представить в письменном виде вопросы эксперту. Поставленные вопросы должны быть оглашены и по ним заслушаны мнения участников судебного разбирательства. Рассмотрев указанные вопросы, суд своим определением отклоняет те из них, которые не относятся к уголовному делу или компетенции эксперта, формулирует новые вопросы. Однако и эта норма не всегда позволяет добиться грамотности при постановке вопросов эксперту. Оспорить же адвокату содержание вопросов, полагая, например, их абстрактными, некорректными, не ограничивающими временные рамки, как свидетельствует практика Верховного Суда РФ, не представляется возможным (см.: Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации, 2006, № 9, с. 10).

Предложенное дополнение части 2 ст. 199 позволит обеспечить исполнение ч. 2 ст. 195 и п. 3 ч. 1 ст. 198 УПК РФ, а также ч. 3 ст. 52 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, в соответствии с которой гражданин или его законный представитель имеет право ходатайствовать перед органом, назначившим судебно-медицинскую или судебно-психиатрическую экспертизу, о включении в состав экспертной комиссии дополнительно специалиста соответствующего профиля с его согласия. Отсутствие данной нормы в УПК приводит на практике к неисполнению постановления (определения) о назначении судебной экспертизы со стороны руководителей государственных судебно-экспертных учреждений в части привлечения к ее проведению прямо поименованных в постановлении (определении) дополнительных экспертов, не являющихся работниками данных учреждений. Решение вопроса о том, кому именно в этом случае поручается разъяснить дополнительно эксперту его права и обязанности и предупредить его об ответственности по ст. 307 УК РФ, находится в компетенции законодателя (суда) и отражается в постановлении (определении). (См.: приложение 117 к ст. 476 УПК РФ).

Федеральным законом от 4 июля 2003 г. № 92-ФЗ в ст. 74 “Доказательства” был введен пункт 3¹ “заключение и показания специалиста”. Однако ст. 240 УПК не была приведена в соответствие с обновленной редакцией ст. 74. Непосредственному исследованию в судебном разбирательстве должно подлежать наряду с заключением эксперта и заключение специалиста.

По смыслу ст. 53 УПК защитник вправе привлечь специалиста как на стадии предварительного следствия, так и на стадии судебного разбирательства. Однако на практике суды, зачастую, отказывают адвокату в возможности исследования в судебном заседании материалов дела (включая заключение эксперта) при содействии привлеченного адвоката специалистом.

Федеральным законом от 4 июля 2003 г. № 92-ФЗ статьи 74 и 80 были дополнены нормой о показаниях специалиста. Часть 4 ст. 271 УПК РФ не дает права суду отказать в удовлетворении ходатайства о допросе лица в качестве специалиста, явившегося в суд по инициативе сторон. Механизм реализации этих норм в УПК, однако, отсутствует, т.к. Кодекс не предусматривает порядок допроса специалиста в отличие от допроса эксперта (ст. 282) на стадии судебного разбирательства.

8) часть вторую статьи 199 дополнить абзацем вторым следующего содержания:

“Руководитель экспертного учреждения организует производство судебной экспертизы с участием других учреждений (организаций) или лиц в качестве экспертов, указанных в постановлении или определении о назначении судебной экспертизы.”;

9) часть первую ст. 240 после слов “заключение эксперта” дополнить словами “заключение специалиста”;

10) в статье 248:

а) часть первую после слов “заявляет ходатайства” дополнить словами “, привлекает специалиста в соответствии со статьями 53 и 58 настоящего Кодекса”;

б) часть третью после слова “экспертов” дополнить словом “, специалистов”

11) главу 37 дополнить статьей 282¹ следующего содержания:

“Статья 282¹. Допрос специалиста

1. По ходатайству сторон или по собственной инициативе суд вызывает для допроса специалиста, давшего заключение в ходе предварительного расследования, для разъяснения или дополнения данного им заключения.

2. По ходатайству сторон суд допрашивает в качестве специалиста лицо, явившееся в суд по инициативе сторон, для сообщения сведений об обстоятельствах, требующих специальных знаний, а также разъяснения своего мнения в соответствии с требованиями статей 53, 80, 169 и 271 настоящего Кодекса.

Перед началом допроса суд удостоверяется в компетентности специалиста, выясняет его отношение к подсудимому, потерпевшему, лицу, в отношении которого осуществляется производство о применении принудительных мер медицинского характера, разъясняет специалисту его права в порядке статьи 270 настоящего Кодекса.

3. Специалисту могут быть заданы вопросы сторонами. При этом первой вопрос задает сторона, по инициативе которой допрашивается специалист.”;

12) часть четвертую статьи 283 изложить в следующей редакции:

“4. Суд по ходатайству сторон либо по собственной инициативе назначает дополнительную либо повторную судебную экспертизу при недостаточной ясности или полноте заключения эксперта, при возникновении новых вопросов в отношении ранее исследованных обстоятельств уголовного дела, а также в случае возникновения сомнений в обоснованности заключения эксперта либо наличия противоречий в выводах заключения эксперта и специалиста, которые невозможно преодолеть в судебном разбирательстве путем допроса эксперта и специалиста.”;

13) в статье 285:

а) в части первой:
 после слов “заключение эксперта” дополнить словами “заключение специалиста.”;

слово “данное” заменить словом “данные”;

б) часть вторую после слов “заключение эксперта” дополнить словами “, заключение специалиста.”;

14) статью 286 дополнить абзацем вторым следующего содержания:

“Заключение специалиста исследуется и приобщается к материалам уголовного дела при соблюдении требований статей 58 и 80 настоящего Кодекса.”;

15) в части пятой статьи 445:

а) после слов “назначить судебную экспертизу” дополнить словами “в соответствии с требованиями статьи 283 настоящего Кодекса.”;

б) дополнить абзацем вторым следующего содержания:

“Суд разъясняет законному представителю лица, признанного невменяемым, и его защитнику права, предусмотренные статьей 198 настоящего Кодекса.”.

Часть 4 ст. 283 в действующей редакции:

1) содержит всего одно основание для назначения судом повторной либо дополнительной экспертизы — противоречие между заключениями экспертов (при этом данное основание, если быть точным, может влечь назначение лишь повторной, а не дополнительной экспертизы) — и поэтому значительно расходится с нормой, предусмотренной ст. 207 УПК. Из действующей редакции ч. 4 ст. 283 остается не ясным, как суд выходит из положения, когда заключение эксперта не ясно, не полно или когда у суда и сторон возникают новые вопросы. Это касается, зачастию, вопросов применения ст. 22 УК РФ, назначения принудительных мер медицинского характера, вопроса о способности лица по своему психическому состоянию участвовать в судебном заседании и др.;

2) указывает на возможное наличие противоречий лишь между заключениями экспертов, в то время как должны учитываться и противоречия, возникающие между заключением эксперта и иными доказательствами по делу, включая заключение (показание) специалиста, который представил суду свое суждение, в т.ч. по поводу обоснованности заключения эксперта.

Федеральным законом от 4 июля 2003 г. № 92-ФЗ статьи 74 и 80 УПК были дополнены нормой о заключении специалиста. Правил ст. 285 “Оглашение протоколов следственных действий и иных документов” должны распространяться не только на заключение эксперта, но и на заключение специалиста.

Усмотрение суда в вопросе об исследовании и приобщении к материалам уголовного дела заключения специалиста, в особенности ставшее под сомнение обоснованность экспертного заключения, позволяет иттирорировать компетентные суждения специалиста, вновь и вновь отказывая сторонам в удовлетворении ходатайства о приобщении к делу его заключения. Парадокс состоит, во-первых, в том, что суд не вправе отказать в удовлетворении ходатайства лишь о *допросе* специалиста, явившегося в суд по инициативе сторон (ст. 271 УПК). Приобщать же письменное заключение специалиста (с заведомо более точными формулировками по сравнению с протоколом его допроса) и даже исследовать (!) его суд на основании ст. 286 не обязан. Во-вторых, ст. 286 УПК РФ замечательно контрастирует со ст. 188 ГПК РФ, в которой выражена прямо противоположная и однозначная позиция законодателя, не допускающая усмотрения суда в данном вопросе: согласно абзацу 2 ч. 3 ст. 188 ГПК РФ консультация специалиста, данная в письменной форме, оглашается и приобщается к делу.

Таким образом, предложенное дополнение ст. 286 направлено на унификацию процессуального законодательства и обеспечение связности при рассмотрении вопросов, требующих специальных знаний.

Назначение и производство судебно-психиатрической экспертизы лицу, в отношении которого решается вопрос о прекращении, об изменении или о продлении применения принудительных мер медицинского характера, должны подчиняться общим правилам производства судебной экспертизы, установленным главой 27 УПК с учетом положений ст. 283. На законного представителя лица, признанного невменяемым (термин части 1 ст. 445), и его защитника при назначении и производстве экспертизы должны распространяться права, которыми в случае назначения экспертизы наделены в соответствии со ст. 198 УПК обвиняемый и его защитник. При этом суд следует обязать разъяснять им эти права, предлагать им представлять вопросы эксперту и т.д. Несмотря на указание, содержащееся в ч. 3 ст. 433 УПК о том, что производство о применении принудительных мер медицинского характера осуществляется в порядке, установленном УПК РФ, предлагаемые дополнения не будут являться излишними, т.к. в ст. 198 не упоминается защитник лица, в отношении которого осуществляется такое производство, и тем более его законный представитель. В ст. 437 УПК, предусматривающей права законного представителя, не оговорены его права при назначении экспертизы лицу, чьи интересы он представляет. Поэтому введение в ч. 5 ст. 445 лишь ссылки на ст. 283 без дополнения ее новым абзацем не будет достаточным.

<p>Статья 2 Внести в Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, № 46, ст. 4532; 2004, № 24, ст. 2335; № 31, ст. 3230; 2005, № 30, ст. 3104) следующие изменения:</p>	<p>1) часть первую статьи 35 после слов “участвовать в их исследовании” дополнить словами “, заявлять о привлечении специалистов”;</p> <p>2) абзац второй части первой статьи 55 после слов “заключений экспертов” дополнить словами “, консультаций и пояснений специалистов”;</p> <p>3) в статье 79: а) часть первую после слова “учреждению” дополнить словом “(организации)”;</p> <p>б) абзац второй части второй после слова “учреждения” дополнить словом “(организации)”;</p>	<p>Из части 4 ст. 188 ГПК следует, что специалист может быть привлечен не только по инициативе суда, но и по заявлению лица, участвующего в деле. Вместе с тем в ст. 35 среди прав лиц, участвующих в деле, указанное право не значится, что является пробелом, подлежащим устранению.</p> <p>Часть 1 ст. 157 ГПК РФ консультирует и пояснения специалистов относит к доказательствам по делу, которые суд обязан исследовать, заслушав их. В то же время глава 6, посвященная доказательствам, и, в частности ст. 55 ГПК, такой вид доказательств не предусматривает, что является пробелом, ведущим к противоречиям в последующих статьях ГПК и значительным трудностям при реализации на практике принципов состязательности и равноправия сторон при представлении доказательств и исследовании обстоятельств, требующих специальных знаний.</p> <p>ГПК РФ, так же как и УПК РФ, не ограничивает производство судебных экспертиз рамками лишь государственных судебно-экспертных учреждений. Используемое в ГПК понятие “судебно-экспертное учреждение” охватывает как государственные, так и иные учреждения, т.е. негосударственные, которые, как правило, именуются не учреждениями, а организациями. С целью устранения формального препятствия для реализации предоставленного суду права поручать производство судебной экспертизы негосударственному юридическому лицу и соответствующего ему права сторон ходатайствовать об этом целесообразно после слова “учреждения” указать “(организации)”.</p> <p>ГПК в отличие от УПК не содержит нормы с перечнем основных понятий Кодекса с их значениями, что вынуждает вносить соответствующее дополнение не в одну норму, как в УПК (п. 60 ст. 5), а в несколько статей (79, 80 и 84).</p>	<p>См. обоснование к ст. 79</p> <p>Во-первых, действующая редакция ч. 2 ст. 80 вообще не предусматривает обязанности информировать, а тем более разъяснять экспертизу его права и обязанности, что является нонсенсом, подлежащим устранению. Во-вторых, ч. 2 ст. 80 не корректна по изложению: эксперт предусматривается не за дачу ложного заключения, а об ответственности за дачу такого заключения. В-третьих, слово “учреждение” не достаточно емко для обозначения как государственных, так и негосударственных судебно-экспертных субъектов (см. обоснование к ст. 79).</p>	<p>См. обоснование к ст. 79</p>	<p>Предлагаемая норма позволит обеспечить реализацию в полном объеме ст. 82 ГПК о комплексной экспертизе, а также ч. 3 ст. 52 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, предусматривающей право подэкспертного на включение в состав экспертной комиссии по проведению судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз дополнительно специалиста соответствующего профиля.</p> <p>Отсутствие данной нормы в ГПК приводит на практике к неисполнению руководством государственных судебно-экспертных учреждений определения суда о назначении судебной экспертизы в части привлечения к ее проведению поименованного в определении дополнительного эксперта, не являющегося работником данного учреждения.</p> <p>Решение же вопроса о том, кому именно в этом случае поручается разъяснить экспертизу, дополнительно включенному в состав экспертной комиссии, его права и обязанности и передать его об ответственности по ст. 307 УК РФ находится в компетенции суда и отражается в его определении в соответствии с ч. 2 ст. 80 ГПК (в предлагаемой редакции).</p>
<p>4) в статье 80: а) часть первую после слова “учреждения” дополнить словом “(организации)”;</p> <p>б) часть вторую изложить в следующей редакции: “2. В определении суда также указывается, что экспертизу разъясняются его права и обязанности, предусмотренные статьей 85 настоящего Кодекса, и он предупреждается судом или руководителем судебно-экспертного учреждения (организации), если экспертиза поручена этому учреждению (организации), об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения.”;</p>	<p>5) часть первую статьи 84: а) после слова “учреждений” дополнить словом “(организаций)”;</p> <p>б) дополнить абзацем вторым следующего содержания: “Руководитель экспертного учреждения (организации) организует производство экспертизы с участием других учреждений (организаций) или лиц в качестве экспертов, указанных в определении о назначении экспертизы.”;</p>	<p>См. обоснование к ст. 79</p>	<p>См. обоснование к ст. 79</p>	<p>См. обоснование к ст. 79</p>	

Действующая редакция ч. 1 ст. 85 не охватывает случаев, когда объектом исследования выступает физическое лицо, в частности по делам и признаниями гражданина недееспособным. Использование обобщающего слова “объект” позволит устранить этот пробел. Предлагаемый термин содержится в Федеральном законе “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации” (ст. 16).

Эксперт и специалист должны быть наделены правом задавать друг другу вопросы при исследовании в суде данных ими заключений и разъяснений по вопросам, требующим специальных знаний.

Указанное право эксперта, зафиксированное абзацем 4 ч. 17 Федерального закона “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации”, не предусмотрено, однако, ни ГПК, ни УПК РФ. Между тем рассмотрение в судебном заседании вопросов, требующих специальных знаний, часто сопровождается непреднамеренным либо сознательным искажением сторонами аргументации и выводов эксперта, что влечет за собой принятие ошибочных судебных решений. Весьма важно с практической точки зрения право эксперта делать заявление при допущенном искажении его позиции и обязанности суда заносить это заявление в протокол должны содержаться именно в кодифицированном законодательстве. Это необходимо также и потому, что упомянутой Федеральный закон регулирует судебно-экспертную деятельность лишь государственных судебно-экспертных учреждений, в то же время как экспертиза может быть поручена и негосударственной судебно-экспертной организации или отдельному лицу, обладающему специальными знаниями. Указание в ст. 41 данного Федерального закона на то обстоятельство, что ст. 17 Федерального закона распространяется также и на лиц, обладающих специальными знаниями, но не являющихся государственным судебно-экспертами, не вполне корректно, т.к. данный Федеральный закон в силу своей узкой направленности не может регулировать вопросы производства судебной экспертизы вне государственных экспертных учреждений (негосударственными судебно-экспертными).

Часть 3 ст. 86, так же как и ч. 2 ст. 187 ГПК РФ, находится в противоречии с ч. 4 ст. 67 ГПК. Статьи 86 и 187 предписывают суду мотивировать лишь свое *несогласие* с заключением эксперта, в то время как ст. 67 обязывает суд приводить мотивы, по которым один доказательств принят в качестве оснований выводов суда, другие доказательства отвергнуты судом, а также основания, по которым одним доказательствам отдано предпочтение перед другими. Иными словами согласие с экспертным заключением, так же как и несогласие с ним, суду следует мотивировать. На необходимость приведения мотивов согласия с заключением эксперта в судебном решении специально указывается в постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 19 декабря 2003 г. № 23 “О судебном решении”. На практике, однако, экспертные заключения приводятся мотивов согласия с заключением и должным образом судом не оцениваются, превращаясь по существу в исключительное средство доказывания. В своем решении суд обычно лишь констатирует, что “оснований не доверять заключению эксперта у суда нет”. Такой практике способствует наличие пробелов в статьях 86 и 187 ГПК.

Консультация и пояснения специалиста, выражающего альтернативную точку зрения, которая ставит под сомнение обоснованность заключения эксперта, позволяют “уравновесить” шансы сторон в гражданском процессе при исследовании доказательств по делу.

Глава 6 “Доказательства и доказывание” нуждается в дополнении в части отнесения к числу доказательств консультации и пояснений специалиста. Одновременно с дополнением статьи 55 (см. выше) главу 6 следует пополнить нормами, обеспечивающими данный вид доказательств. С этой целью статью 188 “Консультация специалиста”, расположенную в главе 15 “Судебное разбирательство”, целесообразно разделить на три самостоятельные нормы. Две из них разместить в главе 6 (статьи 87¹ и 87²) после статьи о судебной экспертизе, а третью дать в качестве ст. 188 (глава 15) в новой редакции (см. ниже).

В основу ст. 87¹, посвященной консультации специалиста как виду доказательства, положен текст ч. 1 ст. 188 с рядом дополнений. Во-первых, специалист, как предполагается, может быть привлечен не только при назначении экспертизы, но и при исследовании заключения эксперта, что позволит обеспечить не сравнимо более высокий уровень его исследования, исходя из принципов состязательности и равноправия сторон. Во-вторых, перечень случаев, при которых специалист может быть привлечен к делу, целесообразно расширить за счет иных случаев, требующих специальных знаний при отсутствии оснований для назначения судебной экспертизы. В-третьих, необходимо устранить имеющиеся противоречия между ч. 4 ст. 188, делающей возможным привлечение специалиста по заявлению лиц, участвующих в деле, и ч. 1 ст. 188, допускающей привлечение специалиста лишь судом.

б) в абзаце первом части первой статьи 85 слова “материалов и документов” заменить словами “объектов и материалов дела”;

7) часть третьей статьи 85:

а) после слов “вопросы лицам, участвующим в деле,” дополнить словом “специалистам”;

б) после слов “других экспертов” дополнить словами “, делать подлежащие занесению в протокол судебного заседания заявления по поводу неправомерного истолкования лицами, участвующими в деле, его заключения или показаний”;

8) часть третью статьи 86 после слова “Кодекса.” дополнить словами “Согласие или”;

9) главу 6 дополнить статьями 87¹ и 87² следующего содержания:

“Статья 87¹. Консультация специалиста

В необходимых случаях при осмотре письменных или вещественных доказательств, воспроизведении аудио- или видеозаписи, назначении экспертизы, исследовании заключения эксперта, допросе свидетелей, принятии мер по обеспечению доказательств, а также в иных случаях, требующих специальных знаний, при отсутствии оснований для назначения судебной экспертизы суд по заявлению лиц, участвующих в деле, или по собственной

В ст. 87² отошли нормы, содержащиеся в ч. 2 и абзаце первом ч. 3 ст. 188 с рядом дополнений. Во-первых, помимо суда правом давать вопросы специалисту должны обладать и лица, участвующие в деле. Во-вторых, в ГПК помимо обязанностей специалиста должны быть предусмотрены и его права. Это диктуется законами логики и вытекает из ст. 171 ГПК, согласно которой председательствующему поручено разъяснять специалисту его права и обязанности. Отсутствие в Кодексе нормы о правах специалиста является существенным пробелом, устраненным предложенной редакцией статьи 87². В-третьих, сформулированные в статье права должны “оживить” статус специалиста, повысить его процессуальные возможности и ответственность за предоставленную консультацию или пояснения.

инициативе может привлекать специалистов для получения консультаций, пояснений по вопросам, входящим в профессиональную компетенцию, оказания непосредственной технической помощи (фотографирование, составление планов и схем, отбора образцов для экспертизы, оценки имущества).”;

“Статья 87². Обязанности и права специалиста

1. Специалист дает суду, а также лицам, участвующим в деле, консультацию в устной или письменной форме, исходя из профессиональных знаний без проведения специальных исследований, назначаемых на основании определения суда.

2. Лицо, вызванное в качестве специалиста, обязано явиться в суд, отвечать на поставленные судом и лицами, участвующими в деле, вопросы, давать в устной или письменной форме консультации и пояснения, при необходимости оказывать суду техническую помощь.

Специалист не может участвовать в рассмотрении дела при наличии оснований, предусмотренных статьей 18 настоящего Кодекса. В случае неявки в судебное заседание без уважительных причин к специалисту могут быть применены меры, предусмотренные частью второй статьи 168 настоящего Кодекса.

3. Специалист вправе отказаться от дачи консультации, пояснений, если он не обладает соответствующими специальными знаниями; задавать в судебном заседании вопросы лицам, участвующим в деле, свидетелям, а также экспертам; делать подлежащие занесению в протокол судебного заседания заявления по поводу неправомерного истолкования лицами, участвующими в деле, а также экспертами его консультации или пояснений.”;

См. обоснование к ст. 86

10) часть вторую статьи 187 после слов “установленной силы.” дополнить словами “Согласие или”;

11) статью 188 изложить в следующей редакции:

“Статья 188. Исследование консультации специалиста

1. Консультация специалиста, данная в письменной форме, оглашается в судебном заседании и приобщается к делу. Консультация и пояснения специалиста, данные в устной форме, заносятся в протокол судебного заседания.

2. В целях разъяснения и дополнения консультации специалисту могут быть заданы вопросы. Первым задает вопросы лицо, по заявлению которого был привлечен

Нормы, содержащиеся в частях 1, 2 и абзаце первом части 3 ст. 188 в действующей редакции, преобразованы, по нашему замыслу, в новые статьи 87¹ и 87² (см. выше), занявшие, таким образом, то место в Кодексе, где они должны были быть изначально.

Предлагаемая редакция ст. 188 помимо перенесения в нее норм из абзаца второго ч. 3 и ч. 4 ст. 188 в действующей редакции дополнена двумя важными нормами. Первая из них аналогична правилу, содержащемуся в ч. 4 ст. 271 УПК РФ и отсутствующему в ГПК. Вторая — вытекает из требований ст. 157 и 195 ГПК, обязывающих суд исследовать доказательства, в т.ч. консультации и пояснения специалистов. Суд не может основывать свое решение на доказательствах, которые не были исследованы в судебном заседании. В качестве дополнительной аргументации можно также провести аналогию с положениями ст. 187 ГПК, часть 1 которой предусматривает оглашение заключения эксперта, а часть 2 — его исследование.

специалист, представитель этого лица, а затем задают вопросы другие лица, участвующие в деле, их представители. Специалисту, привлеченному по инициативе суда, первым задает вопросы истец, его представитель. Судьи вправе задавать вопросы специалисту в любой момент его допроса.

3. Суд не вправе отказать в удовлетворении ходатайства о допросе в судебном заседании лица в качестве специалиста, явившегося в суд по инициативе лиц, участвующих в деле.

4. Консультация и пояснения специалиста исследуются в судебном заседании в соответствии с требованиями части первой статьи 157 настоящего Кодекса и оцениваются судом наряду с другими доказательствами.”;

12) в части второй статьи 286:

а) слова “на основании соответствующего заключения судебно-психиатрической экспертизы” исключить;

б) после слов “о признании гражданина дееспособным.” дополнить предложением следующего содержания:

“Для определения психического состояния гражданина на судья назначает судебно-психиатрическую экспертизу.”

Статья 3

Внести в Федеральный закон от 31 мая 2001 года № 73-ФЗ “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2001, № 23, ст. 2291; 2002, № 1, ст. 2) следующие изменения:

1) в статье 14:

а) в части первой:
дополнить новым абзацем четвертым следующего содержания:

“организовать производство судебной экспертизы с участием других учреждений (организаций) или лиц в качестве экспертов, указанных в постановлении или определении о назначении судебной экспертизы;”

абзацы четвертый-седьмой считать соответственно абзацами пятым-восьмым;

Действующая редакция ч. 2 ст. 286 по-прежнему придает заключению эксперта “заранее установленную силу”, что противоречит ч. 2 ст. 187 ГПК, избавляя суд от обязанности производства оценки заключения эксперта наряду с другими доказательствами.

