

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК ИПА
IPA HERALD**

IV

1999

МОСКВА

Издание НПА

Регистрационный номер журнала 0110764

МЕЖДУНАРОДНЫЙ
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
ПО ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ
ПСИХИАТРИИ

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

INTERNATIONAL
EDITORIAL COUNCIL
ON PHENOMENOLOGICAL
PSYCHIATRY

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

EDITORIAL BOARD

Yuri Savenko (Editor-in-Chief)
Yulia Argunova
Vladimir Bataev
Anatol Bogdan
Mark Burno
Liubov Vinogradova
Semyon Gurvits
Victor Kagan
Grigori Kotikov
Vladimir Prokudin

Сдано в набор 16.10.99. Подписано в печать 28.12.99. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура "Таймс". Печать офсетная.
Тираж 3 000 экз. Заказ № 99-04-ИРА.

Цена свободная

Издательство "Фолиум", 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 58
тел./факс: (095) 482-5590, 482-5544, E-mail: jour@folium.msk.su, Web-site: <http://www.folium.ru>

СОДЕРЖАНИЕ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

- Кризис современной психиатрии: потеря личности — Осборн Виггинс, Майкл Шварц (США) 5
- Кризис современной психиатрии: обретение личности —
— Майкл Шварц, Осборн Виггинс (США). 9

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

- Шизофрения? 16
- Редкий случай соматоформного расстройства — Н. В. Моисеева (Барнаул) 25

ПСИХИАТРИЯ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЯ

- Изменение функционального состояния головного мозга при христианской молитве —
— В. Б. Слезин, Н. И. Музалевская, В. М. Урицкий, И. Я. Рыбина (Санкт-Петербург) 28
- ЭЭГ-корреляты взаимодействия пищевой доминанты (лечебное голодание)
и патологических устойчивых состояний у больных шизофренией и алкоголизмом —
— М. А. Титаева, Г. И. Бабенков, В. Б. Гурвич, Ю. В. Урываев, Ю. И. Полищук 33

ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО

- Вопросы принудительного лечения ограниченно вменяемых лиц — Ю. Н. Аргунова 40
- Приказы министра не обсуждаются... — Ю. Н. Аргунова. 43

ПСИХИАТРИЯ И РЕЛИГИЯ

- Иерусалимские этюды — И. Зислин, И. Спивак (Иерусалим). 45
- Психиатрия, право и религия: пути взаимодействия — Ю. С. Савенко 51
- Православная психиатрия: теория, практика, тенденции — Ю. И. Полищук. 56
- Саентология и психотерапия: экспертные материалы — В. Е. Каган (С. Петербург) 61

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

- Дело Платона Обухова 73

ПОЛЕМИКА

- По поводу “Проекта свода этических принципов и правил поведения
судебно-психиатрической экспертизы” В. А. Тихоненко —
— С. С. Гурвиц (Долгопрудный), Ю. С. Савенко, Л. Н. Виноградова 87

ХРОНИКА

- Пленум Российского общества психиатров 90
- Украинский пленум невропатологов, психиатров и наркологов в Черновцах. 91
- Конференция “Медицина, религия, этика и право” 91
- Акции к Всемирному дню психического здоровья 92

- НЕКРОЛОГ 94

- РЕКОМЕНДАЦИИ 95

- АННОТАЦИИ И ПЕРЕВОДЫ. 96

CONTENTS

URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY

- The crisis of present-day psychiatry: the loss of the personal —**
— Michael A. Schwartz, Osborne P. Wiggins (USA). 5
- The crisis of present-day psychiatry: the regaining the personal —**
— Osborne P. Wiggins, Michael A. Schwartz (USA). 9

DISCUSSION OF A CLINICAL CASE

- Is it schizophrenia? 16**
- A rare case of somatoform disorder — N. V. Moiseeva (Barnaul). 25**

PSYCHIATRY AND NEUROPSYSIOLOGY

- Changing of functional condition of brain during Christian prayer — V. B. Slezin, N. I. Muzilskaya,
V. M. Uritsky, I. Ya. Rybina (St. Petersburg) 28**
- EEG-correlates of interaction of the food dominant (medicinal fasting) and pathologic stable
conditions in schizophrenia patients and alcoholics — M. A. Titaeva, G. I. Babenkov,
V. B. Gurvitch, Yu. V. Uryvaev, Yu. I. Polischuk 33**

PSYCHIATRY AND LAW

- Issues of involuntary treatment of persons with diminished responsibility — Yu. N. Argunova 40**
- Minister's Order are not to be discussed... — Yu. N. Argunova 43**

PSYCHIATRY AND RELIGION

- Jerusalem sketches — I. Zislin, I. Spivak (Jerusalem) 45**
- Psychiatry, law, and religion: pathways of cooperation — Yu. S. Savenko 51**
- The Orthodox Church psychiatry: theory, practice and tendencies — Ju. I. Polischuk. 56**
- Scientology and psychotherapy (expert data) — V. E. Kagan (St. Petersburg) 61**

FROM AN EXPERT'S DOSSIER

- The case of Platon Obukhov 73**

POLEMICS

- On the issue of "The Draft of the Code of Ethical Principles and Rules of Conducting
Forensic-Psychiatric Examination" by V. A. Tikhonenko — S. S. Gurvits[†], Yu. S. Savenko,
L. N. Vinogradova. 87**

CHRONICLE

- Plenum of the Russian Society of Psychiatrists 90**
- Plenum of the Ukrainian Society of Neurologists, Psychiatrists and Narcologists 91**
- Conference "Medicine, Law, Ethics and Religion". 91**
- Actions in connection with the World Day of Mental Health 92**

- OBITUARY 94**

- RECOMMENDATIONS 95**

- ABSTRACTS AND TRANSLATIONS. 96**

Кризис современной психиатрии: потеря личности

Осборн Виггинс, Майкл Шварц (США)

Начнем с примера. Давайте представим себе, что я еду в Швейцарию, чтобы вместе с моим сыном покататься в Альпах на горных лыжах. Меня наполняют живые и яркие чувства. Вспоминая свой восторг от быстрого спуска, я испытываю волнение и с нетерпением ожидаю возможности пережить эти моменты вместе с сыном. И когда наконец мы уже будем стоять с ним на гребне высокого и ветреного склона, меня переполняют предвкушение скорости и восторг в сочетании с ощущением тревоги и риска.

Если бы вот в таком возбуждении я был обследован рядом приборов, они зарегистрировали бы такое психологическое состояние, которое можно идентифицировать как панический приступ. То есть с определенных позиций мое предвкушение волнующего и опасного спуска можно было диагностировать совершенно ошибочно. А для этого, безусловно, необходимо сбросить со счетов мои субъективные переживания радости и волнения.

Выражение “я волнуюсь” в данном случае означало бы “я волнуюсь перед встречей сына”. Это — радостное ожидание, совершенно противоположное болезненному беспокойству. Но если описывать мое состояние в понятиях патологии, то оно неизбежно будет расценено как панический приступ.

Чтобы допустить эту ошибку, необходимо: 1) “вырвать” мое состояние из контекста личных переживаний, т.е. учесть только физиологическое состояние и не принять во внимание то, что я предвкушаю катание вместе с сыном на горных лыжах; и 2) вместить это изъятое из контекста физиологическое состояние в какую-либо классификацию. Сделав эти два шага, мы и сможем охарактеризовать мое состояние как *панический приступ*.

На сегодняшний день сделать первый шаг — проигнорировать субъективные переживания личности — достаточно легко. Действительно, таковы сами правила научного эксперимента. Наука сама по себе требует исключения субъективного опыта и оценки только лишь физической реальности. Только в этом случае, как считается, и может быть достигнут истинно объективный результат.

Второй шаг в современном состоянии науки сделать уже сложнее. Но проблема классификации тех или иных явлений так или иначе связана со специализацией наук. Дело в том, что все более изолируя специфические сферы реальности, некоторые науки как

бы “замыкаются” на патологических состояниях, оставляя “здоровое” другим дисциплинам. Например, американской психиатрии заведомо предназначено определять психические расстройства по возможности тщательно, и она на самом деле весьма преуспела в этой области. Но психическое здоровье американские психиатры изучают весьма редко.

ПСИХИАТРИЯ И СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ НАУК

Такая концентрация на патологии в ущерб изучению здорового есть проявление специализации, а следовательно, и фрагментации наук, происходящей в западных странах. Ученые занимаются все более глубокими исследованиями в области своих интересов, фокусируясь при этом на суженных измерениях реальности. В результате разные науки, теперь столь многочисленные и специализированные, попросту теряют последние точки соприкосновения. Это совершенно справедливо в отношении гуманитарных дисциплин, которых чересчур много, чтобы они могли уместиться в одной голове. Психиатру, например, чтобы лечить психические расстройства, надо изучать психопатологию, нейрофизиологию, психофармакологию, поведенческую терапию, психотерапию и ряд медицинских дисциплин. Вот поэтому психиатры могут хорошо разбираться в специальных дисциплинах своего круга, но совершенно не склонны изучать философию, науки гуманитарные и социальные.

Другая причина игнорирования философии и гуманитарных дисциплин психиатрами заключается в медикализации психиатрии. Дело в том, что в настоящее время большинство американских психиатров считают себя прежде всего врачами, т.е. людьми, практикующими медицинскую специальность. Психиатрия, с их точки зрения, есть не более чем раздел медицины наряду с кардиологией, ортопедией или гинекологией. Они поэтому и стремятся практиковать психиатрию так, как другие врачи практикуют свои специальности. Идеалом для них в этом смысле было бы максимальное приближение методов диагностики, лечения и оценки исходов в психиатрии к методам, которые используются в других отраслях медицины. Чтобы осознать, как же мы пришли к этому состоянию в психиатрии, необходимо обратиться к самой истории ее возникновения, к моменту ее рождения в эпоху Просвещения.

ЭПОХА ПРОСВЕЩЕНИЯ И РОЖДЕНИЕ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

Психиатрия возникла в 18 веке как проявление эпохи Просвещения, т.е. того времени, когда воодушевленные научным духом люди смогли посмотреть на психические расстройства как на болезнь, а не результат греха или колдовства. Возникновение психических проблем, трактуясь как закономерное, уходит из компетенции религии и морали. Хотя механизмы их развития оставались неизвестными, само понимание этих механизмов в терминах причин и следствий оказалось революционным. Но это своего рода механистическое понимание психических расстройств не существовало, как сегодня, в теоретической изоляции. Как и в любой другой науке того времени, такие взгляды формировали лишь одну из ветвей всеобъемлющей метафизики, которая включала социальные, политические, религиозные и моральные концепции. Чтобы ясно это увидеть, надо охарактеризовать всю эпоху.