Данный Федеральный закон следует привести в соответствие с УПК РФ и Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан (ст. 52).

Во-первых, норма об организации производства судебной экспертизы с участием других указанных в постановлении (определении) юридических и физических лиц должна располагаться не среди прав, а среди обязанностей руководителя государственного судебно-экспертного учреждения, что будет соответствовать и части 3 ст. 21 о возложении на руководителя такого учреждения организации комиссионной судебной экспертизы. Поэтому указанную норму следует перенести из абз. 4 ст. 15 в часть 1 ст. 14, вставив ее после абз. 3.

Во-вторых, данная норма должна распространяться не только на “другие учреждения”, но и на: а) организации, т.к. процессуальным законодательством предусматривается проведение судебной экспертизы как в государственных, так и иных экспертных учреждениях, которые, будучи негосударственными имеют наименование не “учреждения”, а “организации”; б) лиц, которые привлекаются следователем или судом в качестве экспертов к производству судебной экспертизы в

б) абзац второй части третьей после слов “лиц, не работающих в данном учреждении” дополнить словами “и не указанных в постановлении или определении о назначении судебной экспертизы”;

2) в статье 15 абзац четвертый исключить;

3) статью 41 изложить в следующей редакции:

“Статья 41. Распространение действия настоящего Федерального закона на судебно-экспертную деятельность иных судебно-экспертных учреждений (организаций) и лиц, не являющихся государственными судебными экспертами

В соответствии с нормами процессуального законодательства судебная экспертиза может производиться вне государственного судебно-экспертного учреждения иным судебно-экспертным учреждением (организацией), которому поручено производство судебной экспертизы, или лицами, обладающими специальными знаниями в области науки, техники, искусства или ремесла, но не являющимися государственными судебными экспертами.

На судебно-экспертную деятельность учреждений (организаций) и лиц, указанных в части первой настоящей статьи, распространяется действие статей 2, 4, 6 – 8, части второй статьи 18, статей 22 – 24, 28, 31, части первой статьи 35, статьи 36 настоящего Федерального закона.”

государственном судебно-экспертном учреждении. Действующая редакция Федерального закона приводит на практике к игнорированию руководителями государственных судебно-экспертных учреждений норм ГПК, УПК и Основ, к неисполнению постановлений (определений) о назначении судебной экспертизы в части привлечения к ее проведению поименованных в них дополнительных экспертов, не являющихся работниками данных учреждений. Этому же способствует неудачная формулировка абз. 2 ч. 3 ст. 14, согласно которому руководитель не вправе самостоятельно без согласования с органом или лицом, назначившим судебную экспертизу, привлекать к ее производству лиц, не работающих в данном учреждении. Эта норма могла бы считаться обобщенной и соответствующей нормам УПК и ГПК РФ лишь при условии внесения в нее уточнения о том, что указанные лица не поименованы в постановлении (определении) о назначении экспертизы. В своем незавершенном виде эта норма на сегодняшний день является двусмысленной и некорректной.

Указанные недостатки норм Федерального закона о правах и обязанностях руководителя государственного судебно-экспертного учреждения были автоматически перенесены в нормативные акты Минздравоохранения России, в частности в Инструкцию об организации производства судебно-психиатрических экспертиз в отделениях судебно-психиатрической экспертизы государственной психиатрической больницы, утвержденную приказом от 30 мая 2005 г. № 370. В то же время другие ведомства подошли к разработке своей нормативной базы более ответственно и конструктивно. Так, абзац 4 п. 18 Инструкции по организации производства судебных экспертиз в экспертно-криминалистических подразделениях органов внутренних дел Российской Федерации, утвержденной приказом МВД РФ от 29 июня 2005 г. № 511, устанавливает, что руководитель учреждений “определяет порядок привлечения к проведению экспертизы специалистов иных экспертных, научных и других учреждений, указанных в постановлении”. Оба приказа, несмотря на явные различия в регламентации одного и того же вопроса, были зарегистрированы в Минюсте России.

Статья 41 содержит норму, выходящую за пределы сферы действия данного Федерального закона, что дает основание усомниться в ее обоснованности как таковой и поставить вопрос о ее исключении из данного Федерального закона. Если тем не менее законодатель указанную норму для данного Федерального закона считает допустимой, то в этом случае ее следует привести в соответствие с нормами УПК РФ, а также исправить имеющиеся редакционные ошибки.

Во-первых, ч. 1 ст. 41 ограничивает круг юридических лиц, которым может быть поручено производство судебной экспертизы, лишь государственными судебно-экспертными учреждениями, в то время как экспертным учреждением согласно п. 60 ст. 5 УПК РФ может выступать и иное учреждение, которому поручено производство экспертизы. Это означает, что “вне” государственных экспертных учреждений экспертиза может проводиться не только отдельными лицами, обладающими специальными знаниями, как указано в ч. 1 ст. 41, но и комиссией экспертов иных, т.е. негосударственных учреждений, а, точнее, организаций, т.к. понятие “учреждение” к негосударственным юридическим лицам не применяется.

Во-вторых, в ч. 2 ст. 41 подборка ряда статей Федерального закона, к которым отсылают негосударственных экспертов, носит случайный характер. Некоторые статьи, которыми должны согласно ч. 2 ст. 41 руководствоваться негосударственные эксперты, либо не вполне точно дублируют нормы процессуального законодательства (например ст. 25) либо лишены смысла применительно к негосударственным экспертам (например абз. 1 ч. 1 ст. 16; абз. 1 и 2 ч. 3 ст. 16) В то же время многие статьи, действие которых действительно может распространяться и на негосударственных экспертов, в ч. 2 ст. 41 не приводятся (это ст. 22, 23, 28, 31, ч. 1 ст. 35, 36).

Таким образом, ст. 41 либо подлежит исключению из Федерального закона либо нуждается в изменении редакции.

Следует в этой связи рассмотреть вопрос о целесообразности изложения Федерального закона целиком в новой редакции, озаглавив его “О судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации”.

Статья 4

Статью 52 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487-1 (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, № 33, ст. 1318; Собрание законодательства Российской Федерации, 2003, № 2, ст. 167; 2004, № 35; 2007, № 1, ст. 21) изложить в следующей редакции:

“Статья 52. Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы

Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы производятся на основании и в порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации. Порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, устанавливается Правительством Российской Федерации.

Гражданин или его законный представитель имеет право ходатайствовать перед органом, назначившим судебно-медицинскую или судебно-психиатрическую экспертизу, о включении в состав экспертной комиссии дополнительно специалиста соответствующего профиля с его согласия.

Заключение эксперта может быть обжаловано в суд в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.”

Определением Кассационной коллегии Верховного Суда РФ от 16 сентября 2004 г. № КАС04 – 451 часть 1 ст. 52 признана не подлежащей применению, поскольку “в этой части ст. 52 Основ противоречит позднее принятым нормам законодательства”, т.к. не позволяет производить судебно-медицинскую экспертизу вне медицинских учреждений государственной системы здравоохранения и лицами, не являющимися государственными судебными экспертами. Поскольку аналогичное правило предусмотрено и в отношении судебно-психиатрической экспертизы, которая производится, как записано в ч. 2 ст. 52, в предназначенных для этой цели учреждениях государственной системы здравоохранения, эта часть, следуя логике Верховного Суда, так же как и часть 1, не должна подлежать применению и, следовательно, должна быть законодателем исключена.

Изъятие указанных положений обусловило необходимость изменения редакции части 4. Часть 5 приведена в соответствие с нормами УПК и ГПК, т.к. предметом спора может быть заключение эксперта (экспертов), а не заключение учреждения.

Дело в Йошкар-Оле — снова политика в психиатрии

*Для психиатров права их больных
должны быть важнее ведомственных интересов силовых структур*

Четвертая за короткий срок проверка в конце 2007 года (Мурманск, Москва, Рыбинск, Йошкар-Ола) позволила наметить как некоторые общие черты, так и особенности этих разных регионов.

Общим оказалось то, что обнаружилось с первого раза и составляет существо дела — **резко расширительная трактовка опасности психически больных, явственным образом связанная с использованием психиатрии в немедицинских целях под давлением силовых структур**. Очередной раз, так же как и в мурманском деле Ларисы Арап, не наученные ее примером психиатры предпочли защиту общественного спокойствия, а вернее, спокойствия властей свободе своего пациента. И на этот раз в психиатрическую больницу попал активист коалиции “Другая Россия”, попал незадолго до выборов в Государственную Думу, под кампанию борьбы с акциями инакомыслящей молодежи. И опять по обращению Гарри Каспарова (12.12.07) к Уполномоченному по правам человека в Российской Федерации В. П. Лукину и — параллельно — обращению региональной правозащитной организации, адвоката и самого стационаризованного в НПА России, была организована группа из трех членов нашей Ассоциации (Ю. С. Савенко, В. Н. Цыганова, Л. Н. Виноградова), которая 27 декабря прибыла (на один день) в Йошкар-Олу.

25 декабря мы поставили в известность о своем приезде министра здравоохранения Республики Марий Эл и главного врача Республиканской психиатрической больницы № 1. И уже на следующий день Артем Б. был отпущен домой. Тем не менее, мы сочли необходимым разобраться на месте с происшедшим. Рано утром 27 декабря сопредседатель правозащитной организации “Человек и закон” Сергей Подузов и адвокат Светлана Сидоркина организовали нам освидетельствование Артема Б. по его желанию. После этого состоялась очень доброжелательная встреча с министром здравоохранения Республики Марий Эл В. М. Шишкиным, который распорядился доставить нас в психиатрическую больницу.

В больнице нас встретили главный врач Тагир Нурдинович Бедертдинов и его заместитель Алла Михайловна Соколова. Мы вручили в подарок библиотеке больницы последние издания НПА России: пачку справочного руководства Ю. Н. Аргуновой “Права граждан с психическими расстройствами”, комплек-

ты последних выпусков Независимого психиатрического журнала и сборник избранных трудов Артура Кронфельда, и разъяснили не только цель приезда, но — достаточно подробно — весь предшествовавший контекст событий, связанный с мурманским и рыбинским делами, нашей позицией и единодушием, достигнутым на Пленуме Российского общества психиатров.

И главный врач, участник одного из наших семинаров (в Софрино), и его опытный заместитель выразили полное понимание проблемы. Но тут же, приступая к делу, потребовали подтверждения наших полномочий. Каждый из нас троих имел именную доверенность от омбудсмена страны. Но в отличие от министра здравоохранения Республики, она не произвела на наших коллег должного впечатления. Перед нами вдруг, словно в каком-то дежа вю, развернулся откуда-то знакомый во всех подробностях сценарий. Вопреки нашим уверениям, что — хотя мы вправе на проверку по собственному Уставу, последний раз зарегистрированному в Минюсте России в 2005 году, но нам совершенно достаточно доверенности омбудсмена страны, от нас упорно, глухие ко всем доводам, требовали нотариально заверенного подтверждения регистрации Ассоциации и ее Устав, потом договор с Артемом (!) и заявление от него, а когда мы предъявили такое заявление потребовали заверить его нотариально (зная, что вечером мы уезжаем), или хотя бы в ЖЭКе! Смехотворность этого требования руководством больницы уже не ощущалась, потребовалось напоминание — “Вы можете заверить его подпись сами!”. Но крещендо этого театра абсурда продолжалось. По поводу доверенности Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации мы услышали: “А кто это такой?”, “А что это за закон об Уполномоченном? Мы его не знаем”, “Консультант-Плюс в Интернете? А почему мы должны ему верить? Он не заверен!”. Тут заместитель главного врача удалась и — как нетрудно было догадаться после звонка министру — вернулась готовой сотрудничать без всяких условий. От нас потребовали только письменного свидетельства о неразглашении медицинской документации, словно мы автоматически неподвластны этому элементарному этическому и правовому требованию. И словно это не мы защищаем интересы Артема, от имени которого выступаем и для чего приеха-

ли! Впору изумиться: нелепость этих усилий была недоступна прогнозу? Ведь все делается ясным сразу и такими действиями только подчеркивается: есть что скрывать, прятать, и это им самим понятно. И действительно, это были не грубые, а отчаянные попытки.

Нам были сразу выданы обе истории болезни Артема Б. и откровенно сказано, что больше всего они боятся иска о компенсации морального ущерба. Мы успокоили коллег, что Артем, при своем крайне бедственном положении, предпочитает не трепать свое имя, и поэтому иском не грозит. А ведь он 20-летний живет с 19 летним братом на пенсию 1,5 тысячи по случаю потери кормильца — матери, умершей от рака полгода назад и на какие-то крохи от публикаций комментариев к компьютерным играм. Они с братом — студенты, соответственно, третьего и первого курса, но уже в подвешенном состоянии, 12 летняя сестра живет с бабушкой.

Наконец, добравшись до профессиональной материи, мы увидели повторение мурманской истории. И здесь в прошлом было стационарирование в психиатрическую больницу по собственному обращению Артема. В соответствии с волей Артема и медицинской тайной в отношении медицинской документации, мы можем засвидетельствовать только, что во-первых, обе истории болезни написаны образцовым образом, очень содержательно, с конкретными примерами поведения и прямой речи, развернутыми экспериментально-психологическими исследованиями и убедительно аргументированными диагнозами. Короче, как и в мурманском деле, диагностических расхождений у нас не возникло.

Единственное, но принципиально важное расхождение касалось оснований недобровольного стационарирования.

Реконструируя события со слов Артема, которым нет оснований не доверять, так как они повторяют однотипный сценарий во многих других местах, — он со своим близким товарищем однокашником давно были на заметке ФСБ как нацболы, а после поездки на “Марш несогласных” в Самару и — особенно — после заявки, подданной ими 14.11 на проведение митинга в Йошкар-Оле — стали объектом наружного наблюдения. 23.11 по выходе Артема из храма, где он ставил свечку по матери, к нему подошли двое в штатском и спросив, состоит ли он на учете в ПНД, посадили в машину и отвезли в диспансер, где на его протесты, ему объяснили, что если его не стационарируют, то им самим будет плохо.

Направление на стационарирование было выдано по п. “а” ст. 29 — “непосредственно опасен для себя и окружающих” (!) самим главным врачом ПНД П. Н. Фадеевым, он же главный психиатр Республики, который — вместо того, чтобы разобраться в случившемся и по возможности защитить своего пациента от милиции, — продублировал крайне маловероятную версию, что Артем “приставал к женщинам и

девочкам”, маловероятную уже в силу самого психического состояния Артема как на момент стационарирования, как оно описано в истории болезни, так и на основании индивидуальных особенностей его личности и болезненной симптоматики, в которых мы убедились при его освидетельствовании. Этот памятный с советских пор формальный стиль “профилактической зачистки” вместо выстраивания доброжелательных отношений с пациентом, чтобы вызвать понимание в необходимости амбулаторного лечения, надолго определяет отношение пациентов к психиатрическим учреждениям.

На приемном покое психиатрической больницы появляется стыдливо-двойственное п. “а” — “в” ст. 29. В предоставленном суду “*мотивированном заключении врачебной комиссии от 23.11 на госпитализацию в недобровольном порядке*” тяжесть психических расстройств была грубо преувеличена, причем не в описательной, а в оценочной части.

В описательной части не было ничего, что даже отдаленно напоминало бы п. “а”. Более того, нет полноценной клинической аргументации и на п. “в”. Врачи пишут:

“подозрительно смотрит на окружающих”, — словно недобровольное стационарирование располагает к доверию;

“склонен к рассуждательству”, — слишком много объяснялся;

“приставал с сексуальными намерениями к женщинам и девочкам”, а “говорит, что ни к кому не приставал. При этом нелепо улыбается”;

“якобы работает “писателем”, тогда как сам Артем поясняет: “Я зарабатываю деньги тем, что пишу в Интернет статьи о компьютерных играх, тем и живу. В месяц получается примерно 1000 – 2500 руб. Живем вдвоем с братом, готовим еду сами” (из протокола судебного заседания). И т.д.

Мы видим, что нет ничего, что свидетельствовало бы о нарастающем обострении психического расстройства. В прошлом было мучительное психическое расстройство, которое адекватно описано и квалифицировано в истории болезни. И есть очень тяжелая жизненная ситуация. Артем был адекватен, соглашаясь на недельное стационарное лечение и не отказываясь от амбулаторного. Оформлять в таких случаях недобровольное лечение “только в стационарных условиях” настолько неадекватно, настолько противоречит высокой квалификации врачей, очевидной по многим другим признакам, что ясным делается совершенно другой мотив стационарирования — старый советский — полицейский — подержать в больнице пока не пройдут выборы.

Оценочной частью служил выставленный в истории болезни 2006 года окончательный диагноз “шизотипического расстройства личности” (кстати, оставленный и в последней истории болезни), который преподносился в суде на порядок более тяжелым,

как “шизофрения”, тогда как в общепринятой классификации психических расстройств они фигурируют как разные расстройства под разными шифрами.

Шизотипическое расстройство личности — это разнообразные клинические проявления, которые обозначались в советской психиатрии как вялотекущая и малопрогрессирующая шизофрения — диагноз, выставившийся, в частности политическим диссидентам. Такого рода пациенты составляют как правило амбулаторный контингент. В случае Артема писать, что его лечение “возможно только в стационарных условиях” — явная передержка, противоречащая и диагнозу, и тому факту, что первое стационарирование длилось два с половиной месяца, а второе — всего один месяц. Тем самым врачи сами расписались в том, что психическое состояние не достигало и до п. “в”.

Мы видим совершенно однотипные действия то ли ФСБ, то ли МВД, их совершенно незаконное вмешательство в деятельность психиатрической службы и послушность администраторов, ведущих себя не по врачебному. Опасность по п. “а” в деле Артема Б., так же как Ларисы Арап, — откровенный цинизм. Но и п. “в” врачи обосновывали суду сведениями из старой истории болезни и пресловутым “приставанием” со слов службистов, для которых это чисто “оперативный прием”, как подкладывание наркотиков и т.п., а не “объективный анамнез”. Поражает недалекость и мелкотравчатость режиссеров этого сценария. Артем действительно нуждался в амбулаторной терапии, к которой его было совсем нетрудно склонить, а не в недобровольном стационарном лечении.

Хотелось бы особо отметить превосходную работу адвоката — достойной представительницы марийской интеллигенции Светланы Ивановны Сидоркиной. Она самостоятельно и тонко в деталях зафиксировала важный правовой блок допущенных нарушений — в праве на защиту.

Следует отметить в качестве значительного плюса Республики Марий Эл, что здесь, опережая многие другие регионы, включая Москву, пациентам выдают на руки постановление суда о недобровольной госпитализации.

Что касается главного врача, то мы можем только высказать чувство горечи за то положение зависимости, в которое солдафонская вертикаль власти ставит достойных профессионалов в сугубо гражданских делах. Больница, построенная по нестандартному проекту, снаружи и внутри вызывает восхищение, — красиво светло, свежо, просторно, хорошо оборудовано. Еще нет зелени и картин, еще не задействованы национальные традиции вышивки, резьбы, лепки, работ из лозы и бересты, но, прежде всего, пожелаем больнице главного — душевной атмосферы, заботы и сотрудничества с пациентами.

Приведенный текст был размещен на сайте НПА в первых числах января 2008 г. и на его основе написано опубликованное ниже заключение, предоставленное адвокату.

*Л. Н. Виноградова,
Ю. С. Савенко,
В. Н. Цыганова*

ЗАКЛЮЧЕНИЕ КОМИССИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации В. П. Лукина относительно обоснованности принудительной госпитализации Б-ва А. Р., 1987 г. рожд.

По поручению Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации В. П. Лукина, на основании ст. 21 Федерального конституционного закона “Об Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации”

нами, врачами-психиатрами Савенко Ю. С. и Цыгановой В. Н. и медицинским психологом Виноградовой Л. Н., 27 декабря 2007 г.

в соответствии с личной просьбой А. Р. Б-ва и **обращением его адвоката Сидоркиной Светланы Ивановны** проведено его **психиатрическое освидетельствование**.

С согласия министра здравоохранения Республики Марий Эл В. В. Шишкина и главного врача Республиканской ПБ № 1 Т. Н. Бедердинова мы познакомились с **двумя историями** болезни А. Б-ва:

от 24.04 – 06.07.2006 г. и от 23.11 – 25.12.2007 г.

Нам были также предоставлены адвокатом ксерокопии следующих документов:

- заявление Республиканской ПБ № 1 в Йошкар-Олинский городской суд о госпитализации Б-ва А. Р. без его согласия от 23.11.2007 г.;
- мотивированное заключение врачебной комиссии от 23.11.2007 г.;
- Решение Йошкар-Олинского городского суда Республики Марий Эл от 27.11.2007 г.;
- протокол судебного заседания по делу № 2-3742/2007 от 27.11.2007 г.

Проведенное нами освидетельствование и изучение историй болезни Б-ва А. Р. показали, с одной стороны, — отсутствие диагностических расхождений с врачами Республиканской психиатрической больни-

цы № 1, а с другой — **отсутствие достаточных оснований для недобровольной госпитализации А. Р. Б-ва в психиатрический стационар 23 ноября 2007 г.** Обе истории болезни написаны образцовым образом, очень содержательно, с конкретными примерами поведения и прямой речи, развернутыми экспериментально-психологическими исследованиями и убедительно аргументированными диагнозами, что позволяет показать несостоятельность недобровольной госпитализации.

Направление на стационарирование было выдано по п. “а” ст. 29 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” — “непосредственная опасность для себя и окружающих” (!) — главным врачом ПНД П. Н. Фадеевым, который в качестве обоснования стационарирования использовал (без всякой проверки, уточнения, конкретизации) информацию, полученную от сотрудников МВД, — “приставал к женщинам и девочкам”. Между тем, эта информация не просто категорически отрицается самим А. Р. Б-вым, но и грубо противоречит описанию его психического состояния на момент стационарирования, сделанному в истории болезни. Противоречат они и индивидуальным особенностям его личности и особенностям его болезненной симптоматики, в чем мы убедились во время его освидетельствования 27 декабря 2007 г. Кроме того, никакого содержательного описания этих “приставаний” ни в направлении на госпитализацию, ни в истории болезни нет, что не позволяет проверить, насколько они подходят под “непосредственную опасность для окружающих”, которая предполагает физическую угрозу жизни или здоровью других людей.

На приемном покое психиатрической больницы в качестве обоснования недобровольного стационарирования пункт “а” дополняется пунктом “в” (**существенный вред здоровью при неоказании психиатрической помощи**). Этот пункт предполагает наличие тяжелого психического расстройства, которое развивается и требует экстренной психиатрической помощи, поскольку в противном случае возможен существенный вред здоровью пациента. Между тем, никаких данных за то, что у А. Р. Б-ва в момент стационарирования было острое психическое состояние, в медицинской документации не имеется.

В представленном суду **“мотивированном заключении врачебной комиссии от 23.11 на госпитализацию в недобровольном порядке”** тяжесть психических расстройств А. Р. Б-ва была грубо преувеличена, причем не в описательной, а в оценочной части.

В описательной части нет ничего, что хотя бы отдаленно относилось к п. “а”. Нет полноценной клинической аргументации и на п. “в”. Врачи пишут:

“подозрительно смотрит на окружающих”, — словно недобровольное стационарирование располагает к доверию;

“склонен к рассуждательству”, — слишком много объяснялся;

“приставал с сексуальными намерениями к женщинам и девочкам”, а “говорит, что ни к кому не приставал. При этом нелепо улыбается”;

“якобы работает “писателем”, тогда как сам Б-в поясняет: “Я зарабатываю деньги тем, что пишу в Интернет статьи о компьютерных играх, тем и живу. В месяц получается примерно 1000 – 2500 руб. Живем вдвоем с братом, готовим еду сами” (из протокола судебного заседания). И т.д.

Таким образом, нет ничего, что свидетельствовало бы о нарастающем обострении психического расстройства. В прошлом (2006 г.) у А. Р. Б-ва было мучительное психическое расстройство, которое адекватно описано и квалифицировано в первой истории болезни. Проведенный тогда в соответствии с его желанием курс терапии оказался успешным, и психическое состояние А. Р. Б-ва существенно улучшилось.