В эпоху Просвещения еще более усиливается начавшийся в век Возрождения поиск универсального учения о всеобщих закономерностях, с позиций которого человеческие существа могли бы созидать себя и свой социальный мир. Эта универсальная дисциплина носила имя *философии*. В этот период науки представляли собой часть философии, т.е. сфера науки от сферы философии отделена еще не была. Декарт сформулировал давнюю мысль о том, что науки — лишь ветви философского древа. Универсальная философия, таким образом, включала и физику, и математику равно как дисциплины гуманитарные и общественные [4].

В своем всеобъемлющем единстве философия, более того, включала сферу политики и морали. Она была призвана направлять жизнь и деятельность человека, не разграничивая сферу ценностей и научное исследование. Целью мыслителей того времени было исключительно преобразование общества по законам разума. Сами ценности и идеалы французской и американской революций — свобода, равенство и естественные права — должны были вдохновлять эту политическую и социальную реформу, а идея свободного от ценностей научного знания была отложена для будущего столетия.

Когда такие мыслители эпохи Просвещения, как американец Бенджамин Раш, избрали психиатрию (еще так не названную) предметом своих исследований, к безграничной группе феноменов они приложили широкую философскую систему, которая охватывала все виды реальности. Поскольку болезнь трактовалась с позиций механицизма, больной продолжал рассматриваться как человек, имеющий все человеческие права и достойный полного спектра привилегий, положенных человеку. Психиатры, таким образом, могли рассматривать психическое расстройство просто как болезнь наряду с другими болезнями человека, а психически больных — способными жить по за-

конам морали. Вот эта точка зрения привела к возникновению так называемого *нравственного лечения*. Больных не только освобождали от цепей, но с целью интеграции в социальную жизнь одевали в приличную одежду, психиатры обедали вместе с ними, вели совместные дела и даже вступали с ними в брак [2, 9].

Но и в саму эпоху Просвещения, однако, уже готовились силы, которые должны были в конечном счете развенчать эту универсальную философию с ее высокой ролью. Идеалы Просвещения постепенно ослабевали из-за новых достижений в физике, анатомии и других естественных науках, а достижения эти приобретались за цену специализации. С накоплением знаний в отдельных областях специалистам в одной области стало трудно следить за достижениями в других, что неизбежно ограничивало возможности универсального понимания.

Философия продолжала, конечно, существовать, но в ней самой было уже трудно обнаружить прогрессивное накопление знаний, столь очевидное в других науках. Такие философы, как Гегель, еще пытались интегрировать гуманитарное знание и ценности в одну единственную систему мысли, но такие всеохватывающие системы мало кем были поддержаны. В результате философия, теперь мыслимая уже в отрыве от науки, оказалась интеллектуально дискредитированной. И так остается и сегодня — с той разницей, что отдельные науки привлекают даже больше внимания, а философия — только меньше.

СОСТОЯНИЕ НАУК В НОВОЕ ВРЕМЯ

Перед тем как более пристально взглянуть на состояние психиатрии сегодня, давайте рассмотрим некоторые из факторов, которые обеспечили возможность возрастающей специализации и расхождения наук. Чтобы вычлнить отдельную область реальности для научного рассмотрения, ученому нужно провести ряд актов абстракции, т.е. рассматривать свойства лишь одного аспекта реальности и абстрагироваться от других (в том числе и других свойств той же самой реальности). Физик, например, чтобы исследовать движение тока в микрофоне, должен проигнорировать тот факт, что микрофон есть инструмент культуры, который несет определенные социальные функции. Само собой, значение микрофона для выступающего или для публики им как-то будет осознаваться. Но это сознание никоим образом не должно влиять на его научное понимание электричества. Такое понимание абстрагируется от социальных функций тех предметов, в которых электричество имеет место. Абстрагироваться от ряда аспектов реальности, таким образом, значит систематически отбросить эти аспекты.

Область исследования в определенной науке может быть объяснена и понята только путем игнорирования тех аспектов реальности, которые изучаются другими науками. Именно это систематически проведенное абстрагирование и отделяет одну область науки от другой. Конечно, взаимодействие наук в ряде

случаев происходит, однако при этом возникают лишь новые специализированные области — например, психолингвистика и социолингвистика. Можно сказать, что история науки в Новое время — это история членения реальности на отдельные области путем специализации и разделения наук [4].

Некоторым образом этому процессу послужила и сама философия. Это происходило, например, в результате отыскания метафизических оснований для тех абстракций, которые проводились в науке. Например, поскольку естественные науки систематически абстрагируются от ценностей, они считаются *свободными от ценностей или нейтральными*. Хотя такая абстракция была, возможно, первоначально обусловлена необходимостью освободить науку от религиозного или политического контроля, она упростила природу для характеристики ее в математических терминах.

Философия сделала возможной эту абстракцию путем создания метафизического дуализма духа (как сферы ценностей) и тела, таким образом исключая ценности из внешнего мира, чтобы поместить их во внутреннюю сферу сознания. Этот дуализм духа и тела, фактически, очень хорошо способствовал избавлению природы от каких-либо свойств, которые разным наукам надо было проигнорировать, ибо эти свойства всегда можно было поместить в область духа, не допуская их существования во внешнем мире. Философия Нового времени, соответственно, способствовала рождению биологии, разрешив этой науке абстрагироваться от телеологии органического мира, сводя всю телеологию к сознанию. В результате жизнь оказалась подчинена той же причинности, что и неживая природа [5].

КРИЗИС СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

Вернемся теперь к современности, в которой психиатрия, как мы утверждаем, находится в состоянии кризиса. Положение нашей психиатрии сегодня весьма своеобразно, поскольку одни психиатры действительно видят ее критическое состояние, а другие в то же самое время считают, что она процветает как никогда ранее. Приверженцы последней точки зрения с гордостью укажут вам на усовершенствованный диагностический инструментарий (например, DSM-4) и наличие множества специализированных справочников, алгоритмов и тестов. Еще с большей гордостью они перечислят громадное количество препаратов четвертого поколения, которые эффективно избавляют от многих симптомов, ранее не поддававшихся медикаментозному лечению. А практическую эффективность этих препаратов, скажут они, можно объяснить новыми достижениями в исследовании биологических и генетических механизмов патогенеза психических расстройств.

Впервые за все время своего существования, продолжают эти психиатры, наша специальность сравнялась наконец с другими медицинскими специальностями

в научной точности исследования и знания, достоверности диагноза, безопасности и эффективности лечения. В результате этих достижений психиатрия обрела статус науки, заслуживающей такого же уважения, как и другие ветви медицины.

Но почему же мы тогда утверждаем, что современная психиатрия находится в состоянии кризиса? Ответ прост: дело в том, что стать уважаемой наукой, как мы считаем, она смогла лишь порядочно ограничив возможности понимания своего пациента.

Кризис современной психиатрии заключается в следующем:

- в психиатрии отсутствует концепция психического здоровья, т.е. понимание того, что, собственно, это такое. Вследствие этого совершенно разные стороны жизни пациентов описываются в терминах болезни, и само слово “феноменология” практически всегда несет сейчас смысловую нагрузку “психопатологии”.
- в психиатрии отсутствует адекватное понимание многих психических расстройств. Отказавшись от всех серьезных попыток понимания человеческого опыта и считая любую такую попытку ненаучной, она попросту редуцировала психические расстройства до перечня наблюдаемых симптомов.
- в психиатрии, как следствие, нет и адекватных способов лечения. Здесь тоже налицо упрощение и редукция, ибо методы лечения в большинстве своем суть медикаментозная или поведенческая терапия.

Итак, психиатрия, первородное дитя эпохи Просвещения, находится сейчас в состоянии кризиса постольку, поскольку ее понимание психического расстройства и человека слишком сужено и абстрактно. В рамках самой психиатрии отсутствует понимание ее оснований как лечебной дисциплины. Поэтому существует необходимость по крайней мере обратиться к тому образу психиатрии, который она имела в эпоху Просвещения — образу психиатрии как части общего учения о жизни, природе и обществе. Иными словами, психиатрии нужно снова обрести свое место в рамках универсальной философии человека, формирующей основания как для науки, так и для этики.

ЧЕМ ЧРЕВАТ КРИЗИС ПСИХИАТРИИ

Не так давно мы были свидетелями вопиющего злоупотребления психиатрией, которое связано было с непониманием своих пациентов, а равно и собственных оснований. Как в нацистской Германии, так и в Советском Союзе психиатрия использовалась в качестве инструмента величайших коллективных преступлений против человечества, которые когда-либо знала история. Надо отметить, что при этих тоталитарных режимах психиатрия была не просто одним из инструментов преступлений государства — она была весьма существенным инструментом.

Столь варварским политическим целям психиатрия могла служить потому, что ее концепция болезни не позволяла отличить психическое расстройство от

здоровья. Поэтому было возможно ставить диагноз совершенно нормальным людям и лечить их как психически больных. Болезнь в этом смысле означала непригодность к социальным или политическим требованиям, а здоровье, соответственно, означало подчинение этим требованиям [1, 3, 6, 7].

В настоящее время в американской психиатрии адекватная концепция психического здоровья также отсутствует. Таким образом, оно по умолчанию означает социальную адаптацию (приспособленность). Для детей это значит подчинение ожиданиям родителей, учителей, школьных психологов и других авторитетных фигур взрослых. Для взрослого человека это значит соответствие ожиданиям общества.

Многие социальные работники, клинические психологи, психиатры и т. п. будут диагностировать дезадаптацию как психическое расстройство — в силу того, что здоровье описывается в терминах психопатологии, а современные критерии болезни столь упрощены.

Социально-политическая обстановка в современной Америке, конечно, очень далека от обстановки в гитлеровской Германии или брежневском Советском Союзе. Но о нашей психиатрии, мы полагаем, этого сказать нельзя. Кризис, который мы описали, приводит к потере гуманитарных и этических основ понимания психически больных. А без такого понимания психиатрия может легко стать инструментом различных внешних сил.

И это уже происходит: в 1998 году психиатрия стала превращаться в служанку экономических целей системы здравоохранения. Это привело к еще большему редуционизму, т. к. необходимость учитывать те или иные экономические предпосылки ограничила возможности как исследования, так и лечения.

Прежде всего это проявляется в ограничении времени, которое отводится психиатру на общение с больным. Например, на первую беседу отводится сейчас 30 минут, а на дальнейшие контакты — и того меньше. Так была поставлена под вопрос сама возможность немедикаментозного лечения, поскольку оно должно занимать больше времени, а в подтверждение его эффективности заинтересовано крайне мало финансирующих организаций.

И наоборот, различные фармацевтические компании всегда готовы оплачивать исследования эффективности выпускаемых ими препаратов. Поэтому исследований фармакотерапии проводится значительно больше, чем исследований других видов лечения. Чтобы назначить лекарственный препарат, врачу не нужно тратить много времени, больному легко его принимать, и обычно препараты действительно эффективны в отношении тех или иных симптомов. Так что биологическая психиатрия вполне отвечает экономическим требованиям системы здравоохранения, а отсюда вполне закономерная задержка финансирования исследований других способов лечения как менее эффективных экономически.

В результате всего этого психические проблемы больного лечатся попросту как сдвиги биохимических показателей деятельности его мозга. Из-за необходимости учитывать экономические требования психиатры вынуждены практиковать таким образом, будто все психические расстройства полностью объясняются биологически. Биологическое направление в современной психиатрии играет ведущую роль, но не потому, что ее гипотезы научно подтверждены, а из-за того, что врачи попросту вынуждены мыслить ее категориями, чтобы работать в условиях тех ограничений, которые диктует система здравоохранения. А отсюда — все больший редуционизм в понимании больного и его болезни.

Взаимосвязь между системой здравоохранения и биологической психиатрией обусловлена их так называемым “избирательным средством”. Социолог Макс Вебер позаимствовал эту формулировку Гете для обозначения непричинного процесса, в котором две сферы интересов стремятся друг к другу и друг друга усиливают [8]. В нашем случае система здравоохранения не диктует напрямую выбор тех или иных подходов. Психиатры действительно свободны в своем выборе способов лечения и исследовательских проектов. Но сам такой выбор происходит в условиях жестких экономических ограничений, и в результате биологический подход оказывается наиболее приемлемым. Таким образом, системой здравоохранения были созданы такие условия, в которых у психиатра попросту нет иного выбора кроме подчинения лечебным и исследовательским программам, разрабатываемым биологической психиатрией.

Обнаруживается зависимость современной психиатрии от системы здравоохранения, которая вызывает серьезные опасения. Психиатрия находится в состоянии кризиса постольку, поскольку она потеряла свои основы в этическом понимании больного, т. е. том целостном понимании, которое позволяет видеть в человеке личность.

Перевод с английского И. В. Журавлева

ЛИТЕРАТУРА

1. Beer M. D. History of the psychiatric profession and its institutions // *Curr. Opin. Psychiatry*. 1997. V. 10. P. 412 – 418.
2. Bockhoven J. S. Moral Treatment in Community Mental Health. — New York: Springer Publishing Co, 1972.
3. Gluzman S. On Soviet Totalitarian Psychiatry. — Amsterdam: International Association on the Political Use of Psychiatry, 1989.
4. Husserl E. The Crisis of European Sciences and Transcendental Phenomenology: An Introduction to Phenomenological Philosophy. — Evanston, Ill.: Northwestern University Press, 1970.
5. Jonas H. The Phenomenon of Life: Toward a Philosophical Biology. — Westport Conn.: Greenwood Press, 1966.
6. Lifton R. J. The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide. — New York: Basic Books, 1986.
7. Савенко Ю. С., Виноградова Л. Н. Russian psychiatry: tendencies of development // *НПЖ*. 1996. II. С. 50 – 52.
8. Weber M. The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism. — New York: Charles Scribner's Sons, 1958.
9. Zilboorg G. A History of Medical Psychology (in collaboration with George W. Henry). — New York: W. W. Norton, 1941.

Кризис современной психиатрии: обретение личности*

Майкл Шварц, Осборн Виггинс (США)

ОГРАНИЧЕНИЯ ПСИХИАТРИИ

Современная психиатрия находится в состоянии кризиса из-за ограниченности своего понимания личности, а в результате и пациента. Понимание пациента в современной психиатрии отличается следующими особенностями: 1) психиатрия не имеет теории нормы и потому выражает большинство аспектов жизни пациента в терминах патологии; 2) психиатрия сводит проблемы пациента к списку патологических симптомов; 3) психиатрия стремится постигнуть эти симптомы как имеющие, в первую очередь, биологические причины; 4) методы лечения в психиатрии являются фармакологическими и поведенческими. В связи с таким редукционизмом, психиатрия не способна проводить различие между нормальными и патологическими особенностями жизни человека. Она не может рассматривать патологические аспекты жизни пациента внутри более широкого контекста его личности и социо-культурных особенностей жизни. Она не способна адекватно учитывать психологические и социальные факторы, которые вызывают и поддерживают отдельные проблемы пациента. И, наконец, она не может адресовать лечение всему человеку, изо дня в день живущему в определенном социо-культурном мире.

Этот редукционизм предупреждает нас также о важных компонентах человеческой жизни: он напоминает нам о том антропологическом факте, что человеческое существо во многих отношениях является объектом. И хотя теория редукционизма, в силу своей ограниченности, ведет к потере личности, наши попытки вернуть личность должны включить в себя объектные компоненты человеческого существования, на которых заостряет внимание редукционизм. Поскольку человеческое существо, в определенном отношении является объектом, для исчерпывающего понимания человека нужно не игнорировать эту объектность, а поместить ее в более широкий философский контекст, которому она по праву принадлежит.

Возвращение личности в психиатрию потребует разработки адекватной "философской антропологии". Это должна быть теория жизни личности, охватывающая все значимые для нас аспекты человеческого существования. Предыдущие философские подходы к человеческой жизни не сумели стать всеохватывающими по двум основным причинам.

Во-первых, они не учитывали некоторые измерения человеческого существования. Многие из них

концентрировались на разуме, но игнорировали тело. Если же они включали рассмотрение человеческого тела, это обычно было тело, рассматриваемое исключительно как биологический организм, т.е., тело в понимании биологии. Такое понимание пропускает живое тело — тело, как мы осознаем его в до-научном опыте. Некоторые теории человеческого существования делают акцент на чувствованиях и рассуждениях человека и не способны описать эмоции и социальные отношения. Мы полагаем, что философская антропология будет содержать общее описание всех аспектов или измерений человеческой реальности: психологическое, социо-культурное, эстетическое, политическое, религиозное, биологическое и даже нейрофизиологическое.

Во-вторых, философские теории человеческого существования до настоящего времени сосредоточены на том, что в человеческой жизни нормально, и игнорируют то, что выпадает из нормы, т.е., то, что ненормально, суб-нормально или сверх-нормально. Например, М. Мерло-Понти в своей работе "Феноменология восприятия" использовал заключение Курта Гольдштейна о его пациентах с поврежденным мозгом только для того, чтобы лучше прояснить, как функционирует живое тело в норме. И хотя там имеются фрагменты феноменологии патологических переживаний пациентов, но эти переживания никогда специально не изучались. Точно также можно встретить описание некоторых патологических состояний (например, расщепленный мозг) в исследованиях психики, проводимых американской и британской аналитической философией, но эти описания обычно служат лишь для того, чтобы пролить свет на переживания здоровой целостной личности или восприятие предметов окружающего мира.

То направление философской антропологии, которое интересует нас в плане возвращения к личности, охватывает все аспекты личностного опыта, включая психологическое, социальное и религиозное, также как и всех людей (как здоровых, так и больных). Попробуем очертить рамки такой философской антропологии. Она основывается на идеях ряда авторов, исповедующих традиции феноменологической и экзистенциальной философии и антропологической медицины.

Начнем с философского эскиза самого феномена жизни. Этот анализ позволит нам осветить определенные качества живого существа, как человека, так и животного, которые мы назовем биодинамическими векторами. На основе противопоставления животных и человека мы покажем, какую роль в формировании человеческого существования играют биология, культура и свобода. Затем мы обратимся к 4 психи-

* Обе публикуемые здесь работы представляют лекции, прочитанные авторами в ноябре 1998 г. в Цюрихе при вручении премии Margit Egner "За вклад в более гуманный мир для людей с психическими расстройствами."

ческим расстройствам: маниакально-депрессивному психозу, шизофрении, социопатии/истерическому расстройству личности и обсессивно-компульсивному расстройству, и рассмотрим их не как психические расстройства, а как экзистенциальные типы, определяемые гиперномией, адономией, гипономией и идиономией. В заключение мы покажем, что люди, воплощавшие эти экзистенциальные типы, играли выдающуюся роль в истории человечества.

ФЕНОМЕН ЖИЗНИ

Начнем с органического уровня и отметим основные составляющие всех живых существ. Фундаментальная задача каждого живого организма — обеспечение своего продолжающегося существования — постоянно находится под угрозой возможной смерти-небытия. Эта возможность может стать реальной, если организм не противостоит ей, постоянно что-то делая. Поскольку жизнь, организма не гарантирована, ее необходимо постоянно поддерживать путем собственной активности.

Живому существу угрожает небытие, так как организм — это производная от потребности: он никогда не бывает самодостаточным. Живущий организм не может поддерживать свое существование, будучи замкнутым внутри себя: для того, чтобы существовать, он должен соотносить себя с другими, с миром. Организм зависит от мира через источники удовлетворения потребностей. Активность организма состоит из взаимодействия с окружающей средой. Если это взаимодействие обрывается, организм умирает. Он не обладает самодостаточностью, которая позволила бы продолжать свое существование исключительно за счет внутренних ресурсов, и, таким образом, является существом, зависящим от окружающего мира [3].

Но организм должен также оставаться независимым от своего окружения. Если границы, отделяющие жизнь организма от мира, исчезнут, он умрет. Живое существо должно утвердить свою идентичность, выделив себя из окружающей среды. Для того, чтобы отделить себя от мира, организм должен взаимодействовать с ним. Следовательно, отношения организм — мир являются комплексными: продолжающееся бытие организма зависит как от отношений с миром, так и от отделенности от мира [3].

Эти качества живого организма присутствуют даже на уровне метаболизма. Процессы метаболизма внутри поддерживающего свою жизнь организма зависят от питательных веществ, постоянно получаемых из внешнего мира. Однако в этих процессах обмена веществ организм должен поддерживать свои собственные четко очерченные границы. Если границы между организмом и миром становятся слишком прозрачными, процессы метаболизма прерываются и наступает смерть. Таким образом, метаболизм организма является примером и зависимости от мира и само-закрытости: и то, и другое должно существовать одновременно чтобы процесс продолжался [3].

Следовательно, мы можем отметить две взаимосвязанные особенности живых существ. Если одна из этих особенностей начинает доминировать, другая оказывается под угрозой. Они существуют в определенном отношении: одна необходима другой для того, чтобы жизнь продолжалась, но возрастание одной приостанавливает функционирование другой. Продолжение жизни требует чтобы между указанными особенностями был найден баланс: они должны существовать в равновесии, так чтобы ни одна не подавляла другую. Эти свойства могут быть охарактеризованы двумя различными способами, показывающими их в несколько различном свете: связь с миром и само-закрытость или зависимость от мира и независимость от мира.