Тем не менее, **оценочная часть** так называемого “мотивированного заключения врачебной комиссии от 23 ноября 2007 г.” опирается на данные истории болезни полуторалетней давности и на ничем не подтвержденные показания сотрудников МВД, которые категорически отрицаются А. Р. Б-вым и резко противоречат как данным этой истории болезни, так и итоговому выводу второй истории болезни. В “мотивированном заключении врачебной комиссии” фигурирует диагноз “шизофрения”, который является грубым и безосновательным преувеличением окончательного клинического диагноза А. Р. Б-ва, выставленного в обеих его историях болезни.

Врачи должны были разъяснить суду, что согласно общепринятой, в том числе и в нашей стране, Международной классификации болезней последнего 10-ого пересмотра, так наз. “неврозоподобная шизофрения”, “латентная шизофрения”, “псевдопсихопатическая шизофрения” и т.п., упоминаемые в историях болезни А. Р. Б-ва, — не шизофрения вовсе, а “шизотипическое расстройство”, которое рассматривается теперь отдельно от шизофрении, имеет другой шифр (F 21, а не F 20) и представляет на порядок менее тяжелое психическое расстройство. Врачи, подписавшие “мотивированное заключение”, наоборот, назвали заболевание Б-ва “шизофренией”, не имея на это — как мы показали выше — никаких научно обоснованных профессиональных оснований. В МКБ-10 написано, что при шизотипическом расстройстве “ни на одной стадии развития характерные для шизофрении нарушения не наблюдаются. Какой-либо превалирующей или типичной для шизофрении симптоматики нет”. Люди с таким диагнозом обычно лечатся амбулаторно, если вообще лечатся. А Б-ва стационарировали недобровольно, вопреки тому, что он был согласен на стационарное лечение в течение недели, а затем — на амбулаторное лечение. Утверждать, что лечение А. Р. Б-ва было “возможно только в стационарных

условиях”, — явная передержка, противоречащая и диагнозу, и тому факту, что первое стационарирование Б-ва длилось два с половиной месяца, а второе всего один месяц. Тем самым врачи сами расписались в том, что психическое состояние не достигало и до п. “в”.

Таким образом, анализ представленной документации и результаты психиатрического освидетельствования А. Р. Б-ва позволяют с полной определенностью утверждать, что его стационарирование 23 ноября 2007 г. в психиатрический стационар без его согласия носило необоснованный характер. Психическое расстройство А. Р. Б-ва не являлось тяжелым и не обуславливало ни его не-

посредственную опасность для себя или окружающих (п. “а” ст. 29 Закона о психиатрической помощи), ни существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния в случае оставления без психиатрической помощи (п. “в”). Врачи пошли на поводу информации со слов сотрудников МВД, хотя она грубо противоречила клинической картине и характерологическим особенностям А. Р. Б-ва, и резко преувеличили тяжесть его психического заболевания.

Члены комиссии:

Ю. С. Савенко,
В. Н. Цыганова,
Л. Н. Виноградова

Данное заключение было приобщено к материалам дела и вызвало ответную реакцию главного врача и комиссии специалистов Республиканской ПБ № 1.

В Йошкар-Олинский городской суд Республики Марий Эл судье Т. Н. Пасякиной от главного врача “Республиканская психиатрическая больница № 1” Т. Н. Бедердинова

По существу гражданского дела № 2-1257/08, находящегося в производстве Йошкар-Олинского городского суда (судья Пасякина Т. Н.), об удовлетворении заявления о недобровольной госпитализации в психиатрический стационар и лечении психотропными препаратами Б-ва А. Р., 1987 года рождения. Государственное учреждение Республики Марий Эл “Республиканская психиатрическая больница № 1” представляет следующее мотивированное мнение с правовым обоснованием:

В силу статьи 29 Закона Российской Федерации от 02 июля 1992 года № 3185 “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” (в ред. ФЗ от 22.08.2004 г. № 122-ФЗ) лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Согласно статьям 32 – 35 настоящего Закона лицо, помещенное в психиатрический стационар по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона, подлежит обязательному освидетельствованию комиссией врачей-психиатров психиатрического уч-

реждения, которая принимает решение об обоснованности госпитализации. Вопрос о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона, решается в суде по месту нахождения психиатрического учреждения. К заявлению, в котором должны быть указаны предусмотренные законом основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке, прилагается мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости дальнейшего пребывания лица в психиатрическом стационаре.

Аналогичные положения содержатся в главе 35 ГПК РФ.

В соответствии с пунктом 8 части первой статьи 262 и частью первой статьи 263 ГПК РФ рассмотрение гражданских дел о принудительной госпитализации гражданина в психиатрический стационар относится к особому производству, которое осуществляется по общим правилам искового производства с особенностями, предусмотренными главой 35 данного Кодекса. При этом правосудие по делам указанной категории, как и по всем другим гражданским делам, должно осуществляться на основе принципов равенства всех перед законом и судом, состязательности и равноправия сторон (статьи 6 и 12 ГПК РФ). В силу названных принципов и правил доказывания в гражданском судопроизводстве психиатрическое учреждение при обращении в суд обязано доказать наличие обстоятельств, которые являются основанием для принудительной госпитализации лица. Заключение врачей-психиатров психиатрического учреждения выступает в качестве одного из предусмотренных законом доказательств, которые оно обязано предста-

вить суду, но, однако, не является заключением эксперта (экспертов) в смысле статьи 86 ГПК РФ.

Данное заключение подлежит проверке по общим правилам исследования и оценки доказательств (часть первая статьи 55, статьи 56 и 67 ГПК РФ). При этом лицо, помещенное в психиатрический стационар, и его представитель вправе оспаривать его достоверность, путем постановки перед судом вопроса о назначении судебно-психиатрической экспертизы (статьи 57 и 79 ГПК РФ), производство которой в случае ее назначения судом поручается эксперту (экспертам), не находящемуся в служебной или иной зависимости от психиатрического учреждения, представившего заключение. Указанные нормы, регламентирующие порядок доказывания обстоятельств гражданского дела, действовали и в момент рассмотрения гражданского дела № 2-1257/089.

Нарушение прав Б-ва А. Р., 1987 года рождения, гарантированных российским законодательством, его представитель — адвокат Сидоркина С. И. усматривает в том, что в качестве основания для его недобровольной госпитализации в ГУ РМЭ “Республиканская психиатрическая больница № 1” послужило приложенное к заявлению указанного психиатрического учреждения заключение комиссии врачей-психиатров данного психиатрического стационара, которое, по мнению адвоката Сидоркиной С. И. является необоснованным в силу того, что психическое расстройство гражданина Б-ва А. Р. не являлось тяжелым и не обуславливало ни непосредственную опасность для себя или окружающих (пункт “а” ст. 29 Закона “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”), не могло нанести существенного вреда здоровью вследствие ухудшения психического состояния в случае оставления без психиатрической помощи (п. “в”), в результате чего не было оснований для госпитализации Б-ва А. Р. в психиатрический стационар в недобровольном порядке.

Однако, с этим нельзя согласиться.

Из медицинской карты Б-ва А. Р. № 619 (2006 г.) известно, что он с 21 апреля 2006 года по 06 июля 2006 года, находился на лечении в ГУ РМЭ “Республиканская психиатрическая больница № 1” добровольно и обосновано. В этот период у него обнаруживался стойкий “параноидный синдром” с суицидальными тенденциями. Б-в А. Р. утверждал, что он в течение последних 1,5 – 2-х лет отмечает у себя в голове навязанные кем-то “картинки” в виде обнаженных мужчин с эрогированными фалосами. Кто-то заставляет его насильно улыбаться мужчинам. Замечал, что те, в свою очередь, называли его “педерастом”. Понял, что “превращается в гомосексуалиста”. Испытывал “путаницу”, “наплыв мыслей”, либо “пустоту в голове”. Страдал бессонницей, стал замкнутым, подавленным, пропускал занятия в ВУЗе. В стационаре оставался тревожным, подавленным. Просил изолировать от других больных, которые “намекали” ему о

его “сексуальных наклонностях”. У Б-ва в тот период отмечались симптомы “параноидного синдрома” сексуального содержания, свойственные наиболее часто встречающейся форме — “Параноидной шизофрении”. Однако ему был установлен реабилитационный диагноз “Латентная шизофрения” с целью облегчения его социальной адаптации, к чему прибегают в своей практике многие врачи-психиатры. При выписке Б-в А. Р. заявлял, что депрессию ему сняли, а “все остальное остается” и он “превращается в гомосексуалиста”. В дальнейшем он рекомендаций по амбулаторному лечению не придерживался, психиатрический диспансер не посещал (из направления РПНД). Постоянного места работы не имел, не смог погасить задолженность в ВУЗе (за неделю до окончания сессии не сданными были 4 зачета и 2 экзамена). Встал вопрос о его отчислении из учебного заведения. Остался без средств к существованию.

23 ноября 2007 года Б-ов был задержан сотрудниками милиции возле церкви в пос. Семеновка, где приставал с сексуальными намерениями к женщинам и девочкам. По этому поводу освидетельствован комиссией врачей-психиатров РПНД. В тот период резонерствовал “о правах человека, утверждал, что “кругом карательная психиатрия”, оставаясь пассивно подчиняемым. Отрицал и причину его задержания. На основании положения пункта “а” статьи 29 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” Б-ов А. Р. был доставлен по направлению РПНД в приемное отделение РПБ № 1. В соответствии со статьей 32 настоящего Закона он 23 ноября 2007 г. был освидетельствован комиссией врачей-психиатров в составе: А. М. Соколовой, Е. М. Бурлакова, Л. А. Кузнецовой (заключение № 650), при этом был неряшлив, тревожен, подозрителен, заявлял, что его “запеленговали, потому и оказался в больнице”. Отрицал свои приставания к женщинам. Утверждал, что предыдущее лечение ему “помогло не совсем”. Критика к состоянию и поведению отсутствовала. Реальных планов на будущее не строил. Диссимулировал. Мышление отличалось паралогичностью и резонерством. Врачебная комиссия пришла к заключению, что психическое расстройство у Б-ва являлось тяжелым, и по своим проявлениям обуславливало причинение “существенного вреда здоровью, вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи” (пункт “в” статьи 29 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”), о чем свидетельствуют: эмоционально-волевое снижение личности с социально-неприемлемым поведением, его социальной дезадаптацией (не работает, не учится, эмоционально неадекватен), не способен адекватно оценивать свое психическое состояние, понимать его болезненный характер и принимать осознанные решения по поводу лечения, а также подозрительность, тревожность, его заявления о том, что его

“запеленговали”, а предыдущее лечение “помогло не совсем”). Психологические данные об особенностях и нарушениях психической деятельности Б-ва А. Р. не противоречат заключению комиссии врачей-психиатров. Б-ов А. Р. был выписан из больницы в состоянии ремиссии 25 декабря 2007 года с диагнозом: “Шизофрения псевдопсихопатическая форма с эмоционально-волевым снижением личности”.

Принимая во внимание болезненные переживания сексуального характера, выявленную психологом вероятность проявления агрессии и с учетом фактов об имевших место действия Б-ва, указанных в направлении комиссии врачей-психиатров РПНД (приставал к женщинам), исключить которое не было возможности, был применен и критерий “непосредственной опасности для себя или окружающих” (пункт “а” статьи 29 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”).

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что госпитализации Б-ва А. Р. в психиатрический стационар носила обоснованный характер и осуществлена на основании судебного акта.

По смыслу статьи 32 названного Закона, врачи-психиатры психиатрического учреждения, заключение которых в обязательном порядке направляется в суд для решения вопроса о принудительной госпитализации, являются не экспертами, назначаемыми судом по правилам статей 79 и 80 ГПК РФ, а штатными работниками психиатрического учреждения, выступающего в качестве инициатора возбуждения в суде дела о принудительной госпитализации.

Как было указано выше, лицо, помещенное в психиатрический стационар, и его представитель вправе оспаривать достоверность заключения комиссии врачей-психиатров, путем постановки перед судом вопроса о назначении судебно-психиатрической экспертизы (статьи 57 и 79 ГПК РФ), производство кото-

рой в случае ее назначения судом поручается эксперту (экспертам), не находящемуся в служебной или иной зависимости от психиатрического учреждения, представившего заключение.

Таким образом, утверждение адвоката Сидоркиной С. И. о необоснованности заключения врачей-психиатров, а также о том, что психическое расстройство гражданина Б-ва А. Р. не тяжелое и не обуславливало непосредственную опасность для себя или окружающих, не могло нанести существенного вреда здоровью вследствие ухудшения психического состояния в случае оставления без психиатрической помощи является несостоятельным. При этом следует также указать, что судом не могут быть приняты во внимание и положены в основу судебного акта какие-либо другие медицинские заключения, в том числе заключения независимых врачей-психиатров, поскольку порядок оспаривания достоверности заключения комиссии врачей-психиатров определен законом (статьи 57 и 79 ГПК РФ) и единственным основанием опровержения выводов комиссии врачей-психиатров является заключение судебно-психиатрической экспертизы.

С учетом изложенного, ГУ РМЭ “Республиканская психиатрическая больница № 1” просит Йошкар-Олинский городской суд дать оценку названным выше обстоятельствам, отразив их в судебном акте, а поскольку Б-ов А. Р. в настоящее время на лечении в психиатрическом стационаре не находится (выписан в состоянии ремиссии 25 декабря 2007 года с диагнозом “Шизофрения псевдопсихопатическая форма с эмоционально-волевым снижением личности”) — просим производство по делу № 2-1257/08 прекратить.

Т. Н. Бедердинов

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ КОМИССИИ СПЕЦИАЛИСТОВ
Государственного учреждения Республики Марий Эл
“Республиканская психиатрическая больница № 1”
относительно обоснованности принудительной госпитализации
Б-ва А. Р., 1987 г.р.**

Психиатрическое освидетельствование применительно к закону “О психиатрической помощи” относится к новым видам судебно-психиатрических экспертиз в гражданском процессе. Статья 47 Закона о психиатрической помощи представила возможность обжалования в судебном порядке действий, ущемляющих права граждан при оказании им психиатрической помощи.

Поскольку, обжалуемые в гражданском процессе действия касаются специальных психиатрических вопросов, суд в силу требований ст. 79 ГПК (о назначе-

нии эксперта при рассмотрении вопросов, требующих специальных познаний в области науки, искусства и др.) должен назначить судебно-психиатрическую экспертизу. Общий принцип новых для судебно-психиатрической практики экспертиз сводится к оценке психического состояния истца и его соответствия в период применения недобровольных психиатрических мер критериям, определенным Законом о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании.

Судебно-психиатрическая экспертиза осуществляется в государственных или системы муниципальных учреждений здравоохранения в соответствии со статьей 52 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1. ФЗ от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации” регулирует деятельность государственных учреждений.

Должность эксперта в государственных судебно-экспертных учреждениях может занимать гражданин РФ, имеющий высшее профессиональное образование и прошедший последующую подготовку по конкретной экспертной специальности в порядке, установленном нормативными правовыми актами соответствующих Федеральных органов исполнительной власти (Ст 13 ФЗ “О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ”). **Введение специальности, требующей углубленной подготовки в области судебно-психиатрической экспертизы, регламентировано приказом МЗ РФ от 14.08.2002 г. № 326 “О врачах судебно-психиатрическом эксперте” и предполагает наличие соответствующего сертификата.**

Определение уровня профессиональной подготовки экспертов и аттестация их на право самостоятельного производства судебной экспертизы осуществляются экспертно-квалификационными комиссиями в порядке, установленном нормативными правовыми актами соответствующих Федеральных органов исполнительной власти.

При проведении аттестации на квалификационные категории необходимо руководствоваться Письмом Минздрава РФ от 20 августа 2002 г. № 2510/8604-02-32 “Об аттестации врачей-судебно-психиатрических экспертов”.

Уровень профессиональной подготовки экспертов подлежит пересмотру указанными комиссиями каждые пять лет.

Врачей-психиатров, не имеющих специальной подготовки по судебно-психиатрической экспертизе, не следует относить к лицам с достаточной экспертной подготовкой и поручать им производство судебно-психиатрических экспертиз.

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 04.07.02 г. № 499 “Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности” и Федерального закона “О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ” экспертное учреждение должно иметь лицензию на выполнение такого вида деятельности как судебно-психиатрическая экспертиза.

“Заключение комиссии специалистов” НПА России врачей-психиатров Савенко Ю. С. и Цыгановой В. Н., а также психолога Виноградовой Л. Н.

в отношении недобровольной госпитализации Б-ва А. Р. **не относится к категории “экспертных”.** В то же время в данном случае оспаривается факт недобровольной госпитализации, который является предметом судебно-психиатрической экспертизы.

НПА России не является экспертным учреждением, не имеет лицензии на работы и услуги по “судебно-психиатрической экспертизе”, а указанные лица — сертификатов по “судебно-психиатрической экспертизе”.

Психолог Виноградова Л. Н. проходила повышение квалификации уже **в 2000 г.**

Для принятия решения о недобровольной госпитализации необходима констатация одновременно не менее двух признаков юридического критерия. Первый из них, являющийся обязательным во всех случаях, в Законе сформулирован как “тяжелое психическое расстройство”, а вторым должен быть хотя бы один из его признаков, перечисленных в пунктах “а”, “б”, “в” статьи 29.

Тяжесть психического расстройства определяется наличием нарушений психотического уровня, деменции, умственной отсталости, изменением личности, которые обуславливают нарушения поведения, раскрытые в трех последующих пунктах. Наличие расстройств менее глубоких регистров дает основание квалифицировать состояние как тяжелое при декомпенсации, например при психопатии (“Расстройство личности” МКБ-10-F60), которое относится к пограничным психическим расстройствам и “люди с таким диагнозом обычно лечатся амбулаторно, если вообще лечатся”, но все-таки при декомпенсации госпитализируются в соответствии со ст. 29 “а”, “в”.

Во всех этих случаях мы констатируем неспособность лица адекватно оценивать свое психическое состояние, понимать его болезненный характер и принимать осознанные решения по поводу лечения и др. мед. мероприятий.

Признаки, указанные в пунктах “а”, “б”, “в” не имеют временного критерия.

Так, специалисты НПА в своем заключении указали, что второе стационарирование Б-ва длилось всего один месяц, а первое два с половиной месяца “Тем самым врачи сами расписались в том, что психическое состояние не дотягивало и до п. “в”.

Однако лица, обнаруживающие, например, “Алкогольный делирий” (F 10.4) и находящиеся на излечении около семи дней, расцениваются всеми психиатрами по критерию “а” ст. 29.

В соответствии с МКБ-10 произошло переименование т.н. вялотекущей шизофрении в шизотипическое расстройство, которое включено в рубрику “Шизофрения и бредовые расстройства” и его следует отличать от шизоидного личностного расстройства. В МКБ-10 написано, что “диагностические рубрики

(F21.1 и F21.2), т.е. “Латентная шизофрения”, не рекомендуется для широкого использования, потому что их трудно отграничить от расстройств, наблюдаемых при простой форме шизофрении (F20.6). Если же этот термин используется, то у больного никогда в прошлом не должны быть признаки шизофрении.”

У Б-ва А. при первой госпитализации отмечались симптомы “параноидного синдрома” (сексуального содержания), свойственные наиболее часто встречающейся “параноидной шизофрении”. Однако ему был установлен реабилитационный диагноз “Латентная шизофрения” с целью облегчения его социальной адаптации, к чему прибегают в своей практике многие врачи-психиатры. Специалисты НПА отметили, что “Обе истории написаны образцовым образом, очень содержательно, с конкретными примерами поведения и прямой речью...”, почему-то “не захотели” увидеть “параноидного синдрома”, типичного для шизофрении.

В последующем у Б-ва ведущими в клинике стали эмоционально-волевые расстройства, социальная дезадаптация, что подтверждается и данными экспериментально-психологического исследования.

“Комиссия специалистов” в своем заключении в части оформления истории болезни Б-ва А. отметила наличие “развернутого экспериментально-психологического исследования”, при этом абсолютно его проигнорировала.

Заявляя, что “врачи пошли на поводу информации сотрудников МВД, хотя она грубо противоречила клинической картине и характерологическим особенностям Б-ва” ... вероятность проявления агрессии, умеренную ситуативную и личностную тревожность, изменения операционального и динамического компонентов мышления в виде отдельных признаков искажения процесса обобщения, инертность ассоциаций на фоне формирующейся тенденции к снижению интеллектуально-мнестической деятельности”.

Понятно, что при полутора часовом освидетельствовании у специалистов НПА не нашлось возможности самостоятельно провести экспериментально-психологическое исследование, которое предполагает большие временные затраты — до 10 часов. Необходимо подчеркнуть, что и само освидетельствование проводилось уже по выписке Б-ва из стационара, то есть после проведенного лечения и наступления у него ремиссии.

Как следует из “Заключения комиссии специалистов” НПА, “Б-ва А. стационарировали недобровольно, вопреки тому, что он был согласен на стационарное лечение в течение недели...”. Однако подтверждений в медицинской документации данного факта нет.

Исходя из вышеизложенного, учитывая данные медицинской документации (мед. карт № 619/2006 г., 1934/2007 г., направление комиссии врачей-психиатров РПНД) можно сделать вывод, что госпитализация Б-ва А. Р. в психиатрический стационар без его согласия 23 ноября 2007 г. носила обоснованный характер.

Психическое расстройство Б-ва А. Р. являлось тяжелым, и по своим проявлениям обуславливало в период недобровольной госпитализации причинения “существенного вреда здоровью, вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи” (п. “в” ст. 29 Закона РФ “О психиатрической помощи”), о чем свидетельствуют: эмоционально-волевое снижение личности с социально-неприемлемым поведением, его социальной дезадаптацией (не работает, не учиться, эмоционально неадекватен), не способен адекватно оценивать свое психическое состояние, понимать его болезненный характер и принимать осознанные решения по поводу лечения, а также нарушения психотического уровня (подозрительность, тревожность, напряженность, заявления о том, что его “запеленговали”, а предыдущее лечение ему “помогло несомненно”, в отделении утверждал, что “стало легче — возможно за счет лекарств”). Психологические данные об особенностях и нарушениях психической деятельности Б-ва не противоречат заключению комиссии врачей-психиатров о наличии у него тяжелого психического расстройства.

Принимая во внимание сексуальные болезненные переживания больного, указания психолога на вероятность проявления агрессии и с учетом фактов об имевших место действиях Б-ва, указанных в направлении комиссии врачей-психиатров РПНД, исключить которое не было возможности, был применен и критерий “непосредственной опасности для себя или окружающих”. (п. “а” ст. 29 Закона РФ “О психиатрической помощи”).

Члены комиссии:

*Заместитель главного врача по лечебной работе,
Врач-психиатр высшей квалификационной категории,
Врач-судебно-психиатрический эксперт высшей
квалификационной категории,
Стаж работы — 30 лет. А. М. Соколова*

*Зав.отделением,
Врач-психиатр высшей квалификационной категории,
Врач-судебно-психиатрический эксперт первой
квалификационной категории,
Стаж работы — 24 года. Е. М. Бурлаков*

*Зав.отделением,
Врач-психиатр высшей квалификационной категории,
Стаж работы — 37 лет Л. А. Кузнецова*

Шизофрения как “реабилитационный диагноз”

Мнение специалиста-психиатра

Треть текста опубликованных документов посвящена цитированию всевозможных инструктивных материалов последних лет с целью доказать, что оспаривать факт недобровольной госпитализации комиссия специалистов Уполномоченного по правам человека в РФ не вправе, так как она не относится к категории “экспертных”, у ее членов нет ни сертификатов, ни лицензии на судебно-психиатрическую экспертизу, а данный “факт недобровольной госпитализации является предметом судебно-психиатрической экспертизы”. Все эти четыре утверждения — прерогатива юриста и грубо неграмотны, как ниже разъяснит юрист.

Итак, первый и основной довод против нашей критики это — вместо довода по существу — отказ в праве приводить доводы, в праве голоса. Надо ли объяснять, что такие “доводы” — яркое свидетельство того, как развращает монополизм. Без оппонента быстро наступает падение уровня экспертных заключений.

И действительно, А. М. Соколова с коллегами утверждает, что “факт недобровольной госпитализации является предметом судебно-психиатрической экспертизы”. Мягко говоря, это не соответствует действительности, так как в таком случае только судебные психиатры были бы вправе прибегать к недобровольной госпитализации.

А. М. Соколова с коллегами называет выставленный ими диагноз “реабилитационным... с целью облегчения его социальной адаптации, к чему прибегают в своей практике многие врачи-психиатры”. Да, прибегают, но, к сожалению, это мало похоже на правду, а точнее, противоречит действительности в отношении разбираемого конкретного примера. Реабилитационным был бы диагноз, не содержащий слово “шизофрения”, а именно: “шизотипическое расстройство”, что и соответствует выставленному шиф-

ру. Эксперты же, наоборот, прибегают к термину “латентная шизофрения” — и устаревшему, и отнюдь не реабилитационному. Хорошо видно, что о реабилитации коллеги вспомнили, только оспаривая наши критические замечания.