Мы хотели бы назвать эти свойства *векторами* жизни. Каждый вектор представляет потребность живого существа, и эти потребности необходимы для жизни. Как жизненные потребности, они притягивают к себе живое существо или вынуждают двигаться по направлению к ним. Чтобы отразить этот смысл движения или тенденции по направлению к ним, назовем эти свойства биодинамическими векторами. Понятие вектора выражает направление движения.

БИОЛОГИЯ, КУЛЬТУРА И СВОБОДА

Теперь можно поставить вопрос: что управляет этим движением или тенденцией? Как эти движение или тенденция детерминированы?

У животных направления движения определяются, в первую очередь, биологическими факторами, которые формируют формы зависимости от мира. У низкоорганизованных животных эти формы зависимости от мира могут быть в значительной мере механическими, осуществляемыми благодаря, например, механическим рефлексам. Клещ на дереве падает на человека, прогуливающего внизу, точно тогда, когда температура воздуха и концентрация бутировой кислоты в выделяемом человеком поте превосходит уровень порога. У более сложноорганизованных животных формы отношений с миром являются, прежде всего, инстинктивными, и эти инстинктивные формы детерминированы биологией. Существующие инстинкты являются неизменными и точными. Каждый вид животных имеет свое собственное “видо-специфическое окружение”: окружающая среда связана с определенным видом организмов и его набором механизмов и инстинктов. Различные виды животных не делят окружающую среду; каждый вид имеет свою собственную. Следовательно, связь с миром у животных это, в действительности, видо-специфические отношения с окружающей средой. Кроме того, биологические факторы определяют формы само-закрытости у животных [8 – 11].

У людей, однако, биологические факторы не столь важны. Биология не исчерпывает наши формы взаимоотношений с миром, оставляя их открытыми и недетерминированными. Инстинкты, которые жестко

определяют взаимоотношения с окружающей средой у животных, играют гораздо меньшую роль в человеческом опыте и действиях. В результате человек не имеет видоспецифического окружения. Итак, хотя человек детерминирован своим биологическим происхождением, он способен жить в очень разнообразных условиях окружающей среды. Это то, что Макс Шеллер обозначил термином “открытость миру”. В то время, как животные ограничены относительно узким окружением, человек открыт гораздо более широкому ряду мультифакторной реальности. Следовательно, биология оставляет человека изменяющимся, недетерминированным, пластичным и податливым [2, 8 – 11].

То же самое можно отнести к формам само-ограничения или само-зависимости у человека. Например, биология лишь частично детерминирует формы нашей взаимосвязи с телом. Человек способен принять огромное разнообразие отношений к своему телу и пониманий тела. Биология, таким образом, оставляет наши формы само-зависимости гибкими, пластичными и слабо детерминированными [2, 8 – 11].

По этой причине биологические факторы должны быть дополнены. Поскольку биология оставляет нас достаточно пластичными и податливыми в многообразии путей формирования человеческого поведения, ее может дополнить культура. Культура навязывает свои чисто человеческие формы существования и таким образом помогает ограничить открытость миру, оставленную нам биологией. Принимая социальные ценности и выполняя социальные роли, наш опыт формируется в более или менее определенные паттерны. Культура детерминирует то, что биология оставляет недетерминированным. Социализация в конкретном обществе определяет для нас приемлемые формы взаимоотношений с миром и с собой [2, 8 – 11].

Однако культура также оставляет нас в какой-то степени открытыми, недетерминированными, податливыми и изменчивыми. Даже после того, как культура и биология вместе сформируют определенный тип существования в мире, сохраняется недетерминированность действует индивидуальная свобода выбора. После того, как культура и биология сделали свою работу, неопределенность различных форм связей с миром и собой должна быть определена волевыми решениями. Таким образом, отношения с миром и само-ограничение, а также зависимость и независимость от мира формируются в человеческой жизни тремя силами: биологией, культурой и индивидуальной свободой.

ЭКСЦЕНТРИЧНАЯ ПОЗИЦИЯ

Для того, чтобы объяснить, как бытие детерминруется нашими связями с миром и нашим само-ограничением, мы должны представить другой существ-

венный компонент человеческого существования, который Гельмут Плеснер назвал эксцентричной позицией [5 – 7].

Эксцентричная позиция человека означает, что человек может одновременно и соответствовать и не соответствовать своему бытию. Человеческое существо и центрировано, и не центрировано на себе: я и идентичен себе и отличен от себя.

Возьмем, например, отношение к своему телу. В определенном отношении я есть мое тело, я совпадаю со своим телом, мое тело и я — это одно и то же. Но в других отношениях, мое тело — это что-то отличное от меня: это объект или вещь, которую я использую.

Например, я использую руки для того, чтобы работать на компьютере. Когда я набираю текст, я не осознаю свои руки. В этом случае я и мои руки — это единое целое; я не различаю между своим сознанием, которое продуцирует мысли, и руками, которые набирают эти мысли. Мое сознание и руки — это одна реальность: они выполняют работу вместе, как невидимый элемент. Но мои руки не всегда могли печатать на компьютере. Несколько лет назад я должен был научиться, то есть, научить свои руки, как печатать. Тогда руки были объектом, о котором я должен был думать, и я должен был сознательно руководить ими в каждый момент. Теперь, когда мои руки научились печатать, я не думаю о них и не руковожу ими сознательно. Они настолько объединены с моими мыслями, что мысли немедленно появляются в виде слов на экране компьютера. Конечно, это немедленное появление слов, которыми оперирует мой ум, опосредовано: оно опосредовано печатающими пальцами. Поэтому Плеснер говорит о взаимоотношениях с собственным телом, как отношениях “опосредованной непосредственности”

В качестве другого примера можно взять эмоции. Когда я испытываю определенные сильные эмоции, я просто сам становлюсь ими, мое существо живет в этих эмоциях. Но я могу решить “овладеть” своими эмоциями, изменить их. Я могу приказать себе успокоиться или не волноваться так сильно. Конечно, я могу и не достичь полного успеха, пытаюсь контролировать свои эмоции. Но и частичный успех хорошо демонстрирует эксцентричную позицию человеческого существа. Мои эмоции не идентичны мне, поскольку я могу контролировать их; но в какой-то степени они идентичны мне, так как я не могу контролировать их полностью и просто вынужден быть ими.

Биодинамические векторы включены в человеческую эксцентричную позицию. В определенном отношении я сам являюсь формой зависимости от мира: мое отношение к миру в какой-то степени задано и неизменяемо; это то, что я есть; это моя модель личностного существования. Но в каком-то отношении я могу контролировать и изменять свою зависимость от мира. Она не дана раз и навсегда, потому что я могу ее модифицировать. Моя зависимость от мира — это то, по отношению к чему я могу занимать какую-то пози-

цию. Я могу занимать какую-то позицию, потому что я не целиком идентифицируюсь с миром.

Далее, биодинамические векторы являются частью эксцентричной позиции человеческой жизни: наша жизнь совпадает с нашими персональными формами взаимоотношений с миром и формами само-ограничения. Но мы можем также сопротивляться им и изменять их. Поэтому можно говорить об “ограниченной свободе” человеческого существа. Наши биодинамические векторы сформированы биологией и культурой. С точки зрения индивида эти векторы заданы: они определяют и детерминируют, кем является этот индивид. Они даны индивиду, изобретенные биологией и культурой. Тем не менее, индивид может сопротивляться им, пытаться контролировать и модифицировать их. Поскольку эти векторы определены биологией и культурой, выбор ограничен. Но поскольку индивид может — в определенной степени — контролировать и изменять этот выбор, он в каком-то отношении остается свободным. Отношения индивида с его биодинамическими векторами — это отношения ограниченной свободы [5 – 7].

Биология, культура и свобода формируют человека по-разному. Например, некоторые люди с удовольствием играют различные социальные роли и могут легко и свободно приспособлять свое поведение к требованиям этих ролей. Такие люди способны целиком идентифицироваться со своими ролями, по крайней мере, тогда, когда они их выполняют. Другие при выполнении социальных ролей переживают чувство неловкости. Даже когда им удается заставить себя играть какую-то роль, они испытывают определенную “ролевую дистанцию”. Эти альтернативы — ролевая идентификация и ролевая дистанция — результат биологических, культурных и личностных детерминант. Эти детерминанты формируют нас по-разному, так что у каждого из нас свое отношение к социальным ролям.

Отметим, однако, что люди, в отличие от животных, могут играть социальные роли, и это происходит благодаря нашей эксцентричной позиции. Когда я играю социальную роль, это одновременно то, что я есть, и то, чем я не являюсь. Например, когда я учу, я учитель. Но я также манипулирую своей ролью, приспособляю и изменяю ее, формирую ее и поддаюсь ей. Я контролирую то, как я играю свою роль, но не имею полного контроля, потому что роль это что-то, чем я сам являюсь.

Предположим, что ролевая идентификация и ролевая дистанция выражают возможные направления биодинамических векторов, о которых мы упоминали выше, а именно, зависимость от мира и независимость от мира. Ролевая идентификация выражает зависимость индивида от мира. Ролевая дистанция отражает независимость личности от мира. В своем повседневном выполнении ролей многие люди способны балансировать между ролевой идентификацией и ролевой дистанцией. Они играют роли достаточно ес-

тественно, но не целиком идентифицируются с ролью. Баланс во взаимоотношениях каждого индивида с его социальными ролями выражает равновесие между зависимостью и независимостью от мира. Конечно, в человеческой жизни такое равновесие редко бывает постоянным. Нерешительный человек иногда идентифицируется со своей ролью, но в другое время чувствует себя глубоко отчужденным от нее. Векторы, как тенденции в человеческой жизни, меняются: они перемещают человека в различных направлениях в различное время. Но именно в этом изменении и непостоянстве хорошо обнаруживается изменчивый и пластичный характер человеческого существования. Это те изменения и колебания, относительно которых мы должны прийти к соглашению с самими собою и принять решение, выбрав одну из открытого ряда имеющихся возможностей.

Жизнь личности, таким образом, возникает как широкий спектр возможных жизненных путей. Этот спектр широк, так как биология оставляет наш мир открытым, а дополняющая биологию культура, формирует нас в громадном разнообразии путей. И даже после того, как биология и культура поместили каждого из нас в какое-то место широкого спектра человеческих индивидов, остается неопределенность, дающая возможность воспользоваться индивидуальной свободой воли. Именно это решает окончательно, как каждый из нас будет жить.

ФИЛОСОФСКАЯ АНТРОПОЛОГИЯ

Разнообразие человеческих типов включает в себя и тех, кого мы привыкли называть психически больными. Прежде всего мы хотели бы заметить, что именно открытость человеческих существ миру позволяет выживать тем, кто ведет себя как психически больной. Человеческая жизнь может принимать множество различных индивидуальных форм и существует благодаря тому, что каждая форма неотъемлемо сохраняет гибкость и неопределенность, позволяя приспособляться к имеющемуся окружению. Если “девиантная” форма существования появляется у животного, оно, вероятно, не выживает. “Девиантные инстинкты” животных могут вызвать такие способы поведения, которые, вследствие их фиксированной структуры, окажутся непригодны для адаптации. Девиантные формы поведения человека остаются достаточно открытыми и не мешают приспособляться к разнообразию ситуаций.

Теперь давайте используем антропологию, эскиз которой мы набросали, для анализа ключевых компоненты четырех различных психических расстройств и сопоставим эти компоненты у людей, страдающих маниакально-депрессивным психозом, шизофренией, социопатией или истерическим расстройством личности и обсессивно-компульсивным расстройством. При этом мы предлагаем отойти от патологического понимания этих типов человеческого бытия. Хотя совершенно очевидно, что они имеют биологические,

генетические, социальные и психологические детерминанты, мы не будем к ним обращаться. Мы будем характеризовать эти типы как различные способы существования в мире и рассматривать их, как экзистенциальные типы [4].

Человек, склонный к маниакально-депрессивному психозу, обычно успешно идентифицируется с существующими социальными ролями и ценностями. Эта установка оказывается успешной, даже когда депрессия отсутствует. Фактически, такой человек сверх-идентифицируется с социальными нормами. Следуя Теленбаху и Краусу, назовем эту сверх-идентификацию с установленными социальными ценностями гиперномией. Гиперномия проявляется чрезмерной зависимостью от существующего социального мира и чересчур малой независимостью от него. В маниакальных фазах такие люди часто восстают против существующих норм и ценностей. Однако чрезмерная страстность и решительность их протеста показывает, насколько зависимыми они остаются от тех ценностей, против которых в этот момент выступают [4, 13].

В отличие от пациентов с маниакально-депрессивным психозом, для больных шизофренией характерна неспособность идентифицировать себя с социальными ролями и ценностями. Такие люди заканчивают полным отрицанием социальных норм или выходом за их пределы. Они могут даже создать для себя совершенно новый мир. Назовем эту неспособность приспособляться агонимией. Агонимия проявляется неспособностью согласовывать свое поведение с существующим социальным миром [1, 4].

Тех, кто склонен к социопатии или к истерическим личностным расстройствам, обычно рассматривают не с точки зрения идентификации с социальными ценностями, а со стороны манипулирования этими ценностями в своих интересах. Такое снижение идентификации с социальными нормами мы обозначим гипонимией. Гипонимия проявляет себя слишком слабой связью с окружающим социальным миром [1].

У людей, страдающих обсессивно-компульсивными расстройствами, нет другого выбора, кроме как строго придерживаться своих идиосинкразических ценностей. Поскольку их личностные ценности противостоят существующим социальным нормам, они могут стесняться этой зависимости и пытаться скрыть ее от окружающих. Сверх-идентификацию со своими собственными идиосинкразическими ценностями и правилами мы назовем идионимией. Идионимия представляет крайнюю форму само-закрытости [1].

Таким образом, мы выделили, по крайней мере, четыре возможных способа соотносить себя с социальным миром: гиперномия, агонимия, гипонимия и идионимия. В описанных экзистенциальных типах эти варианты зависимости от мира являются фиксированными и неизменными. Те, кто страдает маниакально-депрессивным психозом, не способны действовать иначе, как решительно идентифицируясь с суще-

ствующими социальными нормами. Больные шизофренией также несвободны: они не могут идентифицироваться с социальными ролями и ценностями. Страдающие социопатией или истерическим расстройством личности, независимо от своего желания, всегда плохо идентифицируются с социальными ценностями. Люди с обсессивно-компульсивными расстройствами не могут по собственной воле прекратить безраздельное следование своим идиосинкразическим правилам. Коротко это можно сформулировать так: страдающие маниакально-депрессивным психозом должны быть гиперномиками, больные шизофренией — агонимики, социопаты или страдающие истерическим расстройством личности — гипонимики, а больные с обсессивно-компульсивными расстройствами — идионимики.

Необходимость признать, что эти формы зависимости от мира проистекают как из биологических, так и из социальных причин. Научные исследования в нейронауках и когнитивных нейронауках начали развивать идею о решающем значении биологических детерминант у индивидов, которые представляют эти типы [12]. Биологические детерминанты оставляют этих людей менее открытыми миру, чем других, которые испытывают большую гибкость и податливость в своих формах ценностной зависимости. Большинство людей могут в значительной степени идентифицироваться с культурными ценностями, но иногда чувствуют отчуждение от принимаемых социальных норм. Люди с психическими расстройствами имеют биологическую структуру, которая превращает одну форму ценностной зависимости в доминирующую и распространяющуюся повсюду. Другие формы взаимоотношений с ценностями им мало доступны. Относительно своих форм отношений к ценностям, они являются негибкими и неизменяемыми.

Конечно, то, что мы только что сказали, нуждается в определенных ограничениях. Люди этих экзистенциальных типов в действительности чувствуют притяжение в различных направлениях. Например, склонные к маниакально-депрессивным состояниям с господствующей гиперномией могут иногда испытывать некоторую склонность к отрицанию общепринятых ценностей. Другими словами, они могут, в какой-то степени, тяготеть к агонимии, как, впрочем и к идионимии. Но в конечном счете именно гиперномия контролирует действующее "Я": тяга гиперномии остается слишком сильной, чтобы ей противостоять, хотя на таких людей могут оказывать некоторое влияние и другие формы ценностной зависимости. Следовательно, могут встречаться и переходные типы, такие, например, как больные шизоаффективными психозами.

Следующее ограничение, которое должно быть сделано, связано с индивидуальной свободой, хотя у выделенных экзистенциальных типов и отмечается серьезный недостаток этих возможностей. Люди, страдающие этим видом личностной неподвижности,

тоже порой могут действовать непредсказуемым образом.

Таким образом, описанные четыре экзистенциальных типа следует рассматривать как четыре различных способа человеческого бытия. В зависимости от особенностей своего формирования под влиянием биологических, культуральных и личностных факторов, многие люди могут до определенной степени приближаться к этим типам. Описанные типы, однако, лежат в крайних точках широкого спектра человеческих индивидов. Следовательно, их голоса — вместе с голосами тех, чьи векторы направляют нас ближе к центру человеческого разнообразия — должны быть услышаны. Все вместе мы составляем множественность форм зависимости от мира, которая делает людей способными обитать как в этом мире, так и в бесчисленных и непостижимых прошлых и будущих мирах.

Действительно, эти экзистенциальные типы могут играть существенную, а порой решающую, роль в истории человечества. Гиперномический тип выполняет неоценимую консервативную функцию, утверждая социальные стандарты и выражая неодобрение различным отклонениям от этих стандартов. Отклонения от культурных ценностей рассматриваются гиперномическими индивидами как недостатки и требуют, с их точки зрения, обязательного исправления. Гиперномики обеспечивают сильную и самоотверженную поддержку социальных норм и институтов. Без них непрочность, присущая социальным нормам, может дойти до стадии кризиса.

Во времена социальных кризисов решающую, даже революционную историческую роль могут играть агонимические типы. Агонимики изобретают новые системы ценностей. Благодаря своему отчуждению общепринятых норм, своей выраженной аутентичности, способности воспринимать детали, на которые не обращают внимание другие, и своей метафизической рассеянности, они могут излагать и разъяснять обновленные ценности, отличные от принятых ранее. Они полагают, что имеют “спасительное знание”, которое может уберечь человечество от углубляющегося кризиса. Агонимическое видение “новых высот и новых рубежей” не один раз в истории человечества спасало общество от тупиков, в которые их заводили традиционные ценности.

Гипономические индивиды, с другой стороны, хорошо адаптируются к быстрым переменам ценностей и нравов, характерным для переходных и кризисных периодов. Талантливые актеры, они могут воспринять ценности момента и выразить их страстно и очень доходчиво. Они с одинаковым удовольствием разрушают старое и принимают новое.

Наконец, идиомики способны сохранить для всех нас то, что, кажется, уже не является ценностью сейчас, но может возродиться в будущем. Серьезность целей, преданность своим задачам, выраженная способность работать и повышенное вниманием к де-

татам дает им возможность сохранить то, что является ценностью, но, тем не менее, может быть уничтожено.

Мы хорошо знаем, что с этими типами часто ассоциируются те, кто тяжело страдает. Тем не менее, если мы правы относительно важной исторической роли, выполняемой индивидами описанных экзистенциальных типов, было бы серьезной ошибкой стремиться исключить из генетического фонда человечества те гены, которые продуцируют таких людей. Эти гены нужно сохранить для того, чтобы продолжить появление людей описанных типов. Поиск генов и генетических механизмов, лежащих в основе психических расстройств, составляет центральную задачу исследований современной психиатрии. Мы предупреждаем, что уничтожение таких генов, если они существуют, было бы серьезной ошибкой. Человечеству нужны гиперномики, чтобы упорно бороться за утверждение существующих стандартов. Ему также нужны агонимики, которые радикально пересматривают пути жизни, и гипономики, которые разрушают старое, создают путь для нового и принимают его. В то же время, идиомики сохраняют старые, но не признаваемые сейчас ценности: завтра такие ценности могут вновь стать значимыми для нас. Без гиперномиков наши традиционные социальные структуры потеряют свою основную человеческую поддержку, и им будет угрожать коллапс, без агонимиков мы потеряем новые перспективы, необходимые, когда наши традиционные институции неизбежно терпят крах. Гипономики могут смягчить этот крах, в то время как идиомики сдерживают развитие событий и сохраняют то, что может в будущем вновь оказаться полезным. Человечество нуждается в таких исключительных качествах — от них может зависеть продолжение нашего существования.

ОБРЕТЕНИЕ ЛИЧНОСТИ

Современная психиатрия утратила адекватную концепцию личности и обладает лишь разрозненными элементами и фрагментами такой концепции. Для того, чтобы вновь обрести личность, нам нужно всестороннее понимание человеческой жизни, которое включит и интегрирует биологические, социальные, психологические и другие перспективы. В последние несколько десятилетий в психиатрии была проделана плодотворная работа, но эта работа, концентрируясь в определенной выбранной сфере, совершенно абстрагировалась от других особенностей пациента. Поэтому неудивительно, что эти исследования произвели лишь части целого. И поскольку эти части не были осознаны как то, чем они в действительности являются, возникла путаница. Когда изолировано берут какую-то одну сторону личности и обращаются с ней так, как будто это основной или центральный аспект личности или психического заболевания, следуют ошибки. Многочисленные перспективы человеческого существования должны быть поняты на основе все-

объемлющей философской антропологии, которая вместит в себя совокупность всех имеющихся возможностей. Мы попытались эскизно обрисовать такую антропологию.