Наконец, А. М. Соколова с коллегами продолжает создавать у суда ложное представление, что речь идет о простом переименовании “вялотекущей шизофрении” в “шизотипическое расстройство”, которое, мол, **все равно** включено в рубрику “Шизофрения и бредовые расстройства”, вопреки уже цитированной нами выдержке из МКБ-10, F 21, что при шизотипическом расстройстве “ни на одной стадии развития характерные для шизофрении нарушения не наблюдаются, какой-либо превалирующей или типичной для шизофрении симптоматики нет”. Так, вся громкая история со злоупотреблением диагнозом “вялотекущей шизофрении” и смысл его выделения в отдельную рубрику походя нивелируется, полностью искажается, а понятие “латентности” не разъясняется и умалчивается.

Мы отметили высокий клинический уровень историй болезни Б-ва, тем досаднее сталкиваться с отмеченным здесь:

1) отношением к коллегам — общим психиатрам: игнорирование нашего заключения, словно уверовав в свои доводы, что если нам не положено высказываться, то и доводов наших как бы не существует;

2) к характеру и уровню аргументации опасности по пп. “а” и “в” ст. 29, избегающим обсуждения по существу этого центрального вопроса;

3) к забвению пироговского духа, составляющего выдающуюся традицию отечественной медицины, который состоит в беспощадном отношении к собственным ошибкам, их публичному разбору.

Ю. С. Савенко

“Беда, коль пироги начнет тачать сапожник...”

Мнение юриста

Правовой нигилизм в российском обществе, являющийся его характерной чертой, приобрел столь значительное распространение, что задача его преодоления была названа в качестве одной из приоритетных вновь избранным президентом России Д. Медведевым.

Правовая безграмотность при решении вопросов на стыке права и психиатрии, как правило сходящая с рук как психиатрам, так и отдельным юристам и дав-

но достигшая стадии правового нигилизма, ныне приобретает все более воинствующий характер.

Одержимость психиатров сверхценной идеей о своей правовой компетентности и, следовательно, отсутствие критики к своей аргументации все чаще доводят психиатров до откровенно нелепых попыток вершить правосудие, подменять собой функции судебных органов, диктовать суду, что он вправе и не вправе де-

лять. Самонадеянное толкование законодательных актов, их цитирование не впопад вводит в заблуждение не только самих психиатров, но и пациентов, их представителей, судей.

Наглядный пример тому — дело о недобровольной госпитализации Б-ва в РПБ № 1 Республики Марий Эл. Измышления, содержащиеся в двух полученных нами документах указанного психиатрического учреждения по данному делу, беспрецедентны по своей правовой безграмотности.

1. Заключение комиссии специалистов больницы относительно обоснованности недобровольной госпитализации Б-ва (за подписью зам.главврача А. М. Соколовой и зав.отделениями Е. М. Бурлакова и Л. А. Кузнецовой) не соответствует действующему законодательству, лишено логики и правового смысла.

1.1. Психиатрическое освидетельствование применительно к Закону о психиатрической помощи по явному заблуждению психиатров со стажем от 24 до 37 лет относится ими к новым видам СПЭ (!)

1.2. После этого перла приводится ст. 47 того же Закона, которая к данному случаю не подходит, т.к. не предусматривает право лица, госпитализированного в недобровольном порядке, самостоятельно возбуждать процедуру судебного контроля за его госпитализацией. Как тут не вспомнить Решение Европейского Суда по правам человека по делу Ракевич.

1.3. Для “этих” (?) новых видов экспертиз авторы заключения выделяют “общий принцип” (оценка психического состояния, его соответствия критериям Закона), который на самом деле является задачей исследования, а не принципом. Следует напомнить психиатрам, что принципами производства судебных экспертиз (как новых, так и старых) остаются законность, соблюдение прав и свобод граждан, независимость эксперта, объективность, всесторонность и полнота исследований.

1.4. Несмотря на то, что СПЭ Б-ву не проводилась и не назначалась, а заключение комиссии специалистов Уполномоченного по правам человека не является экспертным заключением и подготовлено в соответствии с иными нормами законодательства, администрация больницы упорно пытается не к месту воспроизводить статьи, регулирующие производство СПЭ, продолжая еще больше себя дискредитировать все новыми ошибками.

1.4.1. Ссылаясь на ст. 52 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, она утверждает, что СПЭ “осуществляется в государственных или системы муниципальных учреждений здравоохранения”. С точки зрения грамматики, эта фраза не выдерживает никакой критики. Но это — не главное. Суть ошибок в том, что администрация РПБ до сих пор руководствуется редакцией ст. 52 Основ 1993 (!) г., что недопустимо.

Во-первых, ст. 52 Основ изменила свою редакцию в соответствии с Федеральным законом от 22.08.2004 № 122-ФЗ: СПЭ в учреждениях муниципальной системы здравоохранения производиться не может.

Во-вторых, ст. 52 Основ даже в новой своей редакции этой части как противоречащая позднее принятым нормам законодательства на основании Определения Кассационной коллегии Верховного Суда РФ от 16.09.2004 признана не подлежащей применению.

В-третьих, увлекаясь описанием должности эксперта в государственном судебно-экспертном учреждении, администрация РПБ не понимает, что в соответствии с процессуальным законодательством производство СПЭ может быть поручено не только государственному, но и иному экспертному учреждению, негосударственному эксперту (экспертам). На это же указывается и в ст. 41 ФЗ “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации”.

По меньшей мере некорректно и указание администрации РПБ в своем заключении кому из врачей-психиатров, по ее мнению, “не следует поручать производство СПЭ”. Данный вопрос — в компетенции органа, назначившего СПЭ.

1.4.2. Ошибочна позиция администрации РПБ и в вопросе о лицензировании.

Во-первых, администрация РПБ уже во второй раз ссылается на недействующий нормативный акт. Постановление Правительства РФ от 4.07.2002 г. № 499 давно утратило силу. Лицензирование медицинской деятельности осуществляется в соответствии с Положением, утвержденным постановлением Правительства РФ от 22.01.2007 г. № 30.

Во-вторых, негосударственное юридическое лицо (негосударственный эксперт), которому следователем или судом поручено производство экспертизы, не обязано иметь лицензию на проведение СПЭ. Лицензия необходима для тех юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, которые избрали производство СПЭ **основным** видом своей деятельности.

1.5. Нельзя согласиться с трактовкой администрацией РПБ критериев недобровольной госпитализации в соответствии с п. “а” ст. 29 Закона о психиатрической помощи. В частности с тем, что: 1) тяжелое психическое расстройство относится к юридическому критерию; 2) признаки, указанные в п. “а” ст. 29 Закона, не имеют временного критерия; 3) указания психолога на вероятность проявления агрессии должны влечь применение критериев непосредственной опасности; 4) критерий непосредственной опасности конкретного лица может быть обезличен: указывается, что Б-в “опасен для себя или (?) окружающих”.

Во-первых, тяжелое психическое расстройство является не юридическим, а медицинским критерием применения ст. 29 Закона.

Во-вторых, критерий именно **непосредственной** опасности подразумевает, что посягательство либо уже начало осуществляться либо близко к началу, неминуемо либо имеется очевидная действительная и реальная угроза осуществления посягательства (конкретная угроза словами, жестами, демонстрация оружия и прочие устрашающие способы). Таким об-

разом, предположение о “вероятности проявления агрессии” и собственно сама непосредственная опасность находятся в разных временных и содержательных плоскостях.

В-третьих, опасность применительно к конкретному лицу следует дифференцировать. Лицо может быть опасным: а) одновременно для себя и для окружающих, либо б) только для себя, либо в) только для окружающих. Союз “или”, указанный администрацией РПБ применительно к Б-ву, свидетельствует о бездумном отношении к применению п. “а” ст. 29 Закона.

1.6. Являются надуманными вследствие правовой неосведомленности и претензии администрации РПБ к заключению комиссии специалистов Уполномоченного по правам человека.

Заключение комиссии ошибочно расценивается как заключение СПЭ. В действительности оно является мерой по защите интересов Б-ва, принятой по инициативе Уполномоченного по правам человека на основании ст. 21 ФКЗ “Об Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации”, и является письменным доказательством. Кроме того, данное заключение, подписанное лицами, имеющими специальные знания, может быть использовано в гражданском процессе в качестве пояснений специалистов и согласно ч. 1 ст. 157 ГПК РФ должно быть исследовано судом как доказательство по делу.

Комиссии специалистов Уполномоченного, состоящей из членов НПА России, для выполнения поручения Уполномоченного и выступления в качестве специалистов, в т.ч. в суде, лицензии не требуется, как не требуется и сертификата по судебной психиатрии. Кроме того, специфика анализа вопроса об обоснованности применения ст. 29 Закона о психиатрической помощи даже в рамках СПЭ (в отличие от решения вопросов о вменяемости или недееспособности) не требует специальной подготовки по судебной психиатрии.

2. Несостоятелен, с правовой точки зрения, также текст за подписью главврача РПБ № 1 Т. Н. Бедертдинова под названием “мотивированное мнение с правовым обоснованием”.

В нем содержится не соответствующее законодательству утверждение, что заключение врачей-психиатров, подаваемое в суд в качестве приложения к заявлению психиатрического учреждения о недобровольной госпитализации лица, может **оспариваться** (?) лишь “*единственным*” (!) способом — путем постановки перед судом вопроса (?) о назначении СПЭ. При этом приводятся ссылки на ст. 57 и 79 ГПК РФ, которые, разумеется, таких ограничений прав лиц, участвующих в деле, не содержат.

Во-первых, заключение психиатров, подаваемое в суд в порядке ст. 33 Закона о психиатрической помощи, не оспаривается. Обстоятельства, содержащиеся в нем, могут быть **опровергнуты**, лицо также может **возражать** в отношении доводов комиссии.

Во-вторых, при рассмотрении дела о недобровольной госпитализации заинтересованное лицо, как и другие лица, участвующие в деле, может использовать весь арсенал прав, предусмотренных ст. 35 ГПК РФ, в т.ч. предъявлять доказательства, заявлять ходатайства, давать объяснения, приводить свои доводы, использовать другие процессуальные права. Заинтересованное лицо может представить в суд письменные доказательства, включая справки и заключения других врачей-психиатров и медицинских учреждений, заявлять о привлечении специалиста-психиатра для дачи консультаций и пояснений в соответствии со ст. 188 ГПК РФ.

При наличии у суда сомнений в обоснованности заключения больницы, возникших, в частности при сравнительной оценке данного заключения с пояснениями специалистов, привлеченных по инициативе заинтересованного лица, суд вправе назначить СПЭ.

У суда при оценке всей совокупности доказательств могут и не возникнуть сомнения, для разрешения которых понадобится назначение СПЭ, и суд может отдать предпочтение тем доказательствам, которые представлены заинтересованным лицом (его представителем) и согласно ст. 305 ГПК РФ отклонить заявление больницы, основываясь на собственном убеждении. Суд может просто не счесть доводы больницы убедительными. А помочь ему в этом могут само лицо, прокурор, свидетели, другие врачи-психиатры, правозащитные организации и т.д. Известно множество судебных решений, когда суд отклонял заявление ПБ как обосновательное, не прибегая к помощи экспертов.

Апогеем нелепости так называемого “правового обоснования”, подписанного главврачом РПБ № 1, с претензией на исключительность, является категоричный запрет в адрес суда (!) принимать во внимание и класть в основу судебного акта какие-либо другие медицинские заключения, в т.ч. независимых врачей-психиатров.

Господа, помните, что уверование в свою исключительность порождает безответственность. Лучше, если бы Вы как врачи больницы во главе с главным врачом взяли за свое дело, — подготовили профессиональное медицинское (а не правовое) обоснование, дали содержательный с психиатрической, а не юридической точки зрения анализ заключения комиссии специалистов Уполномоченного. Тогда, глядишь, не пришлось бы бояться “других” медицинских заключений и указывать суду какое из доказательств — главнее. Ваше решение сразить всех своим “правовым обоснованием” и тягаться на равных с юристами было ошибкой.

Во истину: “не в свои сани не садись”...

*Ю. Н. Арзунова,
руководитель юридической службы НПА России,
канд. юрид. наук, советник юстиции*

Психически больные в пенитенциарных учреждениях: медицинская помощь, фиксация, предсказание сексуальных рецидивов. Завещательная дееспособность. Способность предстать перед судом

**Обзор избранных публикаций
“Журнала Американской академии психиатрии и права”
(The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law,
v. 35, # 4, 2007)**

Номер открывается редакционной статьей “**Медицинская помощь психически больным в пенитенциарных учреждениях: проблемы и решения**”. Автор (Dr. A. Daniel — профессор психиатрии в университете штата Миссури), анализируя опасную тенденцию нарастания числа лиц с выраженной психической патологией в американских тюрьмах, называет среди ее вероятных причин деинституционализацию психиатрических пациентов в условиях ограниченного доступа к лечебным и реабилитационным программам местных центров психического здоровья, а также то обстоятельство, что специализированные психиатрические и наркологические суды не заработали еще в полную силу.

От себя замечу, что психиатрические суды, которые активно организуются в США с начала 2000-х гг., равно как и появившиеся десятилетием ранее наркологические суды, задумывались их создателями как некий барьер, который должен препятствовать заполнению тюрем лицами с серьезной психической патологией. Такие суды предлагают правонарушителям с психическими расстройствами и признаками зависимости от психоактивных веществ, совершившим преимущественно ненасильственные преступления, не относящиеся к категории тяжких, альтернативу: подвергнуться наказанию в виде лишения свободы в пенитенциарном учреждении, либо, оставаясь на свободе, принимать обязательное участие в реабилитационной программе местного центра психического здоровья. Продолжительность реабилитационной программы, как правило, заметно превышает возможный срок лишения свободы.

Автор рассматривает несколько ключевых аспектов психиатрического лечения в пенитенциарных учреждениях. В частности он отмечает, что, начиная с 1980-х гг. психиатрическая помощь заключенным во все большей степени приватизируется, и к настоящему времени уже около половины штатов

подписали контракты с частными медицинскими компаниями или организациями для оказания медицинской помощи лицам, содержащимся в пенитенциарных учреждениях.

Стоит заметить, что сама по себе идея приватизации отдельных служб пенитенциарного учреждения или даже всего учреждения не нова. По данным P. Smith (Private Prisons: Profit of Crime, from the Fall 1993 issues of Covert Action Quarterly, at <http://mediafilter.org/CAQ/CAQ.html>, доступ 15 января 2008г.) в середине 19 века частными компаниями управлялись, к примеру, первая тюрьма в штате Луизиана, Нью-Йоркская Auburn, а также Sing Sing. Степень приватизации может быть различной. В одних штатах частные корпорации сами проектируют, строят, владеют тюрьмой и сдают места в ней штату за плату. В других — допущены лишь для организации медицинской или только психиатрической помощи. В обоих случаях основная цель — уменьшить расходы штатов и повысить эффективность функционирования тюрем.

Автор также обращает внимание на опасность практики сокращения расходов такими способами, как намеренное незаполнение или частичное заполнение ключевых вакантных должностей медперсонала, а также отказ от использования психофармакологических препаратов новой генерации.

По мнению автора, использование менее дорогостоящих старых препаратов в конечном итоге приводит не к снижению расходов, но к их увеличению: антипсихотики нового поколения снижают продолжительность стационарного психиатрического лечения, а как это следует из White paper executive summary on prescription drug cost, access and affordability. Cambridge, MA: Massachusetts Biotechnology Council, 2004, в структуре расходов на психиатрическую помощь затраты на лекарства составляют лишь 10 %, тогда как на пребывание в психиатрическом стационаре — 32 %. Кроме того, по данным автора, новые антипси-

хотики уменьшают количество обращений за неотложной психиатрической помощью и снижают частоту переводов (и связанные с этими переводами расходы на транспортировку и обеспечение безопасности) заключенных с острыми и тяжелыми психическими расстройствами в психиатрические больницы органов здравоохранения.

В заключении автор останавливается на проблеме преемственности наркологического лечения. По освобождению из ИТУ наркозависимый возвращается в привычную среду. При этом может возникать описанная Abraham Wikler “условная абстиненция” с симптомами аналогичными тем, что развиваются в реальном абстинентном состоянии. Автор особо обращает внимание, что такого рода явления могут отмечаться и незадолго до окончания срока отбывания наказания в результате интенсификации воспоминаний об употреблении наркотиков, стимулирующихся предвкушением “возвращения на свободу”. В связи с этим рекомендуется проводить лечение, направленное на подавление влечения к алкоголю и наркотикам за 2 – 4 недели до и в течение 30 – 60 дней после освобождения из ИТУ. Хотя, как замечает автор, эффективных препаратов для лечения зависимости от кокаина, метамфетамина или марихуны пока что не существует, naltrexone (в США недавно разрешен к применению пролонгированный naltrexone (1 инъекция в месяц)) и асаmprosate эффективны при лечении зависимости от алкоголя и опиоидов.

В разделе “Биография” помещена статья о **Dr. J. Richard Ciccone** — профессоре психиатрии и руководителе программы “Психиатрия и право” в University of Rochester, штат Нью-Йорк. Авторы (Dr. Peirson и Dr. Jones) особо отмечают вклад Dr. Ciccone в организацию процесса аттестации американских судебных психиатров, а также его роль в принятии Американской академией психиатрии и права в 1987 г. “Этических принципов судебно-психиатрической практики”.

Раздел “Специальные статьи” полностью посвящен теме: **изоляция и физическое ограничение (фиксация) лиц с психическими расстройствами в пенитенциарных учреждениях.**

Открывает раздел “Ресурсный документ по использованию физического ограничения и изоляции при оказании психиатрической помощи в пенитенциарной системе” (Resource Document on the Use of Restraint and Seclusion in Correctional Mental Health Care), подготовленный рабочей группой Американской психиатрической ассоциации под руководством Dr. Jeffrey L. Metzner (профессор психиатрии в медицинской школе университета штата Колорадо). Документу предшествует краткий редакционный комментарий (также написанный Dr. Metzner), в котором обращается внимание на то обстоятельство, что в пенитенциарных учреждениях использование физического ограничения заключенного в случаях, когда

его поведение является результатом серьезного психического расстройства, слишком часто трактуется не как медицинская мера, но как режимное мероприятие, и пациент переводится в помещение камерного типа или штрафной изолятор. Оба не приспособлены для содержания заключенных с острой и выраженной психической патологией (отсутствует необходимая терапевтическая среда, ограничен доступ медицинского персонала, невозможно осуществлять постоянное медицинское наблюдение и проводить эффективное лечение, сама атмосфера ШИЗО и ПКТ способствует эскалации психического расстройства). Однако даже в тех случаях, когда стеснение пациента рассматривается как необходимое психиатрическое мероприятие, медицинский персонал пенитенциарных учреждений (в отличие от учреждений органов здравоохранения) не имеет руководящего документа, который бы устанавливал стандартные процедуры для обеспечения безопасности пациента и персонала и стандарты медицинской помощи заключенному, в отношении которого такие меры применяются. В связи с этим подчеркивается важность предлагаемого документа.

Авторы Ресурсного документа отмечают, что, несмотря на существующую тенденцию ограничить использование изоляции и физического стеснения при оказании психиатрической помощи и формировать культуру партнерства с пациентом, характер тяжелого психического расстройства таков, что данные меры не могут быть устранены полностью. Важным, с точки зрения авторов, является четкое понимание психиатрическим персоналом следующего обстоятельства: в случаях, когда это клинически необходимо для безопасности пациента и окружающих, использование изоляции и физического ограничения разрешено и не может быть отменено в пенитенциарных учреждениях. Если людям дают понять, что подобные методы никогда не должны использоваться или, что, прибегая к изоляции и стеснению, лица, занятые оказанием психиатрической помощи заключенным, нарушают свои обязанности, и этические нормы, психиатрический персонал будет воздерживаться от этих мер даже в тех случаях, когда они являются наилучшим выбором в существующей ситуации. Последствиями такого отказа могут стать травмы пациенту и окружающим; к тому же, если рабочее место становится опасным, трудно укомплектовать его квалифицированными работниками. Результат — неизбежное ухудшение качества лечения.

Авторы подробно рассматривают следующие вопросы: требования к помещению для изоляции и физического ограничения, периодичность осмотров пациента медперсоналом, техника удержания пациента, продолжительность фиксации, противопоказания, обучение персонала.

В качестве дополнения к документу прилагаются принятые в 1999г. стандарты для использования изо-

ляции или физического ограничения психиатрических пациентов в учреждениях здравоохранения.

В разделе “Регулярные статьи” находим работу **“Предсказание вероятности будущего сексуально-го рецидивизма: предварительные результаты калифорнийского проекта по оценке опасности сексуальных правонарушителей и перекрестная проверка достоверности Static-99”** (Predicting the Likelihood of Future Sexual Recidivism: Pilot Study Findings From a California Sex Offender Risk Project and Cross-Validation of the Static-99). Авторы: S. Sreenivasan, PhD, T. Garrick, MD, R. Norris, PhD et al.

Пользуясь информацией, имеющейся в Департаменте по исправительным делам и реабилитации штата Калифорния, авторы установили, что в период с 1 января 1989 г. по 31 декабря 1990 г. из тюрем штата освободились 5898 лиц, осужденных за сексуальные преступления. Из числа этих 5898 к 2002 г. вновь находились в местах лишения свободы или были условно досрочно освобождены и находились под наблюдением 1709. Из 1709 авторы отобрали для пилотного исследования 137 (8 %).

В настоящее время в США распространенными инструментами для оценки риска совершения сексуальных преступлений в будущем являются следующие четыре: Sex Offender Risk Assessment Guide (SORAG), the Minnesota Sex Offender Screening Tool-Revised (MnSOST-R), the Rapid Risk Assessment of Sexual Offense Recidivism (RRASOR) и Static-99. Авторы остановились на Static-99, как наиболее часто используемом.

Были сформулированы две основные задачи: идентифицировать факторы риска сексуального рецидивизма и проверить надежность Static-99.

Как следует из полученных авторами результатов, риск совершения повторных сексуальных преступлений в течение 5 лет после освобождения из пенитенциарного учреждения или снятия надзора составил 31 %, в течение 10 лет — 40 %.

По данным авторов, комбинация таких факторов, как разный тип жертв сексуальных преступлений, нарушение режима пенитенциарного учреждения или условий надзора при условно досрочном освобождении повышает вероятность предсказания сексуально-го рецидивизма с умеренной степенью точности. Надежность Static-99 оказалась ниже указанной в руководстве по использованию.

Рассматриваемая статья характеризуется полнотой и ясностью описания этапов исследования, взвешенным подходом авторов при интерпретации полученных результатов, отличным стилем изложения.

Статья Thomas Gutheil **“Распространенные ошибки при определении завещательной дееспособности”** (Common Pitfalls in the Evaluation of Testamentary Capacity) завершает раздел “Анализ и комментарии”.

Dr. Gutheil — живой классик американской судебной психиатрии, основатель программы “Психиатрия и право” в медицинском центре Гарвардского университета.

Автор обращает внимание, что судебно-психиатрическое исследование для определения способности завещателя выразить свою волю в отличие, например, от способности обвиняемого предстать перед судом, имеет некоторые специфические особенности, в частности, умерший завещатель не может быть обследован психиатром-экспертом непосредственно. Вместе с тем, человек, желающий изменить свое завещание, в ряде случаев сам запрашивает свое психиатрическое обследование непосредственно перед внесением изменений, имея в виду предотвратить в будущем возможность судебных исков, основанных на утверждениях о его неспособности в тот период времени выразить свою волю.

Как и при других видах судебно-психиатрических обследований, при СП-обследовании для решения вопроса о завещательной дееспособности речь идет об установлении соответствия — несоответствия психического состояния завещателя сформулированным законом критериям. Однако эти критерии, по замечанию автора, не способны вместить в себя сложную динамику отношений между завещателем и наследниками (кто более любим, кто больше страдал, кто получает больше, чем заслуживает, кто меньше, кто должен быть отпущен, кто — облагодетельствован, кто, наконец, просто жаден) и долго скрывающиеся семейные страхи, тайная ненависть, зависть нередко всплывают на поверхность в ходе судебного разбирательства.