Но этого мало. Ценности, которые исповедует психиатрия, должны обосновываться и развиваться так, чтобы она могла защитить себя от экономических, политических и социальных злоупотреблений. Этический подход требует, чтобы при лечении пациентов всесторонне учитывались права и достоинство целостной личности. Ведь мы имеем дело с болезнями, которые вызывают так много страданий.

Перевод Л. Н. Виноградовой

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Dorr O. *Germeneutica, Dialectica y Psiquiatria* // Rev. Chil. Neuro-psiquiat. 1992. V. 30. P. 179 – 188.
2. Gehlen A. *Man: His Nature and Place in the World*. — New York: Columbia Univ. Press, 1988.

3. Jonas H. *The Phenomenon of Life: Toward Philosophical Biology*. — New York: Harper & Row, 1966.
4. Kraus A. *Sozialverhalten und Psychose Maniach-Depressiver. Eine existenz – und rollenanalytische Untersuchung*. Stuttgart, 1977.
5. Plessner H. *Ausdruck und menschliche Natur*. // *Gesammelte Schriften*, VII. — Frankfurt/Main, 1982.
6. Plessner H. *Die Stufen des Organischen und Der Mensch*. // *Gesammelte Schriften*, IV. — Frankfurt/Main, 1981.
7. Plessner H. *Laughing and Crying: A Study of the Limits of Human Behavior*. — Evanston, IL, 1970
8. Portmann A. *A Zoologist looks at Humankind*. — New York: Columbia Univ. Press, 1990.
9. Portmann A. *Assays in Philosophical Zoology: the living form on the seeing eye*. — New York: The Edwin Melten Press, 1990.
10. Portmann A. *Vom Lobandigen: Versuscho zu ainer Wissenschaft vom Menschen*. — Frankfurt/Main, 1973.
11. Portmann A. *Biologie und Geist*. — Frankfurt/Main, 1956.
12. Spitzer M. *Mind Within the Net. Models of Learning, Thinking and Acting*. — Cambridge, MA, 1999.
13. Tellenbach H. *Melancholy*. — Pittsburg, 1961.

ИНСТИТУТ ГРУППОВОЙ И СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

<http://www.igisp-klass.aha.ru> E-mail: kroll@aha.ru Телефоны: (095) 917-8020; 917-8028

ИСТОРИЯ ИНСТИТУТА

Институт групповой и семейной психотерапии — один из первых негосударственных институтов в Москве, занимающихся психологией и психотерапией. Он основан в 1992 году на базе Ассоциации эриксоновской терапии, гипноза и НЛП, которая к тому времени насчитывала около 600 членов и была широко известна тренингами зарубежных мастеров психотерапии. Институт открыл для отечественных специалистов широкий спектр направлений мировой психотерапии в первых лицах:

- Впервые в России профессионалам стали доступны мастерские по групп-анализу: М. Пайнс, Дж. Шлапоберски, Б. Босвуд, В. Кнауз и др.
- Первые сертифицирующие семинары по НЛП были проведены на базе нашего Института создателями этого направления: Дж. Делозьер, Р. Дитлс, Э. Энтус, М. Аткинсон, П. Врица и др.
- Институт познакомил Россию с Эриксоновским гипнозом, пригласив всемирно известных специалистов: Б. Э. Эриксон, Дж. Зейга, Э. России, Г. Ластига, Ж. Беккио и др.
- Оттолкнувшись от зарубежного опыта, Институт организовал ряд Региональных психологических школ, сделав широко доступными самые современные методы психотерапии специалистам помогающих профессий в городах: Владивосток, Калуга, Кострома, Краснодар, Рязань, Ставрополь, Сургут, Тольятти, Уфа и др.

За время существования Института в нем прошли обучение более 10 тысяч слушателей из разных городов России и СНГ.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

- Длительное (двух- и трехлетнее) обучение профессионалов методам современной психотерапии (НЛП, психодрама, эриксоновский гипноз, гештальт-терапия, семейная терапия, психоанализ, юнгианская психотерапия, психологические консультирование).
- Проведение психотерапевтических программ для клиентов: психологические тренинги и индивидуальное консультирование.
- Специализированные бизнес-тренинги для предпринимателей, руководителей и сотрудников организаций.
- обучение специалистов и сотрудников служб персонала технологиям ведения тренингов и групп — “Тренинг тренеров”.
- Издание “Библиотеки психологии и психотерапии”, уникальной коллекции бестселлеров мастеров зарубежной и отечественной психотерапии. Вышло более 60 книг.
- Создание и распространение обучающих видео- и аудиокассет по всем направлениям современной психотерапии и бизнес-консультирования.

СТРУКТУРА ИНСТИТУТА

Подразделениями Института являются издательство “Независимая фирма КЛАСС” и Центр обучения персонала организаций.

СОЗДАТЕЛЬ И РУКОВОДИТЕЛЬ ИНСТИТУТА

Кроль Леонид Маркович, кандидат медицинских наук, психотерапевт.

Шизофрения?

Семинар ведет А. Ю. Магалиф (октябрь 1999г.)

Врач-докладчик А. Н. Шустов

Вашему вниманию представляется больной А. М., 1971 года рождения, поступил в Московскую психиатрическую больницу № 3 им. В. А. Гиляровского 4 октября 1999 г.

Анамнез. Мать больного страдает шизофренией, имеет инвалидность, неоднократно лечилась в ПБ № 3 по поводу депрессивно-бредовых состояний, совершала суицидальные попытки, в настоящее время в состоянии ремиссии. Отец злоупотреблял алкоголем, в опьянении был агрессивен, избивал жену и детей, которые убегали из дома и прятались у соседей; умер двадцать лет назад от цирроза печени. Старшая сестра здорова, добрая, спокойная, заботливая.

Больной родился в Москве, раннее развитие нормальное. В пятилетнем возрасте неоднократно употреблял пиво по принуждению родителей. В школу пошел с семи лет, до третьего класса учился плохо, к занятиям относился легкомысленно. После того, как мать и сестра пригрозили, что отдадут его в интернат, стал учиться хорошо. В школе принимал участие в олимпиадах по биологии, участвовал в художественной самодеятельности, в драмкружке, активно занимался спортом, имел первый разряд по классической борьбе. По характеру всегда был веселым, радостным, по словам родных "светлым". Всегда был повышенно ответственен, добр, чувствителен к животным и старикам. В тринадцать лет с Тимуровской командой ухаживал за слепой и беспомощной бабушкой, обслуживал ее в течение 12 лет, до ее смерти. Дети за воинствующую честность, совесть и призывы к порядку не любили его, несколько раз избивали. С четырнадцати лет стал искать смысл жизни. Много читал, весьма отвлеченно рассуждал о том, как надо жить. Успешно закончил одиннадцать классов. Был призван в армию, служил с 1991 по 1993 гг. в морских пограничных войсках. С сослуживцами отношения складывались не ровно, возникали конфликты в связи с дедовщиной. Объединял вокруг себя солдат для оказания сопротивления, но те часто подводили его и он оказывался "крайним". В армии стал читать много религиозной литературы, вновь стал задумываться о смысле жизни, в то же время увлекся гаданием на картах.

Вернулся из армии физически ослабленным, с авитаминозом, множественными гнойниками на ногах.

Был очень раздражителен, возбудим, агрессивен, но к родным агрессии не проявлял. Работал на заводах наладчиком, слесарем, электромонтажником. Взаимоотношения с сотрудниками на работе были натянутыми якобы из-за того, что он не употреблял с ними спиртных напитков и не курил. Они пытались его принудить выпить, но он отстаивал трезвый образ жизни. Противился постоянным мелким хищениям и часто из-за этого увольнялся с работы.

В 1995 году после смерти троих родственников, последовавшей с интервалом в сорок дней, решил, что должен спасти души и прямо с кладбища ушел в монастырь. Находился в Сергиевом Посаде в течение недели, хотел там остаться, но так как собирался жениться, ему отказали и посоветовали вернуться домой. Больной продолжал добиваться устройства в какой-нибудь монастырь, ездил в Ростов Великий, поступал в духовную семинарию. Не поступил, так как получил двойку по русскому языку. Религию сдал хорошо, но решил оставить увлечение церковью, т.к. "наследником церкви был уже двоюродный брат". После возвращения в Москву работал в Свято-Даниловом монастыре по наладке деревообрабатывающих станков. Через четыре месяца узнал, что станки ворованные и оставил работу.

1997 году женился. Жена старше его на 15 лет и имеет двоих взрослых детей. Считал, что должен проявлять заботу о ней и ее детях. Год назад у них родился общий ребенок и больной оставил работу, мотивируя это тем, что должен помогать воспитывать сына. В это время он много читал, выискивая пророческие высказывания. Отношения в семье хорошие, жена понимает его увлечения и не препятствует им. Проживает с женой, двумя детьми и матерью в трехкомнатной квартире. Квартиру матери они сдают. Старший сын живет отдельно. Последнее время больной, изучая Библию, находил там много несоответствий, постоянно рассказывал об этом даже посторонним людям. Высказывался о том, что он именно тот человек, от которого пойдет "новое веяние в жизни", он якобы находит подтверждение этому в центуриях Нострадамуса, в произведениях Пушкина, Лермонтова. Приводил пример, что на пятидесятой широте по Нострадамусу придет муж, а в стихах Пушкина указано время — жаркая осень и связывал это с рекой Еруслан у го-

рода Камышина. Сидел целыми днями с книгами, географическими картами, что-то чертил. Находил подтверждения своего пророческого дара. Думал, что он должен раскрыть глаза людям на неправильное бытие, должен навести порядок на земле, навести порядок в Чечне, свергнуть правительство. Цель бытия на земле находил в религиозных книгах. Утром в день госпитализации собрался ехать в Буденовск, чтобы предотвратить новую катастрофу, был возбужден, многоречив, показывал место на карте куда он должен поехать, утверждал, что там на болоте захоронены останки Николая II. На уговоры матери не реагировал, забыл про семью, ребенка, считал, что он должен спасти весь мир, что он Мессия, который определен пророческими предсказаниями Нострадамуса, Пушкина и Лермонтова. Согласился с матерью, что он должен лечь в больницу на обследование чтобы получить справку о том, что он совершенно здоров. С матерью пришел в приемное отделение ПБ № 3 и был госпитализирован.

Психическое состояние. При поступлении больной правильно ориентирован, держится высокомерно, настроение приподнятое, многоречив. Речь с напором, пафосная, в форме монолога, трудно перебить, застревает на мелочах, деталях, крайне обстоятелен, не дает задавать вопросы. В то же время легко соскальзывает на другую тему, так же детально, подробно описывает новое событие и вновь переключается на другое происшествие. Рассказывает, что он именно тот человек, от которого пойдет новое веяние по Нострадамусу, что он должен раскрыть глаза людям на бытие, навести порядок в Чечне, свергнуть правительство, а затем собрать совет ученых, которые должны определить дальнейшее развитие страны. Формально говорит о том, что ему нужна справка, подтверждающая, что он здоров, чтобы его везде пропускали. Приводит цитаты из стихов Пушкина, Лермонтова, центурий Нострадамуса, пытается чертить карту. Говорит, что рождение его не было случайным, а было predetermined. Сначала его родителям надо было получить двухкомнатную квартиру, а затем свершились пророческие предсказания о его рождении.

В отделении быстро адаптировался, стал изучать Закон о психиатрической помощи, сгруппировал около себя пациентов, которым доказывает, что они могут свободно пользоваться телефоном, свободно выходить гулять, встречаться с родственниками и т.д. В каждом случае приводит свои доказательства. Категорически отказывается от приема лекарств, считает себя абсолютно здоровым и требует быстрее выдать ему справку об этом. Так как от приема лекарств больной отказывается, два дня назад ему была сделана инъекция галоперидола-деканата 50мг, состояние после этого улучшилось: он стал спокойнее, меньше группирует вокруг себя больных, реже пророчествует.

Осмотрен терапевтом, невропатологом, окулистом — патологии не выявлено.

ЭЭГ (14.10.99). Выраженные диффузные изменения электрической активности в виде дезорганизации и замедления ритмов, неотчетливых зональных различий, снижения амплитуды биопотенциалов. Усиление времени ирритативных знаков, их преобладание справа, что свидетельствует о выраженной дисфункции стволово-диэнцефальных образований с большим вовлечением в процесс правой гемисферы.

Психолог С. А. Анохина. Обследование проводилось на седьмой день пребывания в больнице. Обследуемый ориентирован в полном объеме, в контакте формален, отгорожен, негативистичен, держится напряженно. На вопросы в начале беседы отвечает кратко по существу, но потом пускается в пространные рассуждения резонерского характера, перескакивает с одной темы на другую. Жалоб не предъявляет, больным себя не считает. Держится высокомерно, суждения с переоценкой собственной личности. Мотивация к проведению обследования завышенная, так как испытуемый стремится доказать свою состоятельность. Болезненно реагирует на неуспех. Работоспособность неравномерная, зависит от субъективной привлекательности тех или иных заданий.

По объективным данным со стороны внимания выраженных нарушений не выявляется. Отмечается некоторая неустойчивость уровня концентрации. Показатели непосредственного запоминания высокие: 8–9-10 слов, отсроченное воспроизведение полное — 10 слов. Введение опосредования резко снижает продуктивность мнестической деятельности. Точно называет только половину понятий, в остальных случаях воспроизводит ассоциативно близкие понятия. Низкая продуктивность обусловлена весьма отдаленным, зачастую неадекватным характером ассоциативных связей. Сам процесс опосредования не вызывает трудностей, протекает в ускоренном темпе. Ассоциации не стандартны, личностно значимы, сопровождаются паралогичными резонерскими объяснениями. Например, для запоминания слова танец испытуемый рисует квадрат и объясняет это таким образом: *“Кто написал черный квадрат?” — Малевич — Если он нарисовал черный квадрат, значит рисуем белый. — Почему? — У Высоцкого есть такая песня называется “Белый вальс”. Вместо слова “танец” воспроизводит потом слово “цвет”. Изображения имеют символический характер, отмечаются тенденции к стереотипии (очень много значков). Особенности графики свидетельствуют о значительной внутренней напряженности, эмоциональной выхолощенности и аутизации. Все формальные аспекты интеллекта сохранены полностью. Интеллектуальный уровень, учитывая отсутствие высшего образования, достаточно высокий: категориальный способ решения мыслительных задач, высокий уровень обобщения и абстрагирования. Вместе с тем выявляется ряд специфических процес-*

суальных нарушений мыслительной деятельности: выраженная паралогичность, субъективизм, искажение уровня обобщения. Возможна как тенденция к расширению понятий, так и актуализация латентных признаков. Суждения непоследовательны, отмечается разорванность, соскальзывания. Спонтанные рассуждения имеют выраженный резонерский характер. Имеются нарушения критичности мышления, на ошибки и указания не реагирует. Эмоционально-личностная сфера характеризуется значительной аффективной напряженностью с субдепрессивной окраской переживаний. По результатам проективной диагностики выявляется эмоционально-личностная измененность: нарушение эмоционального резонанса, выхолощенность, серьезные нарушения в сфере общения. Характерны отгороженность, субъективизм в восприятии реальности, черты незрелости, стремление игнорировать требования предъявляемые ситуацией и окружающими людьми. При общей высокой нормативности, больной демонстрирует, что он больше руководствуется собственными нормами, но при этом они очень жесткие и ригидные. Отмечается существование комплексных идей, имеющих для больного сверхценный характер. Эти представления фрагментарны, они объединяют как идеи религиозного, христианского характера, так и мистические, идеи переустройства общества, совершенствования, идеи гражданского звучания. Актуальное состояние характеризуется нереалистичной, завышенной самооценкой и уровнем притязаний, выраженным негативизмом, настороженностью. Вместе с тем характерны неуверенность, ощущение одиночества, изолированности, скрывающиеся за напускным безразличием и демонстративностью поведения.

Заключение. По результатам психологического обследования на первый план выступает ряд специфических процессуальных нарушений мыслительной деятельности: паралогичность, разорванность, искажение уровня обобщения, тенденция к резонерству, грубая некритичность. Выявляется эмоционально-личностная измененность: отгороженность, эмоциональная выхолощенность, негативистичность, наличие идей сверхценного характера.

БЕСЕДА С БОЛЬНЫМ

— *Здравствуйте.* — Добрый день. Присаживайтесь, меня зовут Александр Юрьевич, здесь собрались врачи психиатры, психологи, мы хотим с Вами побеседовать, чтобы оценить Ваше состояние. Вы ведь для этого поступили в больницу, Вы согласны? — *Да. А можно я вначале выступлю, у меня есть программа действия.* — Разумеется.

Больной идет на трибуну, достает лист с записью выступления. — *Уважаемые соотечественники! Поскольку президентская власть является властью выборной, а постоянная власть осуществляется народом России непосредственно, предлагаю сконцентрировать народную власть, взяв по одному человеку от семьи, принявшему при-*

сягу. Замечу, что если человек, принявший присягу, не защитит конституционные права, определяя непосредственную власть народа, то он потеряет высшую ответственность, честь защитника. Для меня защита означает собраться в колонну шириной в двадцать человек на шоссе, ведущему к кремлю, за кольцевой линией. Не вооруженным маршем пройти для показательного выступления, что миллионы представителей от семей едины во мнении и целях. Цель одна — дать возможность ученым точных наук обустроить жизнь человека от самого зарождения и до кончины его в глубокой старости. Для этого, я считаю, необходимо лишить президента его полномочий, а правительство сменить. В правительство на место главы поставить Евгения Максимовича Примакова, как человека наиболее компетентного и предлагающего взамен безрассудной рыночной экономике стабильность. Пусть он наберет команду, пусть даже временную, но уверяю Вас это будут люди не из блока Лужкова. Это будут специалисты страны. Главная цель правительства — это обеспечить финансы ученым и любую другую помощь. Ученые будут в ближайшие сроки, воспользовавшись вначале открытиями, которые они, которые им прекрасно известны, теоретически воссоздавать производство необходимого. Обеспечат людей всем необходимым, включая права, а обязанности будут вытекать из законов, которые возможно будет разрабатывать... Возможно будут разрабатывать, когда теория экономическая будет выработана и, обращаю Ваше внимание, одобрена голосованием всех людей России. Вторая задача правительства это укрепление мирных условий, сотрудничество между государствами. Прекрасно понимая, что люди государства ограблены, что жизнь человека не ценится, что скоро зима, что народ бедствует, имея все природные богатства и производства чтобы достойно жить, предлагаю дать мне возможность в силу всего в течение полутора месяцев обустроить максимально Вашу жизнь. Для этого война будет остановлена, оборудование завершено, а социальные блага, не учитывая затрат, через полтора месяца будут даваться бесплатно. Полтора месяца нужно для выявления нужд и путей их удовлетворения. Воссоздадим производство, воспроизводящее все необходимое, на прогрессирующем высоком технологическом уровне. Прошу подождать только полтора месяца. А обязанности президента может выполнить только Бог, да и то, только в подвластном ему мире. Все, кто согласен пусть в несколько слов докажет это и пройдет невооруженным маршем, получит все мною сказанное. Это речь с которой я хотел выступить в одном из регионов. Больной садится на место.

Можно я по вашему сообщению задам несколько вопросов? — *Пожалуйста.* — То, что Вы сказали сейчас благородно, Вы хотите сделать людей сытыми, счастливыми. Как это возможно всего за полтора месяца? — *Для создания теории, тем более я считаю, что все открытия ученым известны прекрасно. А это просто нужно сконцентрировать их вокруг этого. Я считаю, что это не большой срок. Потом война, я считаю, что она будет прекращена в первый же день.* — Как Вы это сделаете? — *Во-первых, совершенно спокойно надо разговаривать с людьми насчет того, что мы начинаем совершенно другую тему. Вообще я, конечно, понимаю, что тут чего-то не хватает поэтому у меня есть дополнение к этому. Можно?* — *Пожалуйста.* Больной идет к трибуне. — *Хочу сразу же заметить, что я человек верующий. И положить для меня свою жизнь, если я*