Стандарт завещательной дееспособности, в сравнении, например, с таковым для вменяемости, представляется менее требовательным к уровню и качеству словесного оформления, отличаясь в деталях от штата к штату, в основе своей следуют общей формуле: завещателю необходимо знать “характер и размеры капитала и имущества; естественных наследников его/ее дара (включая реальных людей, таких как родственники и друзья, благотворительные учреждения, организации и религиозные объединения среди прочих), действительно ли получает какой-либо родственник наследство или не получает ничего; [понимать] значимость завещания, как документа, контролирующего распределение собственности после смерти завещателя” (Appelbaum PS, Gutheil TG: Clinical Handbook of Psychiatry and the Law (ed 4). Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins, 2007). Автор отмечает, что суды либерально интерпретируют указанные критерии, и даже существенно уменьшенная способность завещателя выразить свою волю, обычно, не является препятствием для признания завещания законным.

Среди факторов, способствующих неправильной оценке завещательной дееспособности, автор выделяет невнимательное отношение эксперта к презумпции

компетентности завещателя (завещатель должен рассматриваться как обладающий способностью выразить свою волю до тех пор, пока не будет доказано обратное), принятие экспертом во внимание нового или неожиданного завещания, незнание экспертом перечня имущества завещателя, переоценка значимости диагноза и структурных изменений мозга и недооценка важности функциональных критериев, приравнивание выявленных с помощью стандартизованных тестов *психических* нарушений к утрате *правовых* критериев завещательной дееспособности, неправильная оценка роли бредовых расстройств, не имеющих связи с завещанием.

По наблюдениям автора, особенно трудную задачу для эксперта представляет **ограничение “неподобающего влияния” (*undue influence*) на завещателя от *due influence*, т.е. обычного фаворитизма** и особой привязанности к определенным наследникам — явления, наблюдающегося во всех семьях. Приводимый автором пример злоупотребления влиянием — медсестра, ухаживающая за умирающим миллионером и склоняющая его, используя свое положение близости и необходимости для пациента, оформить завещание в свою пользу.

О неподобающем влиянии следует думать в тех случаях, когда один из членов семьи старается ограничить доступ других родственников к завещателю, контролирует поступление к нему писем, телефонных звонков от родных, пытается очернить других членов семьи в глазах завещателя.

В то же время, как подчеркивает автор, сам по себе факт восприимчивости завещателя к злоупотреблению влиянием, не означает, что такое злоупотребление имеет место. Автор приводит следующий пример: перед смертью завещателя, обнаруживавшего признаки деменции, его дочь активно ухаживала за ним, покупала ему продукты, выполняла его поручения, ездила с ним к нотариусу для переоформления завещания. Завещатель оставил ей значительную долю наследства. В последующем другие наследники пытались оспорить завещание, утверждая, что дочь злоупотребляла своим влиянием на отца, который, согласно экспертному заключению, был восприимчив к такому влиянию. Однако, имея в виду, что она не ограничивала доступ других родственников к завещателю, не препятствовала их телефонным разговорам и переписке с ним, и нотариус также не отмечал признаков злоупотребления влиянием с ее стороны, факт неподобающего влияния дочери на завещателя не мог быть доказан. Известное в семье обстоятельство, что завещатель любил дочь больше других членов семьи, могло бы рассматриваться как естественное влияние.

В случае прижизненного обследования завещателя автор обращает внимание на две наиболее часто допускаемые экспертом ошибки: (1) невнимание к презумпции компетентности завещателя и (2) неполучение независимой информации (от адвоката или

бухгалтера завещателя) о действительном размере денежных средств и имущества завещателя.

При посмертной экспертизе психиатру приходится полагаться почти исключительно на коллатеральную информацию, которая, как отмечает автор, может исходить от чрезвычайно предвзятых и заинтересованных в исходе судебного дела лиц и требовать экстраполяции и перекрестной проверки. Такая информация, получаемая не в результате непосредственного обследования завещателя экспертом, может неправильно интерпретироваться неопытным экспертом. Автор выделяет при этом три наиболее распространенные экспертные ошибки: (1) переоценка роли диагноза, наряду с недооценкой функциональной способности завещателя, (2) неправильное применение результатов когнитивных тестов, (3) неправильная трактовка роли бредовых расстройств.

Говоря о (1), автор подчеркивает, что функциональная способность завещателя имеет несравненно большее значение, чем диагноз и приводит пример страдавшей шизофренией завещательницы, которая, несмотря на то, что временами вела жизнь уличной бездомной, имела явную финансовую сметку. После ее смерти в ее квартире наряду с множеством бумажных мешочков с фекалиями было обнаружено множество таких же мешочков с деньгами. Незадолго до смерти она составила список принадлежавшего ей имущества (несколько сдаваемых в аренду домов) и подготовила с юристом свое завещание. Эксперт со стороны наследников пришел к заключению, что, поскольку завещательница страдала хронической шизофренией, у нее отсутствовала способность выразить свою волю.

По замечанию автора, эксперт в данном случае переоценил значение диагноза и не уделил должного внимания оценке уровня психического функционирования завещательницы.

Что касается (2), то автор приводит пример, где завещатель незадолго до оформления завещания подвергался неврологическому и психологическому исследованиям, выявившим у него некоторые нарушения. Акцентируя эти нарушения, эксперт со стороны наследников настаивал на неспособности завещателя выразить свою волю, хотя нарушения, о которых идет речь, не имели отношения к критериям завещательной дееспособности. По замечанию автора, они могли бы иметь значение для решения вопроса о наличии у завещателя повышенной восприимчивости к неподобающему влиянию, однако, такой вопрос в данном случае не стоял.

Автор иллюстрирует (3) примером, в котором богатая завещательница с бредовыми идеями отравления в отношении невестки оставила своему сыну лишь небольшую часть своего состояния (основная часть передавалась местному университету). Сын оспорил завещание в суде. Эксперт с его стороны свидетельствовал о наличии у завещательницы в период

оформления ею завещания бредовых расстройств, лишивших ее способности выразить свою волю. Анализируя данный случай, автор обращает внимание, что факт оставления части денег сыну свидетельствовал о понимании завещательницей, что ее сын является ее наследником. Бредовые идеи в отношении невестки не влияли ни на осознание завещательницей факта, что у нее есть сын, которому она завещает некоторую (хотя и не столь большую, в сравнении с той, на которую рассчитывал сын) часть состояния, ни на понимание ею сути завещания.

Завещатели, как отмечает автор, часто оставляют каждому из неприятных им или нелюбимых ими наследников по одному доллару, т.к. не оставить ничего — создать возможность оспорить завещание, основываясь на утверждении о незнании завещателем о существовании естественных наследников.

Как пишет автор: “Возможность наказать и отомстить наследникам по различным поводам, справедливо или несправедливо, считается одной из великолепных возможностей, предоставляемых завещанием. Частично поэтому должна быть дана широкая свобода правомочному выбору или даже осознаваемым прихотям завещателя”.

В разделе “Правовой дайджест” помещено сообщение Dr. Michael Harlow (университет Южной Дакоты) и Dr. Charles Scott (университет Калифорнии в Сакраменто) “**Плетизмография пениса у осужденных сексуальных правонарушителей**”.

В мае 2001 г. г-н Weber сдал свой компьютер в ремонт. Осуществлявший ремонт мастер обнаружил на жестком диске компьютера несколько порнографических фотографий детей и сообщил об этом в ФБР. Агенты ФБР изъяли компьютер и допросили Weber, который заявил, что не знал о существовании данных фотографий.

При более детальном исследовании жесткого диска компьютера Weber, на нем были обнаружены сотни подобных фотографий. Кроме того, у Weber был найден второй компьютер, содержащий детскую порнографию. Weber признал себя виновным в хранении детской порнографии и был приговорен к 27 месяцам лишения свободы и 3 годам надзора после освобождения. Освободившись по отбытии срока наказания, он стал посещать специальную амбулаторную лечебную программу для сексуальных правонарушителей, что являлось одним из обязательных элементов трехлетнего контроля его состояния. От Weber также требовалось периодически подвергаться тем видам психологического тестирования, которые посчитает необходимым надзирающее за ним должностное лицо, а также плетизмографии пениса (ПП). Американские программы лечения сексуальных правонарушителей широко используют ПП, а суды часто устанавливают ПП в качестве одного из компонентов контроля этой категории лиц, освобождающихся из мест лишения свободы. ПП позволяет оценивать уровень сексуаль-

ного возбуждения мужчины и используется, наряду с исследованием на полиграфе и с помощью теста Abel (психологический тест для оценки наличия полового влечения взрослого к детям, применяется в США с середины 1990-х гг.), для оценки риска повторных сексуальных правонарушений. При ПП на penis пациента надевается чувствительное к давлению устройство, после чего демонстрируется серия сексуально стимулирующих изображений и измеряется степень эректильных реакций.

Weber обратился в Апелляционный суд 9 округа, утверждая, ПП представляет собой необоснованное и ненужное лишение свободы и просил суд отменить ПП в качестве обязательного элемента надзора.

Суд решил, что ПП является необоснованным и ненужным лишением Weber его свободы (U.S. v. Weber, 451 F.3d 552(9th Cir. 2006)). Сравнив ПП с процедурой из известного романа Джорджа Оруэлла, апелляционный суд указал, что хотя суду первой инстанции дана возможность широкого усмотрения при установлении условий надзора, эти условия являются обоснованными только тогда, когда они направлены на удержание правонарушителя от совершения преступлений в будущем, защиты окружающих и реабилитации правонарушителя. По мнению суда, ПП представляет собой агрессивную процедуру, вторгающуюся в сферу основных прав человека. Авторы цитируют слова судьи Noonan: “Совершая преступление и подвергаясь за это осуждению, человек не перестает быть человеком” и осужденный не является просто инструментом государства, которым оно манипулирует для достижения целей наказания.

Отменив решение суда первой инстанции об условиях освобождения Weber, и отметив, что приводимая в научной литературе степень точности ПП является низкой, и что надежность теста вызывает сомнения в научном сообществе, Апелляционный суд 9 округа в то же время указал, что ПП может являться требуемым условием надзора за освобожденным из пенитенциарного учреждения в том случае, когда имеется доказательство, что точность ПП превышает точность менее вторгающихся в сферу прав человека процедур, таких как полиграф или Abel тест.

В качестве приложения к JAAPL, 2007, #4 вышло 72 страничное **практическое руководство по судебнопсихиатрическому исследованию способности предстать перед судом**, подготовленное коллективом авторов из 12 человек, среди которых находим и частнопрактикующих психиатров, и психиатров, работающих в общественном секторе, и известных университетских профессоров, таких как Howard Zonana и Debra Pinals. Руководство было рассмотрено и одобрено Советом Американской академии психиатрии и права 17 октября 2007г. и отражает консенсус среди членов AAPL и экспертов в отношении принципов и практики проведения исследования способности испытуемого предстать перед судом (СППС). Оно со-

стоит из 12 глав, охватывающих основные положения теории СППС, наиболее важные судебные решения, устанавливающие формулировку стандарта СППС, бремя и стандарт доказательства СППС, а также такие темы, как расстройство личности и СППС, СППС обвиняемых с нарушениями слуха, амнезия и СППС, симулятивное поведение и СППС, взаимоотношения между психиатром-экспертом и сторонами, этические вопросы экспертизы СППС, СППС и культуральные факторы, особенности обследования испытуемого при оценке СППС, правила использования коллатеральной информации об испытуемом, наиболее распространенные психологические инструменты для оценки СППС, вопросы, относящиеся к формулировке экспертного заключения, составные элементы акта судебно-психиатрической экспертизы, СППС несовершеннолетних, восстановление СППС. Руководство снабжено также большой сводной таблицей, отражающей ключевые положения, относящиеся к экспертизе СППС в каждом из 50 штатов и федеральном округе Колумбия.

Я не стану останавливаться на базовых положениях экспертизы СППС в США — интересующиеся коллеги могут ознакомиться с ними в НПЖ, 2004, № 2 стр. 59 – 67. Я также не буду рассматривать сейчас интересный и важный вопрос, касающийся экспертизы СППС несовершеннолетних, надеюсь в будущем обсудить его подробнее в отдельной статье. Пока что очень кратко рассмотрю лишь то, чего нет в публикации в НПЖ, а именно: темы, относящиеся к этическим и культуральным аспектам экспертизы СППС.

Авторы отмечают, что гиппократовская традиция в медицинской этике устанавливает для врача две первостепенные обязанности: оказание помощи больному и непричинение зла. В соответствии с этим, по мнению авторов, психиатр, оценивающий СППС обвиняемого, может рассматриваться как делающий добро испытуемому, т.к. защищает его от суда и обвинения в тех случаях, когда последний по своему психическому состоянию не может помочь своему адвокату или разумно участвовать в осуществлении своей защиты. В других случаях, заключение о способности предстать перед судом дает ему возможность участвовать в суде и шанс быть оправданным. Вместе с тем, продолжают авторы, действия психиатра при экспертизе СППС часто вступают в конфликт с традиционными гиппократовскими обязанностями, т.к. психиатрическое заключение, подтверждающее наличие у обвиняемого СППС, открывает дорогу суду для признания его виновным и наказания. В то же время, как отмечают авторы, в большинстве случаев между психиатром-экспертом и испытуемым отсутствуют отношения врач — пациент, что дает основание полагать, что гиппократовские обязанности в данной ситуации, если и существуют вообще, не являются приоритетными, т.к. здесь психиатр действует в качестве медико-правового эксперта, а потому

первостепенной его задачей становится не помощь больному и облегчение страданий, но правдивость и объективность экспертных оценок. Этический кодекс американской медицинской ассоциации признает, что врач обязан “помогать в отправлении правосудия” (п. E-9.07).

Авторы подробно останавливаются на этических проблемах, возникающих в случае, когда лечащий психиатр вынужден принимать на себя роль судебного психиатра. Такого рода проблемы нередко возникают в психиатрических больницах, управляемых штатами: законы часто устанавливают, что и больница, и врачи должны одновременно предоставлять лечение, осуществлять восстановление СППС и производить оценку СППС. Как замечают авторы, попытки психиатров совмещать эти множественные функции нередко ведут к этическому конфликту обязанностей. Как лечащие врачи, психиатры обязаны действовать в интересах своих пациентов, в то же самое время от них требуется предоставлять суду информацию и заключения, которые могут входить в противоречие с представлениями пациента о своих интересах.

В тех юрисдикциях, где суды требуют, чтобы заключение о СППС давал лечащий психиатр пациента, авторы рекомендуют психиатрам перед началом лечения пациента с целью восстановления его СППС информировать его о “двойственности” своих обязанностей.

Психиатры должны стремиться к честности и объективности настолько, насколько это возможно. Однако, как указывают авторы, психиатр, будучи “нанят” стороной защиты или обвинения, может ощущать определенное давление со стороны “нанимателя”. Такое давление может проявляться, в частности, в виде высказываний нанимателя о том, каким должно быть “полезное” для него заключение, в сокрытии части информации, чрезмерной лести в общении с психиатром, завуалированном предложении взятки и т.п.

В подобных случаях эксперт должен быть особенно внимателен, понимая, что результатом чрезмерного желания удовлетворить пригласившую (и, следовательно, оплачивающую его работу) сторону может явиться предвзятость и необъективность психиатрического заключения.

Как отмечают авторы, несмотря на все усилия оставаться объективными, психиатры — люди и не могут быть полностью свободны от пристрастий и предвзятости. Один из важных источников предвзятости, идентифицированный в профессиональной литературе — ситуация, когда психиатр принимает приглашения проводить экспертизу СППС только от одной из сторон. В связи с этим авторы рекомендуют психиатрам соблюдать баланс, чередуя работу для обвинения с работой для защиты.

“Контрперенос” или “противоперенос” (См. подробнее НПЖ, 2007, № 3, стр. 29 – 30) также может являться источником предвзятости. Обсуждение случаев с коллегами, вдумчивый анализ психиатром сво-

их собственных реакций в отношении испытуемого помогают избежать искажающего влияния противопереноса на результаты экспертизы.

Говоря о культуральном контексте СППС, авторы подчеркивают, что СППС не является исключительно правовой концепцией или исключительно психической способностью, которую обвиняемый может утратить, но несет в себе культуральную составляющую, определенный “набор” культурных ценностей. Например, как пишут авторы, с точки зрения доминирующей культуры, к которой принадлежат большинство американских психиатров, уголовный процесс в США представляется достаточно (хотя и далеко не идеально) справедливым. **Гарантированная состоятельность сторон** дает обвиняемому реальную возможность оспаривать обвинения, противостоять им и защищать себя и свое достоинство. Авторы указывают, что в соответствии с англо-американской правовой традицией и фундаментальными представлениями американской культуры защита от уголовного наказания является не вызовом доминирующим социальным ценностям, но утверждением этих ценностей. Обвиняемый, прибегая к защите от уголовного наказания, не подрывает, но утверждает и укрепляет существующую в США систему нравственных и культуральных ценностей, которая имеет целью создание наиболее благоприятных условия для самовыражения человека путем свободного высказывания своего мнения, словесного противодействия своим оппонентам и в соответствии с которой власть государства должна быть ограниченной и подконтрольной людям в нем живущим.

Авторы обращают внимание на то обстоятельство, что вещи, воспринимаемые американскими психиатрами, как само собой разумеющиеся, могут представляться странными для людей, приехавших в США из мест, где послушание и почитание властей является нормой. Тем, кто приезжает в Америку из стран, где правительство подавляет свободу и коррумпировано, бывает трудно поверить, что власти могут проявлять о них заботу. Они могут, например, с подозрением относиться к назначенному им судом адвокату, рассматривая его как представителя власти.

Культура не существует в вакууме. Она проявляет себя в определенной окружающей среде и стимулируется психологическими факторами и специфическими обстоятельствами. Понимание системы ценностей и моральных правил, существующих в культуре, к которой принадлежит испытуемый, может помочь психиатру правильно объяснить особенности поведения

обвиняемого. Например, в Соединенных Штатах представители среднего класса, обычно, в ответ на прямой взгляд в глаза незнакомого им человека, улыбаются и кивают или дружелюбно машут рукой, тогда как в ряде других стран, (в т.ч. и в России), прямой взгляд в глаза незнакомому человеку часто воспринимается им как вызов.

В ситуации, когда и психиатр, и испытуемый принадлежат к одному этническому меньшинству, испытуемый, как отмечают авторы, может иногда чрезмерно отождествлять себя с психиатром и, в результате, раскрыть информацию, которую он бы никогда не раскрыл в других обстоятельствах. И наоборот, некоторые психиатры также могут излишне отождествлять себя с испытуемыми, что может вести к необъективности психиатрических заключений.

В случае, когда испытуемый недостаточно знает язык, психиатр вынужден прибегать к услугам переводчика. По мнению авторов, с появлением третьего человека, процесс взаимодействия психиатра и испытуемого может нарушаться. Переводчик, как всякий человек, имеет свои собственные пристрастия, предвзятости, которые могут проявляться в виде, например, незаметного для него самого усиления в процессе перевода одних нюансов значения слов и игнорирования других, что может исказить смысл переводимого материала.

Авторы призывают также к особой осторожности при интерпретации результатов психологического тестирования испытуемых, не принадлежащих к доминирующей в обществе культуре, имея в виду, что используемые психологические инструменты часто либо вообще не адаптированы, либо неадекватно адаптированы для обследования представителей культурных меньшинств.

Я солидарен с профессором W. Lawrence Fitch из университета штата Мериленд в его оценке Руководства (помещена в разделе “Анализ и комментарии” JAAPL, 2007, #4) как “в высшей степени всестороннего и полного документа”, материал которого тщательно проанализирован авторами и ясно представлен, и “каждому профессионалу в области психического здоровья, будь то психиатр, психолог или социальный работник, следует прочитать и держать под рукой Практическое руководство по судебнопсихиатрической оценке способности предстать перед судом [подготовленное и изданное Американской академией психиатрии и права]”.

В. В. Мотов (Тамбов)

ПСИХОТЕРАПИЯ

О посветлении качества духовной жизни больных шубообразной шизофренией вне шуба

М. Е. Бурно

Применяя отечественный метод “Терапия творческим самовыражением” возможно психотерапевтически воспитать, сформировать более или менее выраженное состояние здорового вдохновения даже у тяжелых больных шубообразной шизофренией в их неполной ремиссии (параноидная шизофрения с приступообразно-прогредиентным течением и нарастающим дефектом — F.20.0.Ч1). Эти больные обычно страдают — вне острой психотики (вне шуба) — тягостными депрессивно-дефензивными, неврозоподобными расстройствами, получают стандарт психотропных препаратов, приглушающих эти расстройства, предупреждающих остропсихотические всплески. Однако пациенты нередко объясняют свою, как они говорят, “напряженно-апатическую животность существования” и этим “грузом необходимых лекарств” тоже, а то и в первую голову. Упомянутая выше психотерапевтическая помощь заметно повышает, посветляет качество духовной жизни больных, смягчает переживание “бессмысленности существования”, помогая “выжить”. Такая методически разработанная психотерапевтическая “добавка” может и сама по себе служить дополнительным стандартом к лекарственному лечению указанных больных.

Самые тяжелые пациенты в нашей кафедрально-диспансерной психотерапевтической амбулатории (кафедра психотерапии РМАПО + наркологический диспансер № 1, Москва) с давних пор — это, языком школы Снежневского, больные шубообразной шизофренией, притом довольно тяжелые. Их множество. Вне острой психотики (шуба) они лечатся в психоневрологических диспансерах стандартом лекарств. Некоторые из них, по направлению диспансера, одновременно получают у нас специальную бесплатную психотерапевтическую помощь.

Отзвучавший остропсихотический ураган шуба обычно оставляет после себя приглушенный страх того, *иного*, чужого, зловеще-искаженного, мира, безнадежно отделенного от нашей реальности “толщенным стеклом” (слова пациента). Даже если содержанием шуба была не депрессивно-параноидная с “оголенными нервами” погоня, а маниакальное сверхсчастье или парафренная торжественная радость избранности, то все равно нередко тяжело вспоминать себя “беспомощным животным” или “овощем” от пропитанности большими дозами психотропных препаратов в больнице. Да, вся эта жуть подспудно присутствует в душе больного в его внешубной, уже не остропсихотической, тревожно-апатической депрессивности, неврозоподобности. А зловещее, шубное, остропсихотическое инобытие или тягостные воспоминания о “лекарственной животности” могут по временам проклевываться сквозь все это, тягостно пугая. Поэтому подобные тяжелые больные обычно не отказываются от многолетнего ле-

карственного лечения. Они получают вне шуба, во многих случаях необходимую здесь, медикаментозную стандартную профилактическую терапию, предупреждающую рецидивы, удлиняющую ремиссию. Известно, что это лекарственное приглушение, приглушение страдания, проклевывающейся психотики охватывает и остальную душевную, духовную жизнь человека. Подавляющее большинство этих больных — инвалиды.

Сравнительно немногие российские шубообразные пациенты почитают общую медикаментозную приглушенность души за желанный комфорт. В России довольно много сложных душой, тяжело дефензивных вне шуба, больных шубообразной шизофренией с переживанием своей неполноценности-несостоятельности. Они чувствуют себя в этой приглушенности еще более неполноценными, еще больше бессмысленности, несамособойности. И утверждают, что лекарства, смягчая, например, острую душевную боль, не способны осветить душу смыслом, что “лекарства — еще не выход из положения”. В недавней телевизионной передаче (“Профессия — репортер”, 29 сентября 2007 г.) хронические депрессивные больные говорили об этом с экрана. Один из них сказал, что для того, чтобы отошла депрессия с бессмысленностью существования, надо научиться радоваться каждому цветку, полюбить его. Но как научиться? Пациенты не раз рассказывали мне, что, когда говорили подобное своему психофармакотерапевту, тот охотно соглашался и советовал отправиться в лес, в поле, фотографировать природу, слушать музыку,

рисовать и т.п. Но просто советы мало помогали. Природа, искусство не проникали в “застывшую серую душу”. Повысить, осветить душевное, духовное качество жизни шубообразных апатически-депрессивных больных вне шуба, по нашему многолетнему опыту, может Терапия творческим самовыражением (ТТС) в своих разнообразных формах. Но это не советы, а специальные трудоемкие душевно теплые психотерапевтические занятия с пациентами — индивидуальные и уютно-групповые, с чаем, слайдами, музыкой, с домашними заданиями (в том числе, и по нашим психотерапевтическим пособиям (Капустин А. А., 2003; Бурно М. Е., 2005)¹. Клинико-психотерапевтический театр-сообщество — особенно для одиноких больных.

Терапия творческим самовыражением — не арт-терапия, не экзистенциально-гуманистический подход, а самобытный отечественный клинико-психотерапевтический метод. Ему (в своем уже сложившемся виде) более 20-ти лет. Существо метода и состоит в том, что помогаем пациентам с психопатической дефензивностью, но в последние годы, прежде всего, хроническим тревожно-депрессивным пациентам (в том числе, довольно тяжелым) с переживанием своей душевной несобранности, раздраженности, неопределенности, бессмысленности существования, несостоятельности, несамособойности, с обычным здесь тягостным чувством виноватости без действительной вины, — помогаем, как уже отметил выше, усиленно клинически изучить эту *свою* депрессивность-дефензивность, характерологические радикалы в разнообразном творческом самовыражении. Делается все это — с целью помочь, постигая свои душевные особенности (даже нестойкие, движущиеся, бурлящие), обрести, сообразное *своей* больной природе, *свое* целительное творческое вдохновение и в нем — *свой* смысл-цель, *свою* любовь, *свой*, по возможности, общественно-полезный путь (хотя бы тропинку) в жизни, осознать *силу* (творческую, нравственную ценность) своей *слабости*.

Как именно возникает в душе пациентов светлое, одухотворенное отношение к обычному лопуху или крапиве, к березе, бездомной дворняге, к другому человеку? Что вообще есть этот душевный свет? Это и есть *вдохновение* как радость встречи со своим неповторимым “Я”. Для верующего оно есть песчинка изначального, вечного Божественного Духа, для не способного поверить — свечение своего природного неповторимого “Я”. Вдохновение, как убедился с

годами, способно осветить пациента изнутри — даже сквозь каменно-депрессивную напряженность с медукаментозной приглушенностью, даже сквозь лекарственный патоморфоз.

Простейший способ в ТТС хотя бы немного, слегка ощутить свое “Я” — это сравнить работой своей души пейзаж Куинджи и пейзаж Шишкина, Герань и Бегонию в горшках на подоконнике, два известных музыкальных мотива, созданных композиторами с разными характерами. Ведь сравниваем мы только *своим* “Я” (что мне ближе, созвучнее?). Вот “Я” (Индивидуальность) и ужило, засветилось в своей работе сравнения. Можно, конечно, и усиленно-подробно изучать в бесконечном творческом самовыражении, погружаясь при этом в патографию, сравнивая свои особенности с особенностями известных творческих людей, — изучать природу своего “Я” (свой характер, картину стойкой сложной депрессии), чтобы яснее стало — кто же ты, каковы твои собственные творческие особенности. Дабы, отправляясь от них, по возможности, скорее и увереннее прийти к неповторимому себе с той, хотя бы малой, радостью, которая есть вдохновение, а в нем (можно, пожалуй, и с большой буквой) — Любовь и Смысл. Подробности — во многих публикациях о ТТС (Бурно М. Е., Добролюбова Е. А. (ред.), 2003; Капустин А. А., 2003; Бурно М. Е., 2005, 2006; Канарш Г. Ю., 2005; Павловский А. Б., 2005).

ТТС для тяжелых психиатрических больных, конечно же, есть специальное психотерапевтическое “прибавление” к стандарту лекарственного лечения. Это, думается, существенное, освещающее душу страдающего человека, “прибавление” может осуществляться психотерапевтами, клиническими психологами, специалистами по социальной работе (в том числе клубной) в психоневрологическом диспансере, в группах поддержки, сообществах больных, в “отделениях внебольничной реабилитации”, в “различных вариантах жилья под защитой” и т.п. (см. о “новых, альтернативных госпитализации, формах помощи” — Гурович И. Я., 2007). Мы убедились за долгие годы психиатрически-психотерапевтической работы в том, что указанное “прибавление” нередко по-своему, усиливает действие некоторых психотропных препаратов именно тем, что поднимает духовное качество жизни. Во всяком случае, благодаря воспитанному нашими способами усиленному творческому вдохновению, хотя бы зыбкому, неверному свету в душе, пациенту становится легче выживать (в том числе, со своим лекарственным пожизненным “грузом”). Указанные тяжелые пациенты, несомненно, с пользой для себя тянутся к этой помощи. Например, пациентка говорит мне: “Простите меня за то, что все молчу в нашей уютной гостиной, только чай пью. Но мне и так хорошо, светло и потом хорошо тоже. Не прогоняйте меня из группы”. Другой пациент, более сложный своим размышлением, внимательно изучающий наши

¹ В отличие от “психообразования больных шизофренией” (Краснов В. Н., Гурович И. Я., Мосолов С. Н., Шмуклер А. Б. (ред.), 2007, с. 37 – 38) изучение с пациентами душевных особенностей, расстройств в ТТС происходит в творческом самовыражении и, прежде всего, для того, чтобы попытаться вдохновенно-творчески выразить себя сообразно этим своим особенностям, расстройствам, постичь свои творческие, нравственные ценности.

пособия, невольно услышав эту просьбу, поясняет: “Это у тебя здесь у нас смягчается апатия с напряженностью, расходишься душой в своей заторможенности, себя собой больше чувствуешь”.

Повышение (посветление) качества духовной жизни с помощью ТТС, смею думать, практически неотделимо от собственно лечения и само по себе видится в составе лечения *необходимым дополнительным психотерапевтическим стандартом*. Без него одно лишь лекарственное лечение представляется и неполным и не гуманным.

Затрудняюсь сказать, что еще из психотерапевтических методов способно здесь так существенно помочь осветить душу. Гипноз? Когнитивно-поведенческая психотерапия? Психоанализ? Арт-терапия? Все это, сколько могу судить, человечески, по-земному, не оживляет, не вдохновляет тяжелых пациентов, во всяком случае, так выразительно, как это происходит в ТТС с этими же больными. А что именно происходит в ТТС? Обретение особого творческого мироощущения с чувством творческой ценности своего депрессивного страдания, чувством братского единения с подобными себе и с психотерапевтами, способностью научиться довольствоваться и искрами творческого вдохновения — для выживания в тяжелой болезни. Но, конечно, чтобы убедиться в этом своеобразном терапевтическом улучшении, надо почувствовать и продумать ТТС изнутри в живой практической работе, в терпеливом изучении ТТС — в течение месяцев и лет. Мое собственное убеждение основано на многолетнем клинико-психотерапевтическом опыте.

В заключение — теплая благодарность психотерапевтам нашей кафедрально-диспансерной амбулатории,

работающим с пациентами сегодня, вместе со мной, в ТТС: Ольге Андреевне Островской, Елизавете Юльевне Будницкой, Любове Александровне Тарасенко, Инне Владимировне Долгушиной, Татьяне Эдуардовне Капустиной, Анне Станиславовне Иговской, Инге Юрьевне Калмыковой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением. Изд-е 3-е, испр. и доп. — М.: Академический Проект, 2006. — 432 с. : ил.
2. Бурно М. Е. Клиническая психотерапия. Изд-е 2-е, доп. и перераб. — М.: Академический Проект; Деловая книга, 2006. — 800 с.
3. Бурно М. Е. О характерах людей (психотерапевтическая книга). — М.: Академический Проект, 2005. — 608 с., ил.
4. Бурно М. Е., Добролюбова Е. А. (ред.). Практическое руководство по Терапии творческим самовыражением. — М.: Академический проект, ОППЛ, 2003. — 880 с., ил.
5. Гурович И. Я. Разработка новых форм психиатрической помощи — актуальный результат взаимодействия науки и практики // Материалы Российской конференции: Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии / Под ред. В. Н. Краснова. — М.: ФГУ “Московский НИИ психиатрии Росздрава”, РОП, 2007. — С. 423 – 424.
6. Канари Г. Ю. Особенности поиска смысла в мире полифониста и аутиста (К занятиям терапией творческим самовыражением) // Психотерапия. — 2005. — № 8. — С. 49 – 51.
7. Капустин А. А. О логике психотического бреда: Учебно-методическое пособие для психотерапевтов и пациентов. — М.: Российское общество медиков-литераторов, 2003. — 51 с.
8. Краснов В. Н., Гурович И. Я., Мосолов С. Н., Шмуклер А. Б. (ред.) Психиатрическая помощь больным шизофренией: Клиническое руководство. — М.: ИЗД. “МЕДПРАКТИКА-М”, 2007. — 260 с.
9. Павловский А. Б. Целесообразность занятий терапией творческим самовыражением с душевнобольными с дефектными состояниями // Психотерапия. — 2005. — № 8. — С. 36 – 37.

К 140-летию

Малоизвестные архивные источники о Н. В. Краинском (Забывшие страницы истории психиатрии)

И. И. Щиголев¹

Личность Николая Васильевича Краинского попала в поле исследовательской деятельности в период исследования автором “Ретроспективы психических эпидемий в России” в 1992 году.

Уже будучи доктором медицины, Н. В. Краинский заинтересовался таким “явлением русской народной жизни” как кликушество и бесноватость. К этому времени подобные явления в виде психических эпидемий широко распространились по всей территории России, Украины и Белоруссии. Имеются и в современном обществе явления массовых истерий — Чечня, Япония и другие регионы мира.

Интересно, что Петр I в своем приказе 1715 года, клеймя веру в порчу как суеверие, в воинском уставе 1716 года сохранил такой артикул: “Если кто из воинов будет чернокнижник, заговорщик ружья и богохульный чародей, то наказывать его шпицрутенами и заключением в железы или сожжением”.

Н. В. Краинский (1869 – 1951) — известный отечественный психиатр, окончивший в 1893 году медицинский факультет Харьковского университета [1]. В Харькове обязательное преподавание психиатрии началось с 1877 года, когда приват-доцентом по кафедре нервных и душевных болезней был избран П. И. Ковалевский (1849 – 1923) [3]. По окончании курса обучения Н. В. Краинский принят в его клинику. Клинические демонстрации производились вначале в губернской земской больнице, а впоследствии в частной лечебнице И. Я. Платонова, где была организована лаборатория и создано, в пределах возможного, все необходимое для наиболее успешного преподавания. В Харькове начал выходить первый русский психиатрический журнал: “Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии”, который издавал-



ся до 1896 года профессором П. И. Ковалевским. Учениками П. И. Ковалевского были многие известные отечественные психиатры, к числу которых относился Н. В. Краинский.

Успешно занимаясь лабораторными исследованиями в клинике П. И. Ковалевского, ученый первый в истории психиатрии, обосновал токсическую теорию эпилепсии и показал, что токсическим веществом, образующимся в организме пациента, является карбоминовокислый аммоний. Это положение получило дальнейшее подтверждение в работах советского психиатра И. Ф. Случевского.

Имея за спиной научный багаж знаний, Н. В. Краинский принял решение заняться практической работой, как в области клинической психиатрии, так и организационной. В 1896 году ученый занимает место старшего врача Харьковской психиатрической больницы, где на основании своих исследований защитил диссертацию на степень доктора наук.

За эту научную работу Н. В. Краинский получил премию Брюссельской Академии наук. Параллельно с научными исследованиями ученый вносил предложения и принимал решения по созданию условий нестеснения больных и уменьшения скученности в отделениях. Советовался с маститыми российскими психиатрами-организаторами — Н. Н. Баженовым, П. И. Якобием, В. И. Яковенко и др.

Анализируя организационную работу Н. В. Краинского в деле помощи душевнобольным, С. С. Корсаков писал: “Нужно рассчитывать, что число психически больных, которых должно будет призывать Харьковское губернское земство, будет очень велико. Если теперь оно призывает 600, то в недалеком будущем число это перерастет 1000. Я считаю ввиду этого, что Харьковское земство принужденно будет иметь, по крайней мере, две больницы, одну из коих можно иметь вблизи центра, хотя бы на Сабуровой даче; дру-

¹ Брянская областная психиатрическая больница № 4, главный врач, д. м. н.

гую надо построить где-либо в глубине губернии. Само собой разумеется, что и в той, и в другой лечебнице будут и острые, и хронические, и беспокойные, и спокойные, и способные к труду, и неспособные. В хорошей больнице, хотя бы и по типу колонии, должна быть вполне организованная лечебница с обычными дорожными приспособлениями”.

Н. В. Краинский полагал, что “для устранения переполнения, надо, прежде всего, повысить процент выздоровлений путем правильного лечения острых форм в специально приспособленной лечебнице и удешевить содержание хроников, развивая работы, которые приносят доход, и расширяя пансионаты для платных больных. Устройство колоний удешевленного типа только для хроников и оставление лечебного дела на Сабуровой даче с выводом оттуда соматических отделений являются средством для этого”. Н. В. Краинский при том предложил заманчивую комбинацию — соединить в одном здании, на которое, по его сметам, нужно было бы около 200 000 рублей, лечебницы для острых больных на 120 человек и пансионат на 80 человек, причем плата за пансионеров не только “должна была окупить содержание лечебницы, но и давать доход”. Кроме того, врачебный совет категорически высказался против предполагавшегося Н. Н. Баженовым устройства патронажа, признав “не выдерживающим критики этот способ призрания душевнобольных”. План здания лечебницы, составленный Н. В. Краинским, был одобрен и С. С. Корсаковым при его посещении Харькова летом 1897 года.

В эти же годы были уничтожены все оставшиеся меры стеснения. Впрочем, в Харьковской больнице цепи были уничтожены в 1871 году, горячая рубашка окончательно изъята Н. В. Краинским с 1897 года, а изоляторы уничтожены (с них везде сняты двери) П. И. Якобием в 1904 году.

В Харьковской больнице Н. В. Краинский проработал до 1899 года. Имея достаточный организационный опыт, ученый приглашается для работы в Нижний Новгород в психиатрическую больницу Колмово [8].

Систематического плана устройства колонии Новгородское земство так и не составило. Однако во главе Колмова один за другим стояли энергичные психиатры: в 1870 – 1875 годах Андриоли, в 1875 – 1883 годах Б. А. Шпаковский, в 1884 – 1899 годах Б. Н. Синани, в 1899 – 1903 годах Н. В. Краинский, в 1905 – 1906 годах М. С. Морозов, в 1906 – 1912 годах А. А. Фридкен.

В памятной книжке по Новгородской губернии за 1901 год проходит Н. В. Краинский — коллежский ассессор, врач, заведующий Колмовским заведением для душевнобольных. Также он являлся на 1901 год заступающим на место председателя Новгородского общества любителей музыкального и драматического искусства [6]. Ученый великолепно владел некоторыми музыкальными инструментами. Как видно наряду

с клинической и научной психиатрией Н. В. Краинский глубоко интересовался искусством.

В 1902 году ученый получил премию Нью-Йоркского Общества психиатров по изучению эпилепсии. Несколько позже в 1914 году Н. В. Краинский получит премию имени О. Мочутковского за выход в свет работы под названием “Энергетика нервного процесса”.

В Вильнюсском государственном архиве, были выявлены достаточно интересные факты из жизни ученого, который заботился о содержании заключенных, в том числе и несовершеннолетних.

Приступив к работе в Виленской (в современной транскрипции Вильнюсской) окружной психиатрической больнице в 1903 году, Н. В. Краинский проводит научные заседания врачей по клиническому разбору как заболеваний так и историй болезни. Об этом ученый пишет: “Господину Виленскому Губернатору 16 декабря 1903 года” ученый сообщает: “согласно личного приказания Вашего Сиятельства, при сем имею честь представить истории болезни находящихся на излечении во вверенной мне лечебнице больных: Михаила Павловича, Осипа Красинца, Янкеля Мойзель и Шимеля Гинзбурга — разобранных 16-го декабря с.г. в заседании Совета врачей больницы. Подпись — Директор Н. Краинский” [6].

Виленская психиатрическая больница, имеющая статус окружной, проводила в том числе судебно-психиатрические экспертизы на наличие вменяемости пациентов.

В одном из ответов в адрес Виленского губернского врачебного инспектора 18 февраля 1904 года Н. В. Краинский сообщал: “На основании 14 Положения о Виленской окружной лечебнице, имею честь уведомить Ваше Высокоблагородие, что 18-го сего февраля месяца Витебским Губернским Правлением при отношении от 28 ноября 1903 года за № 4484 доставлена на испытание на шесть недель Ядвига Владиславовна Глинская” [5].

Подобные функции продолжает выполнять в настоящее время Вильнюсская республиканская психиатрическая больница.

Далее в октябре 1904 года Н. В. Краинский сообщал, что в больнице находится 229 пациентов Виленской губернии [5].

Проводя судебно-психиатрические экспертизы заключенным, Н. В. Краинский интересовался условиями содержания своих будущих потенциальных пациентов. В связи с чем, 30 августа 1903 года обратился к Вице-президенту Виленского комитета Общества Попечительного о тюрьмах: “Сочувствуя целям Общества и желая быть полезным по мере моих сил, я покорнейше прошу Ваше Сиятельство ходатайствовать Высочайшее его Императорского Величества соизволения на утверждение меня в звании Директора Виленского Губернского тюремного комитета, состоящего под Вашим Председательством” [4]. При этом давал обязательство об уплате ежегодных

взносов в пользу Общества в количестве 10 рублей. В феврале 1904 года Н. В. Краинский был утвержден в звании Директора Виленского Губернского тюремного комитета и получил “Директорский билет на право посещения тюрем” [4].

В этот период Н. В. Краинский интенсивно занимается вопросами организационной психиатрии, в частности проблемами децентрализации психиатрической помощи. В январе 1904 года состоялся IX Пировский съезд. На одном из заседаний съезда было сделано два доклада по децентрализации — Н. А. Вырубова и Н. В. Краинского. Н. А. Вырубов поддерживал идею децентрализации. Н. В. Краинский, наоборот находил, что “система децентрализации отразится на деле вредно, так как она раздробит и без того скудные психиатрические силы. Большие психиатрические больницы в научном и организационном отношении имеют значительное преимущество по сравнению с малыми, лучшие условия для сортировки различных групп больных: в них легче найти необходимые в научной психиатрии пособия и легко достижим взаимный обмен мнениями и сведениями” [7].

В период своей работы в Виленской окружной психиатрической больнице Н. В. Краинский входил в 1904 году в состав “Виленского Общества исправительных земледельческих колоний и ремесел, приютов для несовершеннолетних преступников”, где служил врачом. Директором колонии был О. Ф. Махнач.

Мы уже несколько ранее говорили об увлечении ученого музыкальным искусством. В этом же году он вошел в состав Виленского отделения Императорского музыкального Общества, состоящего под покровительством Ее Императорского Величества Великой княгини Александры Иосифовны, где занимал должность вице-директора. Председателем отделения состоял князь Петр Дмитриевич Святополк-Мирский [7].

Ученый продолжал заниматься научной деятельностью. В 1915 году направляется в Польшу и приглашается на должность профессора кафедры психиатрии Варшавского университета [8].

После октябрьского переворота в 1917 году ученый возвращается в Киев на должность доцента кафедры невропатологии и психиатрии Киевского университета. Получает воинское звание полковника.

В качестве офицера участвовал на театре боевых действий в русско-японской, мировой и гражданской войн. Находился в эмиграции на о. Лемнос в Греции. С о. Лемноса Н. В. Краинский переехал в Югославию, по некоторым сведениям “врачей-беженцев” оказалось в Югославии около 209 [2]. С 1921 года он — доцент кафедры психиатрии в Загребе, с 1928 года — профессор кафедры психиатрии и экспериментальной психологии Белградского университета. Доктор медицинских наук в 1931 году в Белграде. В 1935 году — руководитель семинара по психологии. В 1941 году — заведующий русскими учебными заве-

дениями в Сербии. В октябре 1941 года — заведующий учебной частью 2-ой Русско-сербской гимназии в Белграде. Член научного Совета института в Белграде. В 1946 году Н. В. Краинский возвратился на родину и, до конца своей жизни работал в Украинском научно-исследовательском психоневрологическом институте. Возглавлял биофизическую лабораторию в Киеве.

О последних днях Новороссийска вспоминал профессор Н. В. Краинский в своей работе “Без будущего. Очерки психологии революции и эмиграции”, написанной в Белграде в 1931 году. В Очерке идет речь о героическом острове Лемносе, на котором после эвакуации Крыма, была вывезена часть Белой армии (до 9 тысяч человек, главным образом казаки). Среди них были и казаки бывшего собственного Его Императорского Величества конвоя. Будучи очевидцем Н. В. Краинский пишет: “Остров Лемнос находится в непосредственной близости от Афонского полуострова и вполне понятно, что очутившись там, русские люди, взирая на видневшиеся очертания русских Афонских монастырей, мечтали о том, чтобы попасть туда, и многие из них, пережив ужасы революции и гражданской войны, несомненно, поступили бы в Афонские монастыри и остались бы там навсегда. Но, увы, доступ в Афон для русских был закрыт”.

В 1936 году вышла работа ученого “Преступления революции”, написанная в Белграде, а в 1939 году брошюра “Вожди и заветы”. Н. В. Краинский в этой работе писал: “Как психиатр, я могу понять поступки, совершенные в состоянии безумия, но простой смертный, с душой русского человека, едва ли сможет примириться с пережитой революцией.

Законы массовой психологии владеют событиями. После страшного повального бреда наступает протрезвление. Но инерция психической заразы велика и долго еще над гибнущей Россией будет царствовать мрак, пока не прорвут его свежие силы воскресения. С этой точки зрения выступления двух бывших генералов Великой Русской армии представляют отголоски того страшного бреда, который уничтожил державу Российскую” [9]. Этим высказыванием ученый подтвердил воззрения многих видных отечественных психиатров о психозах парадигмы большинства войн и революций. Важные свои ранние выводы Н. В. Краинский изложил в научной работе посвященной психическим контагиям написанной им в 1900 году: “Порча, кликуши и бесноватые, как явления русской народной жизни”.

До сего времени пока не известно, как мог уцелеть в расстрельные годы такой ярый антиреволюционер, как психиатр профессор Н. В. Краинский.

Как видно Н. В. Краинского интересовали вопросы не только психиатрии, но и социально-политические аспекты развития России в тот опасный период. Ученым опубликовано около 200 научных работ. Некоторые названы выше.

Умер Н. В. Краинский в 1951 году в СССР, оставив яркий след в психиатрии, как научной, так и клинической.

ЛИТЕРАТУРА

1. Большая медицинская энциклопедия. Т. 14. М.1960. С. 186.
2. *Васильев К. К.* Эмиграция российских врачей в королевство Сербии, Хорватов и Словенцев (в Югославию) // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. № 1, 2006 год. с. 59 – 61.
3. *Каннабих Ю.* История психиатрии (репринтное издание). Москва, 1994. 528 с.
4. Литовский государственный исторический архив (ЛГИА). Фонд (ф) 492, опись (оп) 1, год 1904, дело (д) 947 “Дело Виленского

- попечительного о тюрьмах комитета об утверждении в звании Директора Губернского тюремного комитета, Доктора медицины Надворного советника Николая Васильевича Краинского”, Лист (л) 1 – 7 оборотный (об).
5. ЛГИА. Ф. 383., оп. 1., 1904 г., д. 427. “Дело Виленского губернского правления о Виленской окружной психиатрической лечебнице”. Л. 3, 19, 109.
 6. Памятная книжка по Новгородской губернии за 1901 год. Новгород, 1902 год.
 7. Памятная книжка Виленской губернии за 1904 год. Вильна, 1904. С. 83 – 84, 165, 178.
 8. *Юдин Т. И.* Очерки истории отечественной психиатрии. М. 1951., 478с.
 9. *Якобий И. П.* “Император Николай II и революция”. Составил С. В. Фомин. 2005 г. с. 392, 478 – 479, 774 – 776.

Леонид Исаакович Марогулов (1903 – 1964)

Имя этого замечательного человека, прекрасного врача-клинициста и психиатра оказалось забытым, хотя со времени его смерти прошло немногим более сорока лет. Таковы свойства нашей жизни, в сумасшедшей гонке перемальвающей не только человека физическое, но и того, чем была наполнена его личная, гражданская и профессиональная жизнь, саму память о нем. Хорошо, что помнят тебя дети, внуки, ученики, пациенты. Но и это уходит в вечность и из этой сумбурной “метели”, кажется, только случай выхватывает обрывки воспоминаний...

Мы должны были вспомнить о Леониде Исааковиче Марогулове пять лет назад, — в год его столетия, и, еще хотя бы раз, четыре года назад, — в год его смерти. Однако, “народ безмолвствовал” и иначе не мог — не хватило памяти, сил... Но хоть и осталось нас совсем немного — те, кто его почитал, — помнят и, кажется, до конца дней своих уж не забудут...

После окончания медицинского факультета университета в Ростове на Дону Леонид Исаакович появился в кругу учеников Петра Борисовича Ганнушкина в самом начале 30-х гг. Работал у него недолго, но



его уроки запомнил на всю жизнь, всю жизнь был под обаянием его личности, и часто о нем рассказывал. После, уже в очень людной тогда психиатрической клинике Московского университета (в этом здании работало несколько научных учреждений), жило продуктивной профессиональной жизнью много интереснейших психиатров. Леонид Исаакович особо высоко ценил Б. Д. Фридмана, А. Н. Залманзона, с большим почтением относился к Т. А. Гейеру, М. О. Гуревичу, тем более, что работа над диссертацией проходила в одно время с публикацией статей Гуревича о церебральном люэсе, которые он намеревался продолжить после завершения “павловской кампании” — так рассказывал Леонид Исаакович. Но вот наследники Ганнушкина обес-

кровлены, и имя Леонид Исааковича даже не включили в список учеников Ганнушкина, приведенный в его избранных трудах.

Леонид Исаакович был ярким представителем, так называемых, “лиц кавказской национальности” — горячий, увлекающийся в работе, уходящий в нее с головой, верный в любви к жене и детям, о пациентах

заботящийся (вплоть до судов) и после их выписки, не говоря уже о любимой психиатрии. “Если Вы действительно любите психиатрию, то мы с Вами подружимся, кем бы Вы ни были!” — так он говорил своим многочисленным ученикам.

Он родился в Армении, в селе Двин-Айсоры Эриванской губернии. Мать его, — Елена Федоровна (в девичестве Ефремида) была гречанкой, а отец — Исаак Фаградович — ассором, уважаемым народным учителем, автором алфавита языка курдов. Известно, что близ села Верхний Двин он владел виноградниками; после революции от них отказался, но это не освободило его от преследований — его даже арестовывали. Старший, любимый брат Леонида Исааковича — Константин Исаакович, окончивший восточный факультет, был знатоком ассирийской и арабской культуры, владел несколькими европейскими языками, был автором учебников ассирийского языка, главным редактором ассирийской газеты, выходившей в Москве. В январе 1938 г. Константин был арестован и 9 мая расстрелян. А шел ему всего 37-й год!

Леонид Исаакович никогда не отказывался от брата, и неоднократно публично утверждал, что “произошла ошибка”. Как только Бог убрал Садиста, пришла, как всегда, запоздавшая реабилитация.

Леонид Исаакович тосковал по брату до конца жизни. Но беда не приходит одна — завершить диссертацию ему не дали! Однако, ей Леонид Исаакович придавал принципиально важное значение, установив в клиническом (и отчасти морфологическом) исследовании, что у ряда больных прогрессивным параличом, с успехом лечившихся малярийной терапией, по мере улучшения, складывается картина, неотличимая от шизофрении. Это означало, что даже типичная картина не заставляет относить его к шизофрении, и Леонид Исаакович утверждал, что шизофрения может быть не самостоятельной нозологической едини-

цей, а регистром (по Крепелину) органического процесса. Это утверждение в кругах “чистых” психопатологов вызвало эффект разорвавшейся бомбы! Прошли “проработки”, требовали “самокритики”, и, в итоге, вынудили написать статью, сводящую “на-нет” смысл исследования; она появилась в одном из сборников трудов клиники, но Леонид Исаакович продолжал настаивать на своем. Некоторые его товарищи (В. К. Скобникова, психиатр и патоморфолог, например, поддерживая его исследования, связывала их с направлениями М. О. Гуревича и А. Л. Эпштейна даже через много лет). Развязка же наступила неожиданно. Вера Сергеевна, жена Леонида Исааковича, работала тут же, и, как красивая женщина, подверглась атаке совсем другого рода — со стороны Эдельштейна, главного администратора. Леонид Исаакович наказал его, после чего супруги Марогуловы покинули клинику. Жить с младенцем было негде, “но как-нибудь и без диссертации проживем”, — писал Леонид Исаакович жене — и уехали в знаменитое Бурашево. Не успели “обжиться” — Финская кампания, Леонид Исаакович — военный врач в Петрозаводске; 1941-й — война, Леонид Исаакович — начальник эвакогоспиталя. После окончания войны на короткое время вернулись в Бурашево, но многодетная семья голодала — уехали в Армению, где Леонид Исаакович почти три года был главным врачом Идживанской психиатрической больницы. Вернулись в Бурашево: работы невероятно много: Леонид Исаакович заведовал сразу двумя отделениями, находящимися в одном здании: на 1-м этаже — острое, на 2-м — хроническое, он — единственный врач, больных около 400! Под конец долго работал заместителем главного врача по медчасти. Умер 25 ноября 1964 г.

Л. М. Литвак (Израиль)

ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ

Смертельно больной на цепи

Диагноз: лимфома на фоне СПИДа представляет два смертельно опасных заболевания. Такой диагноз полностью отодвигает вопрос, о ком идет речь. Но Василий Алексанян — не убийца, он — как и Михаил Ходорковский — объект показательной порки, чтобы другим таким не было повадно “соватьсь в политику”.

После серьезного ухудшения состояния здоровья, Алексаняна в течение двух недель продолжали держать в СИЗО, не только не меняя меру пресечения, но не переводя в специализированное лечебное учреждение, якобы по решению некоей судьи Орешкиной. Когда же его перевели в гематологическое отделение Московской городской больницы № 60, где его лечащим врачом стал сам главный врач этой больницы, на окно его палаты изнутри была поставлена решетка, над кроватью установлены камеры слежения, в палату приставлен круглосуточно дежурящий конвоир, у палаты второй конвоир. Мало этого, по его свидетельству, круглосуточно его рука была прикована цепью к кровати, так что он мог только лежать, сидеть или стоять рядом с кроватью. Отстегивали Алексаняна, только когда ему нужно сходить в туалет, и перед приходом адвоката.

Первоначально ФСИН называла историю с кандалами “сгущением красок”, однако через сутки подтвердила, что в палате Алексаняна действительно приковывают к кровати. Руководитель пресс-службы ФСИН А. Сидоров заявил: “Эти меры совершенно законны, они предусмотрены законодательством и при-

меняются в исключительных случаях, когда нет иных способов обеспечить того, чтобы подследственный не набросился на медперсонал, не разбил себе голову об стену, не сбежал... или некими деструктивными элементами не был умерщвлен, что современные методы позволяют сделать весьма легко и просто” (“Новая газета”, 2008, № 13, с. 8).

Социальная символика такого рода действий достаточно прозрачна, но это еще и унижение медицинского сословия, “опускание” его в стиле криминальных нравов, и красноречивое свидетельство о самих себе.

Потрясает не только низость этого конкретного дела, но — не в меньшей мере — пассивность медицинского сообщества, словно больные уже не больные, а только “потребители медицинских услуг”, а врачебная профессия связана не с сакрализацией жизни и здоровья, а со служебными ведомственными интересами.

Наибольшие претензии здесь к тем, у кого наибольшие возможности. Это консультанты и врачи Кремля и других властных структур. Но у настоящих врачей прикормленность властью не бывает сильнее профессионального долга. В конечном счете воздаяние неотвратимо.

Я посчитал своим долгом присоединиться к протесту правозащитных организаций и направить следующее обращение.

*Председателю Правительства РФ
Зубкову В. А.*

ОБРАЩЕНИЕ

Уважаемый Виктор Алексеевич!

Обращаюсь к Вам в связи с тяжелым состоянием здоровья гражданина Российской Федерации Алексаняна Василия Георгиевича, который в настоящий момент находится в заключении.

Алексанян Василий Георгиевич, исполнительный вице-президент ОАО НК “ЮКОС”, был арестован 6 апреля 2006 г. С момента ареста до 26 октября 2007 г. содержался под стражей в ФГУ ИЗ-99/1 ФСИН России. С 26 октября 2007 г. по настоящее время содержится в “Матросской тишине” (изолятор ФГУ ИЗ-77/1 УФСИН России по г. Москве).

Алексаняну неоднократно продлевался срок содержания, последний раз решением Мосгорсуда от 15.11.2007 г. он был продлен до 02.03.2008 г. Согласно ст. 109 п. 3 Уголовно-процессуального кодекса РФ срок содержания может продляться не более, чем до 18 месяцев. Гражданин Алексанян находится под стражей уже 21 месяц.

В сентябре 2006 г. в МГЦ СПИД Александяну был поставлен диагноз СПИД в стадии 3А. По заключению судебно-медицинской экспертизы он мог содержаться под стражей при условии проведения ему высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), которая на протяжении всего срока содержания под стражей (более года) Александяну не проводилась. Это привело к резкому ухудшению состояния здоровья, перехода болезни в стадию 3Б, возникновению новых заболеваний — гемангиомы (опухоль) печени, кардиопатии, генерализованной лимфоаценопатии (заболевание лимфатических узлов). Кроме того, в период нахождения в инфекционном отделении Матросской тишины он был заражен туберкулезом (на настоящий момент диагноз не снят). В связи с отсутствием квалифицированной медицинской помощи в условиях следственного изолятора Александяну обратился в Европейский Суд по правам человека (ЕСПЧ) за принятием обеспечительных мер для рассмотрения его жалобы на законность привлечения к уголовной ответственности. 27 ноября 2007 г. Европейским судом по правам человека было дано Указание Российской Федерации о немедленной госпитализации Александяна в стационар, специализирующийся в лечении СПИДа и сопутствующих заболеваний.

В связи с неисполнением властями Российской Федерации Указания ЕСПЧ 6 декабря 2007 г. было дано повторное Указание с установлением срока госпитализации, не позднее 10 декабря 2007 г. Но и это не было выполнено. Тогда 21 декабря 2007 г. ЕСПЧ в третий раз потребовал от Российской Федерации незамедлительно поместить Александяна в стационар, указав при этом, что, в случае, если заявитель погибнет в заключении по причине неоказания ему необходимой медицинской помощи, либо по тем же причинам состояние его здоровья ухудшится, Суд может установить факт нарушения статей 2 (право на жизнь) и 3 (запрещение пыток) Конвенции “О защите прав и основных свобод человека”. Кроме того, Председатель Палаты ЕСПЧ выдвинул дополнительное требование о создании к 27 декабря 2007 г. независимой медицинской комиссии, что тоже было проигнорировано властями РФ.

Согласно ст. 1 Конвенции, ратифицировав ЕКПЧ, Российская Федерация взяла на себя обязательство обеспечивать каждому, находящемуся под ее юрисдикцией, права и свободы, определенные Конвенцией, в том числе фундаментальные права на жизнь, на свободу от пыток, жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинство обращения. Пренебрегая этими обязательствами, должностные лица Российской Федерации не только выказывают неуважение к взятым на себя международным обязательствам, но и демонстрируют пренебрежение принципами правового государства, приоритета прав и свобод человека, уважения достоинства личности, попирают собственную Конституцию.

Тем не менее, Указания ЕСПЧ в отношении Александяна до сих пор не исполнены.

Как и подавляющее большинство моих коллег-медиков считаю необходимым обеспечить исполнение Указаний Европейского суда по правам человека, вынесенных 27.11.2007 г., 06.12.2007 г. и 21.12.2007 г. по жалобам гражданина В. Г. Александяна.

04.02.2008 г. Ю. С. Савенко

Аналогичное письмо было направлено на имя Генерального прокурора РФ Чайки Ю. Я., где в частности говорилось:

“В ст. 1 ФЗ “О прокуратуре Российской Федерации” отмечено, что прокуратура действует в целях обеспечения верховенства закона, единства и укрепления законности, защиты прав и свобод человека и гражданина, а также охраняемых законом интересов общества и государства. На основании изложенного и в соответствии со ст. 99 УПК РФ, согласно которой: “При решении вопроса о необходимости избрания меры пресечения в отношении подозреваемого или обвиняемого должно учитываться состояние его здоровья”,

ПРОШУ:

1. Изменить меру пресечения гражданину Александяну В. Г. с содержания под стражей на меру, которая позволит обеспечить доступ к квалифицированной медицинской помощи (подписка о невыезде, личное поручительство, залог).

Оба полученных ответа были простыми отписками.

38-я статья закона о психиатрической помощи будет реализована!

20 декабря 2007 г. в Министерстве здравоохранения и социального развития России под председательством зам. министра Владимира Ивановича Стародубова состоялось межведомственное рабочее совещание по вопросу о создании при Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации “независимой от органов здравоохранения государственной Службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах”, предусмотренной ст. 38 Закона о психиатрической помощи. В обсуждении рабочих материалов и доклада Б. А. Казаковцева приняли участие представители Минздравсоцразвития России, Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации, Генеральной прокуратуры РФ, МИД России (С. Л. Чумарев), Минфина, Минэкономразвития России, Института законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве РФ, ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского (во главе с Е. В. Макушкиным), РОП (В. Н. Краснов), НПА России — члены Экспертного совета при Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации (Ю. С. Савенко, Ю. Н. Аргунова, Л. Н. Виноградова) и общероссийской общественной организации инвалидов вследствие психических расстройств и их семей “Новые возможности” (Н. Б. Левина).

Представители Минфина, Минэкономики и Института законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве РФ пытались в очередной раз торпедировать создание Службы, но их доводы были решительным образом отклонены представителями МИДа, Уполномоченного по правам человека в РФ (В. В. Тамбовцев), представителями НПА России, проф. В. Н. Красновым и другими участниками. Представленный проект — заслуга, в первую очередь, Б. А. Казаковцева и НПА России, вложивших в него немалые многолетние усилия. И хотя в списке участников мы оказались отесненными на последние роли, нас вполне удовлетворил сдвиг этой важнейшей проблемы с мертвой точки.

В связи с тем, что термин “Служба” (после Указа Президента РФ от 09.03.04 № 314 “О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти”) начал использоваться в отношении федеральных органов исполнительной власти, решено заменить его термином “Представительство”.

Были разработаны проекты Указа Президента Российской Федерации “О создании Представительства Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации по защите прав пациентов психиатрических стационаров” и конституционного закона “О внесении изменений в Федеральный конституционный закон “Об Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации” и технико-экономическое обоснование этого закона.

На первом, экспериментальном этапе создания Представительства предполагается испытание в течение 2 – 3 лет следующей модели ее организации.

Отделение Представительства в Приволжском федеральном округе с расположением офиса с штатными должностями работников представительства (1 должность руководителя представительства и 3 должности его заместителей) в Нижнем Новгороде и расположением 89 офисов для штатных должностей главных специалистов-экспертов в психиатрических стационарах 14 субъектов Российской Федерации из расчета по одной должности на 400 – 500 психиатрических коек.

Отделение Представительства в Уральском федеральном округе с расположением офиса с 4 штатными должностями работников представительства (1 должность руководителя отделения Представительства и 3 должности его заместителей) в Екатеринбурге и распределением 35 офисов для штатных должностей главных специалистов-экспертов в психиатрических стационарах 6 субъектов Российской Федерации из расчета по одной должности на 400 – 500 психиатрических коек.

На втором этапе создания Представительства по итогам оценки деятельности указанной модели в двух федеральных округах организация отделений Представительства распространяется на остальные федеральные округа.

Итак, спустя 16 лет после принятия закона о психиатрической помощи и спустя два года после указания Президента совместными усилиями Минздравсоцразвития России в лице д-ра Б. А. Казаковцева, НПА России, РОП и организации “Новые возможности” для 38 статьи закона, наконец, открылась дорога реализации.

Семинар для сотрудников общественных приемных правозащитных организаций

16 – 17 февраля 2008 года Независимая психиатрическая ассоциация России провела в Москве двухдневный семинар для неправительственных организаций по теме «Как работать с гражданами с психическими расстройствами» при финансовой поддержке Программы малых грантов Посольства Нидерландов и Института Открытое Общество (Будапешт). В семинаре участвовали сотрудники 15 региональных правозащитных организаций, в первую очередь юристы, ведущие прием граждан и оказывающие им правовую помощь: Пермского правозащитного центра, Комитета против пыток (Нижний Новгород), Института «Единая Европа» (Орел), Центрально-черноземного правозащитного центра (Курск), региональной организации «Человек и Закон» (Йошкар-Ола), Костромской региональной организации «За права человека» и др. Присутствовали также представители Гражданской комиссии по правам человека из Санкт-Петербурга и Москвы.

Несмотря на многолетнее взаимодействие НПА России с правозащитными организациями, в том числе по целому ряду конкретных случаев, во время проведения мониторинга, на правозащитных конференциях и т.д., у многих правозащитников обнаруживается антипсихиатрическая настроенность, которая порой даже превосходит обычную для населения. Это связано с повседневной деятельностью правозащитных организаций, которые как никто другой часто сталкиваются с нарушениями прав граждан с психическими расстройствами, реальным бесправием этой категории граждан, которые являются объектом постоянных злоупотреблений, как со стороны родственников и знакомых, так и со стороны представителей государственных органов. К сожалению, многие правозащитники, оказывая помощь людям с психическими расстройствами, не ограничиваются правовой стороной дела, а идя на поводу у обратившихся, пытаются оспорить постановку диагноза, обоснованность динамического наблюдения или недобровольного стационарирования и т.п. не только по правовым, но и по медицинским показаниям, воспринимая психиатров как главных нарушителей прав пациентов.

Участники семинара

получили базовые знания по общим и некоторым частным психическим расстройствам, наиболее часто

встречающимся в их практике, и тем, которые чреватые наибольшими ошибками, как например, паранойяльный (правдоподобный) бред;

научились работать с людьми, страдающими психическими расстройствами;

обсудили основные нарушения прав граждан во время оказания психиатрической помощи.

В программу семинара вошли также занятия по основным правам граждан с психическими расстройствами и типовым случаям их нарушения;

правам граждан, признанных недееспособными;

применению недобровольных мер в психиатрии,

а также основным принципам назначения и проведения судебно-психиатрической и комплексной психолого-психиатрической экспертизы.

В заключение семинара были приведены примеры конкретных случаев нарушения прав граждан в психиатрии и меры по их восстановлению: обращения в суд, прокуратуру, другие государственные органы.

Все участники семинара получили последнее издание книги Ю. Н. Аргуновой «Права граждан с психическими расстройствами», которую они смогут использовать в своей работе.

Одной из важных задач семинара было создание и укрепление правозащитной сети в психиатрии, установление постоянных контактов между правозащитными организациями, занимающимися защитой прав граждан, в том числе с психическими расстройствами, и региональными представителями НПА России. Семинар стал очередным шагом на пути разрушения недоверия, создания атмосферы конструктивного сотрудничества и взаимопонимания между психиатрами и правозащитниками. Подтвердилась важность дальнейшей работы в этом направлении. Приехавшие на семинар правозащитники убедились, что психические расстройства – это та сфера, где необходимо взаимодействие с психиатрами. Важно, чтобы и психиатры понимали необходимость сотрудничества и рассматривали правозащитников как возможных помощников по восстановлению нарушенных прав пациентов, а не как досадную помеху лечебного и реабилитационного процессов.

Реформа или способ экономии, не только на больных, но и на психиатрах

Давно уже не секрет, что подлинной движущей силой реформы было по недоразумению представление, будто амбулаторная служба дешевле стационарной. Однако, реформа в самом деле необходима, в том числе и с экономической точки зрения, так как в системном, а не узко сиюминутном финансовом отношении решает широкий круг проблем и возвращает к жизни значительную часть творческого потенциала населения страны.

7 марта 2008 года мы направили следующее письмо министру здравоохранения и социального развития Российской Федерации Т. А. Голиковой.

Уважаемая Татьяна Алексеевна!

НПА России обращается к Вам от имени широкого круга врачей-психиатров разных регионов с просьбой рассмотреть вопрос о возможности предоставления дополнительного отпуска 30 рабочих дней врачам-психиатрам больниц общего профиля, а также о включении должности врача-психиатра больниц общего профиля в Перечень учреждений, подразделений и должностей, работа в которых дает право работникам на повышение окладов (ставок) на 25 % в связи с опасными для здоровья и особо тяжелыми условиями труда.

С точки зрения профессиональной вредности и, прежде всего, физической опасности, организационная структура психиатрических больниц и большое число специально обученного персонала минимизируют возможную агрессию больных. Этого лишен психиатр больницы общего профиля, который, обслуживая заявки, не менее плотно общается с психически больными, среди которых велик процент больных с обострениями эндогенных психозов, с острыми экзогенными психозами, больных эпилепсией, наркоманиями, хроническим алкоголизмом, паранойяльными, возбудимых и неустойчивых психопатов.

Разные условия труда и предоставления отпуска врачам-психиатрам содействуют оттоку квалифицированных кадров из больниц общего профиля, то есть как раз оттуда, куда психиатров следует всячески привлекать. Присоединение России к Европейскому плану действий в области охраны психического здоровья требует сокращения коек в психиатрических стационарах и, помимо расширения амбулаторной помощи, — создания психиатрических коек в больницах общего профиля. Тем самым сложившееся положение вещей является серьезным препятствием начатой реформы.

Президент НПА России Ю. С. Савенко

Три года принудительного лечения за “особую опасность”, которой не было

В четверг Новоселицкий районный суд Ставропольского края признал незаконным возбуждение уголовного дела против сотрудников местного РОВД Сергея Каргалева и Алексея Михнева. Это означает, что последние двое причастных к позорному для российского правосудия “делу Димы Медкова” ушли от ответственности. Год назад вся страна была шокирована: 17-летний мальчик из села Китаевка Ставропольского края, который успел отсидеть 3 года в психушке за зверское убийство собственной сестры, оказался невиновен. Выяснилось, что “убитая” не расчленена и не сожжена в печке, как утверждало следствие, а жива и здорова — просто она сбежала из дома, вышла замуж и уехала жить в Дагестан.

К моменту суда Дмитрий Медков отсидел в СИЗО в Пятигорске и был освидетельствован в психиатрической лечебнице в Ставрополе.

— Мы не смогли поставить ему точный диагноз, сомневались, — говорит мне главврач краевой клинической больницы № 1 Игорь Билим. — Отправили его в Москву, в Институт им. Сербского.

“По заключению стационарной судебно-психиатрической экспертизы, Медков Д. Ю. страдает хроническим психиатрическим расстройством, что лишает его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Представляет особую опасность”, — вот что появилось в материалах уголовного дела после того, как Дима вернулся от светил медицины, которые нашли у него шизофрению.

Он угодил в психбольницу. Медков вспоминает: “Врачи перед выпиской инструктировали меня: с корреспондентами не разговаривай — обгадят. Но я все равно скажу. Там мне давали таблетки азалептина, от

которых было дурно, тошнило, весь становился ватный. Я отказывался их принимать.

“Лечение здорового человека от шизофрении может привести к серьезным последствиям для здоровья”, — говорит Александр Кржечковский, завкафедрой психиатрии местной медакадемии.

Когда Дима вышел на свободу, чиновники разных уровней клялись, что виновные ответят по всей строгости закона, а государство сделает все, чтобы загладить перед пострадавшим свою вину. Но, как удалось выяснить “Известиям”, с тех пор успели уйти от ответственности все причастные к этой ошибке: сначала судья, потом следователь прокуратуры и вот теперь оперативники, которые вынудили Медкова дать признательные показания.

— Аминазин, тизерцин, азалептин, галоперидола деканоат, — Медков перечисляет препараты, которыми его кололи 3 года, — феназепам, реланиум, модитен депо, флюанксол депо, клопиксол депо. Я их все наизусть помню.

От них все тело как пластилиновое становится и в голове дурно. А некоторые лекарства — например аминазин — применяют как наказание. От него после инъекций остается большая шишка, которая страшно болит. Мне однажды назначили “курс” аминазина за то, что курил в туалете. 40 уколов по 2 в день.

У Дауда трясутся руки, и вообще такое ощущение, что у него внутри работает огромный виброзвонок. Эта дрожь заразна: когда находишься рядом, вдруг ловишь себя на том, что твой организм тоже начинает ходить ходуном. 4 года назад, когда Дауд был еще Димой, у него такого не было.

— А как так получилось, что ты стал мусульманином? Это произошло в Дагестане?

— Нет, я принял ислам еще в психушке. Там у меня был сосед по палате, аварец, его Даниял звали. Он убил своего отца. И не раскаивался. Говорит, что убил его за то, что тот поднял руку на его мать. Я много наблюдал за Даниялом и через него проникся уважением к его религии. Он регулярно совершал намаз и вообще держался как-то по-особому, не как все. Православные проповедники к нам тоже приходили регулярно, но их слова меня почему-то не тронули. В больнице я начал читать “Житие пророка Мохаммеда”, а потом решил сменить веру. Омовение я совершил в душе, а фразу “нет Бога, кроме Аллаха, и Мохаммед посланник его” произнес в раздевалке. А уже когда освободился, поехал в Дагестан к Умар-Дибину — это муж моей сестры — и там совершил обряд как положено. Он помог мне устроиться в Исламский институт, я там 3 недели проучился, но потом пришлось вернуться сюда, потому что начался мой судебный процесс против государства. Но как только я отсужу компенсацию и куплю маме дом, то тут же вернусь в Дагестан.

— У них все как-то по-человечески, — говорит Дауд. — Никто не грызется, все друг друга уважают, а

главное — если что-то случится со своим человеком, все тут же сбегается в кучу и ему помогают. А у нас случись у кого-нибудь беда — от него даже родственники разбегаются, как от прокаженного.

Недавно с меня наконец официально сняли статус сумасшедшего, и теперь я могу устроиться на какую-нибудь постоянную работу.

— Если бы еще было куда! — сердито говорит мать. — У нас тут даже на 2 тысячи работу еще поискать надо. Пока он считался инвалидом, хоть пенсию получал 3430 рублей. У нас в селе люди за такие деньги каждый день с утра до вечера работают. Я ему говорю: “Какая тебе разница, кто ты по документам?” А он мне: “Нет, ма, не хочу быть дураком ни за какие деньги!”

— Я решил потребовать с государства 3 миллиона рублей, — говорит Медков. — По миллиону за каждый год. Думаю, это справедливо. Но, как оказалось, государство так не думает.

Оказать Диме бесплатную правовую помощь и стать его поверенным согласился человек, которого зовут Александр Губанов. В крае его называют “беззубой акулой”. У него действительно почти нет зубов, но при этом его в крае боятся многие. Александр 18 лет проработал следователем в правоохранительных органах, а сейчас возглавляет организацию, которая имеет красивое название “Комитет защиты прав и безвозмездной помощи гражданам РФ”. Его в крае многие не любят, но все сходятся в одном: Губанов очень хорошо юридически подкован, обладает феноменальной работоспособностью и имеет слабость ввязываться в некоторые дела не за деньги, а из принципа.

— Вот, полюбуйтесь, — Губанов вытащил из папки документ под шапкой Министерства финансов РФ под названием “Возражения на иск Медкова Д. Ю.” Я полюбовался. Местами пришлось смеяться, местами — хвататься за голову. Например, вот здесь: “Гражданин Медков Д. Ю. фактически пренебрег своими правами гражданина РФ, гарантированными ему Конституцией, поскольку приговор суда не был им обжалован”.

На суде Минфин не признал вины государства перед Медковым даже в малой степени. Представитель министерства заявил, что истец пытается обратить компенсацию морального вреда в “средство наживы” и попросил суд отказать Диме в полном объеме. Суд все-таки вынес решение в пользу Медкова, но вместо 3 миллионов рублей обязал Минфин выплатить ему 500 тысяч.

— Но даже этот приговор Минфином обжалован в краевом суде, — говорит Губанов. — Слава богу, безрезультатно. Решение суда вступило в силу и в ближайшее время Дима получит эти деньги. Но мы на достигнутом не остановимся. Я уже готовлю иск к Институту имени Сербского, который одного и того же человека сначала диагностировал как сумасшедшего, а потом — как нормального...

— Я считаю, — говорит начальник РОВДЮ — что эта ошибка правосудия оказалась возможна лишь по совокупности действий всех сторон — следователя прокуратуры, самого прокурора, судьи. Наши ребята лишь осуществляли оперативную поддержку по заданию следствия. Даже если они ошиблись — над ними было достаточно инстанций, чтобы эту ошибку исправить. Они одни из лучших сотрудников в РОВД. К ним никогда не было нареканий. Если сажать таких людей, то непонятно вообще с кем работать.

— Тем не менее Дима Медков именно их считает главными виновными в своих бедах, потому что именно они его обрабатывали.

— Да никто его не обрабатывал! Лично я все больше убеждаюсь в том, что он пошел на самооговор сознательно. Чтобы сесть в тюрьму, посидеть там немного, выйти и слупить с государства денег.

Неправдой оказались слова начальника милиции о том, что Медкова проверяли на детекторе лжи, а также что он якобы еще с детства состоял на учете в психдиспансере.

Из всего “компромата” на Медкова, который вывалил мне начальник РОВД, правдой оказалось только вот это:

— Дима ваш ходит по лезвию ножа. Слава его портит, он стал слишком высокого мнения о себе и уже несколько раз попадал в неприятные истории. Если так будет и дальше продолжаться, то рано или поздно он снова загремит под суд — и уже заслуженно.

На сей раз это не угроза, а реальность. Дима-Дауд в последние несколько месяцев действительно ведет типичную для этих мест жизнь бесхозного подростка: болтается без дела, прилипает ко стремным компаниям, иногда злоупотребляет спиртным, говорят, что даже начал покуривать дурь. Ожидаемые 500 тысяч рублей для него гигантская сумма, на ее фоне теряешь вкус к мизерным зарплатам, за которые в этих местах принято работать.

— Я готов оказать ему всяческую помощь, — говорит мне глава районной администрации Александр Нагаев. — Помочь на работу устроить? Пожалуйста. Но ведь он не обращается.

Я поймал чиновника на слове. На следующий день без предупреждения пришел к нему в кабинет вместе с Димой. Глава района заметно напрягся, но обеща-

ние выполнил — дал команду руководителю центра занятости Раисе Бабежко. Она оформила Диме пособие по безработице (700 рублей) и пообещала в течение недели найти работу. Когда это произойдет, он будет получать 1500 рублей от государства плюс зарплата от работодателя. Во время разговора Дима проговорился, что мечтает работать с компьютерами. Раиса Павловна предложила ему с нового учебного года пойти учиться в соседний район на курсы оператора ЭВМ. Центр занятости будет оплачивать ему обучение и проживание. Домой Дима Медков в этот день пришел счастливым человеком.

На все про все у нас ушло ровно 25 минут. Почему за год никому не пришло в голову это сделать — непонятно.

Все началось с того, что сестра Димы, повздорив с родителями, исчезла. Прошло время, и встревоженная мама отнесла в милицию заявление о ее пропаже. Татьяну вроде бы поискали, не нашли и решили дело закрыть. Но тут запротестовала прокуратура. Тогда милиционеры вспомнили, что последними, кто видел девушку, были Дима и его товарищ. Их позвали в отделение, развели по разным комнатам, стали “колоть”. Ребята отнекивались: ничего не знаем. Но у милиционеров уже родилась версия: Дима толкнул сестру, она упала, ударилась головой, умерла, а брат отнес тело в баню, расчленил его и сжег. А Алексей был то ли соучастником, то ли свидетелем. По словам Димы, ему пригрозили: не признаешься — посадим в тюрьму и твою маму. И парни написали “явку с повинной”..

В бане не нашли никаких следов убийства и сожжения трупа. Только на топоре — незначительные следы крови, но ее происхождение или принадлежность установить не удалось.

Законопослушным гражданам в принципе не понять, как “дело Медкова” могло пройти все инстанции и не рассыпаться. Ведь хорошо известно, что самые сложно доказуемые дела — те, в которых отсутствует труп. Невольно ловишь себя на мысли: ну не звери же дознаватели, прокуроры и врачи. Сомневающимся скажем: Татьяна, за убийство которой “отвечал перед законом” ее брат, жива, здорова.

*Дмитрий Соколов-Митрич
 (“Ивестия”, 24.01.2008)*

РЕКОМЕНДАЦИИ

Эдмунд Гуссерль. Горизонтальная структура опыта // *Философский штурм*, 2007, 1, 46 – 50

Г. В. Ф. Гегель. *Философия религии* (в 2 томах) — М., 2007 (впервые на русском языке)

Хосе Ортега-и-Гассет. *Анатомия рассеянной души*. (и)

Пио Бароха. *Древо познания*. — М., 2008

* * *

Грани познания. Наука, философия, культура в XXI веке (в 2 кн.) — М., 2007

Социологическая теория. — СПб., 2008

Никлас Луман. *Социальные системы*. — СПб., 2007

Роберт Мэттьюз. *25 великих идей*. — М. — СПб., 2007

* * *

Г. И. Челпанов. *Мозг и душа. Критика материализма и очерк современных учений о душе* — М., 2007

Ирина Сироткина. *Классики и психиатры*. — М., 2008

Марина Мозильнер. *Ното imperii. История физической антропологии в России*. — М., 2008

Карстен Бредемайер. *Черная риторика*. — М., 2006

Сабина Дарден. *Мне было 12 лет* — М., 2007

* * *

Жак Ле Гоффер. *Рождение Европы*. — СПб., 2007

Арно Люстигер. *Сталин и евреи. Трагическая история Еврейского антифашистского комитета и советских евреев*. — М., 2008

Клаудия Кунц. *Совесть нацистов*. — М., 2007

А. Ленель-Лавастин. *Забытый фашизм. Ионеско, Элиада, Чоран*. — М., 2007

Германия и русская революция 1917 – 1924 (“Вуппертальский проект” Льва Копелева). Т. 5, 2 — М., 2007

Юн Джан, Джон Холлидей. *Неизвестный Мао*. — М., 2007

Сборник “Вехи” в контексте русской культуры — М., 2007

* * *

Феномен артистизма в современном искусстве (ред. О. А. Кривцун) — М., 2008

Джон Рескин. *Семь светочей архитектуры*. — СПб., 2007

А. Г. Козинцев. *Человек и смех*. — СПб., 2007

* * *

О. Э. Мандельштам, его предшественники и современники. *Сб. материалов к Мандельштамовской энциклопедии* — М., 2007

Андрей Белый. — Алексей Петровский. *Переписка*. — М., 2007

А. В. Лавров. *Андрей Белый* — М., 2007

Олег Ласунский. *Житель родного города (Воронежские годы Андрея Платонова, 1899 – 1926)* — Воронеж, 2007

М. М. Пришвин. *Ранний дневник* — СПб., 2007

И. С. Шмелев. *Крестный подвиг*. — М., 2007

Алиса Б. Токлас. *Поваренная книга жизни*. — М., 2007

ABSTRACTS

Psychiatric Reform in the Eastern Europe and the Balkans

Dusica Lecic Tosevski (Belgrade, Serbia)

Many of the countries of the Eastern Europe and the Balkans are facing prolonged stress and difficulties due to civil conflicts, continuous political upheaval and social transition. The chronic stress caused significant psychological sequel, especially to vulnerable people with increasing prevalence of mental disorders. Due to the adversities health system has deteriorated and is facing specific challenges. However, there are some positive developments in the region. The WHO Helsinki declaration is being implemented, with the reform of psychiatry and an accent on community care, prevention of mental disorders,

mental health promotion, antistigma campaigns and continuous education. The psychiatric reform should take a middle way, adjusted to local tradition and needs, and not be a pure adoption of prevailing western dictum of modern mental health care. Given the irreversible trend toward globalization and the growing complexity of our field, international collaboration will become one of the main challenges for the next decade and will, hopefully, lead to bridging the gap between the two worlds, as well as to reconciliation and reducing the future spiral of violence.

Mental Health Reform in Greece

George Christodoulou (Athens, Greece)

The last two decades are characterized by an impressive change in mental health provision in Greece, that has been implemented with funding by the Greek Government and the European Union. Public health psychiatry in Greece has made significant progress in the areas of deinstitutionalization, decentralization and rehabilitation. Implementation of the psychiatric reform program (1984 – 2006), despite some inadequacies and constraints, has had a significant positive impact on mental health. However, much should be done in the areas of primary care, prevention, integration of psychiatric and medical services, evaluation of the quality of extramural services and the quality of life of the pa-

tients in these services. There is also a great need for mental health promotion, aiming at sensitization of the public to mental health issues.

Another important issue is the need for consistency in the funding of the community services that have or will be created. Lack of funding during implementation of the reform can lead to the potential risk of “Institutionalization” in the community. This is the most serious side-effect of de-institutionalization. It is, therefore, crucial to guarantee uninterrupted moral and financial support of the community services before any de-institutionalization strategy is started to implement.

Psychiatry Should Deal Only with Social Danger which can be Ascertained Psychopathologically

Yu. Savenko

The problem of “social danger” has principally different meaning in general and forensic psychiatry. The controversy around this problem demonstrates tendency of each side to make own position universal without regard to absolutely different empiric ground of this opposition.

They proceed from absolutely different priorities of values. Forensic psychiatrists — from the absolute priority of society and state, which due to many reasons is natural for them. Clinical psychiatrists — from the interests of personality. That’s why forensic psychiatrists actually automatically found themselves on positions of police psychiatry, trying to impose them to psychiatry as a whole.

This is done in spite of the fact that research in the field of social danger of persons with mental disorders in comparison with the general population refute current common opinion on special danger of the mentally ill. For this reason, when in the process of preparation of a bill repre-

sentatives of forensic psychiatry dealing with murderers get upper hand and it increases the risk that the relevant bill will acquire protective (police) character, but not that defending human rights. Lately such probability has crossed the critical threshold: became open and even aggressively offensive. As a result, in the midst of the Serbski Center sounded the outcry “All medicine is police and should be police!” (IPJ, 2007, 4, p. 87). So, on all border psychiatry and even medicine as a whole has been imposed the model of actions during especially dangerous infections, that is regime of emergency situation with moratorium on all civil liberties and human rights.

Meanwhile, all major crimes in history, first of all mass crimes were committed by mentally sound people.

There is a fundamental difference between danger of the mentally ill in real environment dispersed in population and danger caused by their concentration in a mental

facility, either by their contact with doctors-psychiatrists in inpatient facilities of general profile or at home, where because of absence of trained personnel and valuable therapy risks for doctors even higher.

In numerous cases of participation in trials concerning persons with mental disorders (as experts, specialists, witnesses) not a single time, neither in acts of forensic psychiatric evaluations, nor in verbal statements of forensic psychiatrists we have encountered arguments, representing concrete ascertainment and substantiation of psychopathological genesis of socially dangerous acts. Each time everything amounted only to ascertaining serious mental disorder at the moment of the act.

The conclusion on little importance of productive-psychopathological disorders can be connected with purely inductive (statistical) analysis of data instead of parallel use of clinico-phenomenological method, i.e. individual analysis on the level of correctly prepared samples for statistical processing.

We see the constructive way out of arising contradictions in careful analysis of concrete typical examples: cases of Andrey Novikov from Rybinsk, Larisa Arap from Murmansk, Olga Popova from Moscow (IPJ, 2007, 3, pp. 75 – 81; 4, 12 – 16, 87 – 94) and finally, Artem Basyrov from Ioshkar-Ola (in this copy of Journal). All of them got wide international resonance in connection with the real danger of beginning another large scale use of psychiatry for political purposes according to Soviet scenario of 1960 – 1980. That is why our efforts are direct to prevention of it in its first stages.

In all those concrete cases we had neither diagnostic, nor therapeutic differences of opinion with colleagues, at least, in personal discussions. The second case concerns F 20, the rest — F 21. Differences of opinion had concerned evaluation of seriousness and probability of a socially dangerous act, its constant move in the direction of increasing danger. Every one of these four stories supplement each one, stressing various angles of the problem.

According to amply argued version on involuntary hospitalization of Artem Basyrov it represented get-

ting rid of trouble-makers before the elections for prevention of reported meeting.

Using the notion “social danger” in such cases is inadequate and devalues this notion itself.

“Social danger” as well as “responsibility” and “capability” are complex categories, the full use of which is a prerogative of court, which integrate all separate aspects of these categories: sociological (criminological), psychological and psychopathological. These are the main types of understanding, description and analysis or ascertaining of behavior.

Sociological (in this case criminological) aspect of behavior represent its ascertaining from aims of a concrete personality and values in which he believes.

Psychological aspect of behavior is its ascertaining from characteristic features of a concrete personality in its concrete life situation.

Psychopathological ascertaining of social danger means prognosis (even in four gradations) of the risks of committing socially dangerous act in the nearest future directly stemming from or causally connected with concrete psychopathological characteristics of productive and negative symptomatic, its dynamic special features as well as changes as a result of the treatment. Only such danger is a subject of psychiatry.

Instead of scientifically checked, differentiated professional efforts, clearing up ascertainment from concrete clinico-psychopathological characteristics of totally definite form of social danger, we constantly hear diffusive narrow-minded argument: “One can anticipate from them everything”.

In conclusion there is the historic aspect of the problem.

So, psychiatrists should use the notion “social danger” in relation to their patients very carefully, only in own professional aspect, only on the basis of trustworthy necessary and sufficient information and conclusive argumentation under the badge of priority of personality in all deeds besides premeditated murders and serious harm to health, committed or highly probable, where priority remains with society.

On Enlightening Quality of Spiritual Life of “Schub”-Like Schizophrenia Patients Outside “Schub”

M. E. Burno

Using national method “Therapy by creative self-expression” it is possible by psychotherapeutic methods to create and form more or less expressed condition of sound inspiration even in seriously ill “schub”- like schizophrenic patients in their incomplete remission (paranoid schizophrenia with increasing defect – F. 20.01). Such patients usually suffer outside acute psychotics from distressing depressive-defensive neurosis-like disorders, they get standard psychotropic preparations, which damp down these disorders and forestalling

serious psychotic baits. However, patients often refer to them, as they say, “tense-apatetic bestial existence” and to “burden of necessary medicines” also, sometimes as the main reason. The mentioned above psychotherapeutic help visibly raises enlightened quality of spiritual life of patients, softens feelings of “senselessness of existence”, helping “to survive”. Such methodically worked out psychotherapeutic “addition” can and by itself serve additional standard to medical treatment of the said patients.

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

I

2008

МОСКВА

**СПЕЦИАЛИСТЫ
НЕЗАВИСИМОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ РОССИИ**

ведут прием граждан

**по вопросам нарушения прав лиц с психическими расстройствами
и их родственников**

(общественная приемная):

по средам — с 13 до 17 час.

Москва, Большой Головин пер., д. 22, стр. 2, МХГ

М. “Сухаревская”

Комиссия специалистов (по предварительному назначению)

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

Телефон для справок: (495) 221-4163; факс: 221-4162; E-mail: info@npar.ru

Адрес для корреспонденции: 101000, Москва, Лучников пер., 4, под. 3,

Российский исследовательский центр по правам человека.

ПРИНИМАЮТСЯ ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА РОССИИ:

Артур Кронфельд

**СТАНОВЛЕНИЕ СИНДРОМОЛОГИИ И КОНЦЕПЦИИ ШИЗОФРЕНИИ
(работы 1935 – 1940 гг.)**

М., 2006, 758 стр., (тираж ограничен)

*Это заветное чтение наших лучших клиницистов,
содержащее грандиозную панораму столкновения различных подходов,
становление клинико-психопатологического анализа
и обоснование нозологии на таком уровне понимания,
который оставляет далеко позади ее современную критику*

Ю. Н. Аргунова

**ПРАВА ГРАЖДАН С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Вопросы и ответы — М., 2007**

*Издание второе, переработанное и дополненное
(вдвое расширенное издание с учетом изменений по январь 2007 г.)*

ЗАЯВКИ на издания НПА направлять по адресу:

119602, 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»

Индекс для подписчиков: 73291

- 1991, I: Устав НПА — Антипсихиатрия сегодня — Индукция.
1992, I-II: О предмете советской психиатрии — Проблемы бреда — Доклад комиссии ВРА о визите в СССР в 1991 г.
1992, III-IV: Дело генерала Петра Григоренко.
1993, I-II: Интрацепция и ипохондрия — Проблема идентификации — Практика и техника психоанализа.
1993, III-IV: Взгляд на амер. психиатрию XX в. — Границы sch.
1994, I: Нелекарственная терапия психозов — Выбор приоритетов — Типология деперсонализации.
1994, II: О бреде — Феноменология меланхолии.
1994, III: Деят. НПА за 1989–1993 гг. — Ответствен. за незаконное стационарирование — Врач. тайна — О школе Столбуна.
1994, IV: Психоанализ в противоречиях — Биографический метод — Терапия смыслоутраты.
1995, I: Вялотец. шиз. — О диагн. — Мит. Антоний о мед. 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: Гематол. психоанал. — Психохирургия — Представительство интересов психич. б-ных — 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.
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 — Спор.
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: Деят. НПА в 1997 г. — Разв. психиатрич. помощи в России — Этич. стандарты в психиатрии — Детская психиатрия.
1998, III: Структура идентичности и психоз — О предмете социальной психиатрии — “Тирания психиатрии” и “тирания права” — Сорокин об ошибке русской интеллигенции.
1998, IV: Конц. психопатол. диатеза — Poleмика о борьбе с наркоманиями — Психиатрия и религия — Курт Гольдштейн.
1999, I: Курт Шнайдер. Религиозная психопатология (1) — Психотерапия — Эксп. “Свид. Иеговы” — Басня о психотр. оружии.
1999, II: Шнайдер (2) — Социальная психиатрия — Психотерапия — Всероссийский семинар к 10-летию НПА.
1999, III: Шнайдер (3) — Тенд. рос. психиатрии — Экспертиза сайентологов.
1999, IV: Кризис современной психиатрии — ЭЭГ при молитве и голодании — Психиатрия и религия — Дело Платона Обухова — Этика экспертизы.
2000, I: Рильке — Об-ва родств. б-ных — Poleмика — Проект Закона.
2000, II: Кассирер: Техника политических мифов — “Открытый диалог” — Экспертиза парасуицида — Корсаковская экспертиза — Дело Шмита (1).
2000, III: Критика МКБ-10 — Психофармакология — Социальная и судебная психиатрия — Дело Шмита (2).
2000, IV: X-ый съезд НПА России: Проблема доверия — Обсессивный синдром — Опасные действия больных — Ганнушкин — Зейгарник — XIII съезд психиатров России.
2001, I: X съезд НПА России — проблема доверия — Дискуссия о судебно-наркологической экспертизе — Парадоксы невменяемости — Концепция “промывания мозгов” — фальшивка ЦРУ — Об экспертизах сайентологов и иеговистов.
2001, II: Экзистенциальный анализ восприятия князя Мышкина — Психопатол. диатез — О психич. здоровье и составят. эксп. — Экспансия идеологии на психич. здоровье.
2001, III: Крепелин — Нет — метадону — Признаки упадка психиатрии (1) — Эпическая терапия — Дело Столбуна.
2001, IV: Кронфельд — Психология в психиатрии — Признаки упадка отечественной психиатрии (2) — Положение психически больных в регионах России — Психиатрия и религия.
2002, I: Русский Пинель — Саблер — Кронфельд — Врачебная тайна — Письмо из Бутырок.
2002, II: Балинский — Кронфельд — Регуляция психиатр. помощи — Психиатрия катастроф — Эксп. Буданова — Доклад ВОЗ.
2002, III: Якобий — Кронфельд — Регуляция психиатр. помощи — Наркология — Экспертиза Буданова — XII конгресс ВРА.
2002, IV: Роршах — Пленарные лекции конгресса ВРА — Судебно-психиатр. экспертиза и новый ГПК — Иск к Библии — О гипнозе — Съезд психотерапевтов.
2003, I: Н. 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-Вольпин — Дело Ракевич — Демедицинизация — Эксп. оценка психич. ретардации.
2004, I: Снежневский — Псих. инфантилизм — Мониторинг ПБ — СПЭ.
2004, II: 15-летие НПА России — Патогенез энд. депр. — СПЭ — Что такое “контроль сознания”?
2004, III: Розенштейн — Мониторинг ПБ — Отрав. психоакт. в-вами — Кризис психиатрии — Новая редакция закона.
2004, IV: Корсаков — Шизофрения — О реформе психиатрической помощи — “Обезьяний процесс” — Тюремная медицина.
2005, I: Кандинский — Наркополитика — Множественная личность — Интервью Ясперса.
2005, II: Папа Иоанн Павел II — Конфликт интересов — “Обоснование” упразднения негосуд. СПЭ.
2005, III: II мировая война — Расстройства памяти — О Ясперсе.
2005, IV: 15 лет НПЖ — Диагностич. системы — Лат. формы антипс. — Рекур. sch. — Съезды ВПА и РОП — О Ясперсе.
2006, I: Крамер, Снесарев — Феноменологич. подход — Главн. пробл. психопатологии.
2006, II: Крепелин, Фрейд — Факты и ценности в псих. д-зе — Европейский план действий по охране психического здоровья.
2006, III: Уничт. пс. больных — Бассин — Фуко — Суд. пс. — О Ясперсе.
2006, IV: Розанов — Лопес Ибор — Р-во критики — 38 ст. — Реформы — Группы поддержки.
2007, I: Кронфельд — Р-во критики — Периодич. болезнь — Установление инвалидности
2007, II: XII съезд НПА — Концепция бреда — Аутоперсонамнезия — Политизация эксп. — Р-во критики 2 — Кронфельд
2007, III: Шпет — 15 лет Закону — Меззич — Реформа пс. службы — Дело Арап и Поповой
2007, IV: 150-летия Бехтерев, Баженов, Яковенко — Соц. опасность — Место культуры в суд. психиатрии — Алекситимия — Кризисы развития — Суициды в армии — Дело Новикова

Материалы для публикации присылать по адресу:

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

Статьи следует сопровождать резюме для перевода на английский язык

Телефон редакции (495) 221-4163

Адрес для корреспонденции: 101000, Москва, Лучников пер., 4.

Российский исследовательский центр по правам человека. НПА России