могу это сделать, это просто обязанность. Поэтому я основывался на предсказаниях Нострадамуса: то, что я должен появиться на широте пятидесятой, а потом сорок восьмой, причем на сорок восьмой должен появиться дух. Поскольку я, как человек верующий, имею веру и обладаю, я считаю, уникальными возможностями, я могу остановить любую стихию. И если бы в финансах был достаточно силен, то мог бы это проверить. Уже погибли тысячи людей, а все могло бы быть совершенно иначе. Уважаемые соотечественники, за прошедшие два века гражданами России были выполнены две великие миссии — освобождение мирового сообщества от идей насилия Наполеона и Гитлера. В третьем тысячелетии необходимо создать прочный мир, который может основываться только на точных науках, открытиях, которые могут обеспечить всем необходимым каждого человека на земле. Заметьте, что ни одна религия, идея, творческая мысль этому не противоречит. Любые стихийные бедствия я могу не допустить. Я могу действительно этого не допустить. — Как? — Силой веры. — А как конкретно? — Допустим, был в Москве смерч, а в моем районе не было потому, что я просто не мог его допустить, я уверен. — Как Вы это делаете? — Я? Силой веры. Сила веры заключается... А можно задам вопрос? — Задавайте. — Любое стихийное бедствие я могу не допустить на подвластной мне территории. Вы можете это проверить. Подвластной — это значит, что люди на этой территории отказались от насилия. Во-вторых, я обладаю пророческим даром, правом возвращать, пересматривать любое принятое решение, плюс обеспечивать членов моей семьи. Пророческий дар существует. Доказываю. У Александра Сергеевича Пушкина, «Евгений Онегин», глава пятая, существуют строки «В тот год осенняя погода стояла долго на дворе». Как известно этот год один из самых теплых. «Снег выпал только в январе». Поживете, увидите и еще уверовате. У Лермонтова «Сказка о Еруслане Лазаревиче». Река Еруслан впадает в Волгоградское водохранилище как раз на пятидесятой широте. И, согласно Нострадамусу, муж явится на пятидесятой широте и принесет обновление всему миру. Создается несокрушимый от идей и вер мир просветленный наукой. Согласно Нострадамусу пророческий дар приобретается только одним путем, когда милости Бога сохраняются в душе человека. Смею Вас заверить, что милости Бога это знания полученные от изучения Евангелия. А Евангелия на всех современных языках, лично я знаю, что русский и английский, точно не верно. Необходимо провести заново перевод с первоисточников. Ошибок много, для примера приведу одну, когда Иисус искушался дьяволом, то ответил в конце разговора: «Иди за мной Сатана», — а все современные переводы говорят, что Иисус боялся дьявола. Или он был не равен Богу и потому гнушался дьявола, и гнал, говоря: «Отойди от меня Сатана». Это место лишает Иисуса, причем, заметьте, Иисус это Спаситель. Это место лишает Иисуса права называться Сыном божьим, и Богом, и Спасителем. Все искушаются дьяволом, а Бог хочет чтобы все спаслись: и земля, и люди, и дьявол, и злые духи, все сотворенные им. И Бог не изменяет своих решений, и хочет чтобы все кто проявляет свою волю против воли благого мироздателя сами отказались от своего противодействия и, соглашаясь с волей творца, были ему разумные, смиренные и кроткие сердцем, у кого оно есть. Больной садится на место. — Спасибо. Из того, что Вы рассказали, понятно, что Вы обладаете неким даром, который может объединить людей против зла,

Вы можете с помощью этого же дара предотвращать стихийные бедствия... — Нет, пророческий дар это другое, это дар всеильной веры. — Но Вы сказали, что силой веры Вы можете предотвратить, например, тайфун. — Приостановить я могу, вот он идет, а передо мною остановится. — Скажите пожалуйста, а как Вы это технически можете сделать? — Бросьте меня в любой очаг и увидите. — Но, что Вы при этом делаете? — Это называется непрестанная молитва, а молитва это постоянное бессловесное обращение к Богу. — То есть Вы не произносите ничего вслух? — Для веры это иногда даже мешает. — Скажите пожалуйста, Вы в своих мыслях обращаетесь только к Богу или Вы можете обратиться к любому человеку и он тоже будет знать Ваши мысли? — Нет, лично я вообще не задавался такой целью. — Но Вы можете передать какому-нибудь человеку свои мысли? — Нет. — Не можете? — Не пробовал ни разу. Нет. — А Вы можете узнать мысли другого человека? — Пока нет. В принципе я знаю, что это возможно, но я не пробовал. — Но Вам это доступно? — Скажем, что нет. Нет. — Из того, что Вы сказали чувствуется, что Вы ощущаете некое свое предназначение? — Да. — По каким признакам Вы это поняли? — До меня никто даже не заметил, миллиарды людей, которые читают Евангелия, и никто не понял, что просто перевернуто Евангелие. Я человек необразованный, я вначале находил эти места, а потом я искал в творениях святых, а правильно ли я нашел, что это ошибка или нет. — Значит свое предназначение Вы поняли, читая Евангелие? — Читая евангелие... Я просто находил те места, которых до меня никто не мог найти. — Это что, высший знак Вам? Почему до Вас этого никто не заметил? — Возможно. — Если это предназначение, то для чего? — Для создания прочного мира, потому что Господь он против любой войны — Значит, Вы выбраны Богом для того, чтобы осуществлять мир на Земле? — Да, все дело в том, что знания которые существуют... Вот, например, Апокалипсис, он истреблен не тем, что люди сами своими силами уничтожат друг друга, а он истреблен тем, что начнутся бедствия, стихийные бедствия и никто не сможет противостоять им. — Это как Всемирный потоп? — Нет, никак Всемирный потоп, хотя я лично считаю, правда Вы не найдете ни у кого это, что именно лава выйдет из земли. — Лавы на всю землю не хватит. — А зачем всю, когда есть вода в реках. И потом большинство погибнет — И значит Вы можете все это предотвратить? — Пока я здесь, да — Скажите пожалуйста, то, что Вы сейчас рассказываете, вам было открыто? — Скорее всего я это понял в пророчествах. Нострадамус говорит, что в октябре произойдет огромное переселение. Если будут собираться миллионы людей, тем более, что у нас обширные территории в России, то это очень похоже на это именно. — Если мы обратимся к жизни многих Святых, то у них были откровения: кто-то слышал голос Бога, кто-то видел Пресвятую Деву и т.д. — Нет, как правило, это происходит в сознании. В данном случае нужно определить как. — Вы это не ощущали? — Нет, не было никаких голосов, я этого не ощущаю, то есть, я это ощущаю, но не могу объяснить как. — Как это возникло у Вас, Вы можете объяснить? — Это возникло чисто случайно. Так получилось, что я в свое время занимался гаданием на картах, а потом я читал Евангелия и когда я понял, что это дьявольское дело после деяний апостольских, я решил сжечь гадалку. — Что Вы решили? — У меня были записаны на бумаге гадания и я решил их сжечь. И когда я сжигал, то сначала жег по одному листу, первые

листа три-четыре, а потом сжег все вместе. И когда я через некоторое время открыл свой ящик, где лежали мои вещи, то я там обнаружил листы гадания, которые я помню точно сжигал. — И что это означало? — Это означало, что мне надо довериться... То есть ты на какой стороне. — Это был знак? — Ну да. — А это знак Господа или знак Дьявола? — В любом случае не важно, для человека верующего все подвластно Господу. Он просто позволил Дьяволу воспроизвести эти листы и через Дьявола дал Вам знак о Вашем предназначении? — Нет, он мне просто дал утвердиться в вере таким образом. — Понятно. Скажите пожалуйста, А. М., а вот люди, которые Вас окружают, люди на улице, люди здесь в отделении, они догадываются о Вашем предназначении? — Что значит предназначение... Но человек с которым я, допустим, говорю, он понимает, что я вообще очень разумные вещи говорю. — Но только после того, как Вы с ним пообщаетесь? — Конечно, а как же еще? — А не проскальзывает в их поведении и в их словах то, что они знают о Вас и одобряют Вас? Не замечали Вы такого? — Нет. — Скажите, у Вас были состояния возвышенного духа, экстаза, когда Вы чувствовали, что даже тело Ваше меняется? — Было другое, когда мне было очень тяжело и я прочитал молитву "Отче наш" для того чтобы мне придали сил. Вместо этого я получил просто какой-то огонь внутри себя от которого я чуть не умер. — Это когда было? — Лет пять назад. — Не могли бы Вы подробнее описать этот случай. — Это что-то среднее между блаженством и конечной точкой жизни. — Как это произошло? — А я вам все рассказал. — Расскажите поподробнее. Сколько это продолжалось? — Это продолжалось не больше минуты, потому что я тут же стал молиться чтобы это закончилось. — Это было неприятно? — Это было просто невыносимо. С одной стороны это было приятно, а с другой стороны это было просто невыносимо, потому что жгло везде. Я прямо думал, что я горю. — Это было ночью или днем? — Днем, я ехал в автобусе. Я вошел в автобус, взялся за поручень и вдруг я почувствовал, что где-то от середины живота начинает вверх идти жар, причем это не тот жар как будто я, допустим, чай разлил. — Этот жар захватил все тело? — Да. — Вы продолжали чувствовать свое тело? — Да, я совершенно все ощущал, я двигал головой, смотрел как люди реагируют, мне казалось это было очень заметно. — А как они реагировали? — Они совершенно ничего не замечали, будто ничего не происходило. Кстати, в Серафиме Саровском есть точно такой же момент, когда он Мотивилу рассказывал и когда посетил Бог Мотивилова, он почувствовал жар внутри себя, но, однако, снег на нем не таял, он заметил. Кстати, я тоже, ближе к зиме это было. — Значит это было только ощущение, но это не значит, что Ваше тело стало горячим. — Совершенно нет. — А голову тоже охватил этот жар? — Нет, я этого не помню, голова была удивительно ясная. — А мысли при этом текли нормально? — Совершенно ясно, чисто. Я ехал на курсы английского языка. — И сколько это продолжалось? — Думаю, что меньше минуты. — Прошло сразу? — Нет, оно спадало постепенно. Постепенно уходил этот жар и было ощущение, что если это еще продлилось бы, то это было равносильно моей смерти. — Вы говорите, что у Вас было смешанное состояние: чувство восторга и чувство ужаса? — Нет, просто я ощущал, что мне не выжить если оно будет долго. — Больше никогда это не повторялось? — Нет, это нет, а пророческий дар повто-

рялся. — После этого случая Вы не почувствовали, что в Вас что-то переменялось? — Я просто не смог никогда ничего подобного больше ощутить. — Нет, это была какая-то переломная точка в Вашей жизни, после чего Вы переменялись? — Нет. — Почему такой случай произошел именно с Вами? Вы думали об этом? — Я искал в творениях Святых что-то подобное и нашел, у Саровского в описании оптинских старцев тоже это есть. — И что Вы решили? — Я ничего не решил. Я просто подумал, что это удивительно, что многим людям, им было достаточно только раз почувствовать это чтобы уверовать. А для меня это было просто подтверждением, это было дополнительным подтверждением моей веры. — Это тоже знак или это испытание? — Скорее всего знак. — Скажите пожалуйста, испытывали Вы когда-нибудь необъяснимую тревогу? — Конечно. Ну вот, например, вчера. — Расскажите. — Ты испытываешь действительно тревогу от того, что ты понимаешь, что твоя родная мама тебя отсюда не заберет, а тебе предстоит предстать перед конференцией, причем я уверен, что... У меня есть такая уверенность, что большинство из вас, хотя бы из чувства уважения к своим коллегам, не будут считать, что я разумно поступаю, будут считать, что я один из пациентов и на долгое время. — Но это все-таки достаточно объяснимая тревога, а были ли у Вас состояния необъяснимой тревоги? — Нет, такого чтобы необъяснимая не было. — А бывали ли у Вас состояния, когда Вы чего-то боялись, например, конкретных людей, которые могут Вам что-то сделать? — Вы просто действительно не знакомы с верой. Для Бога подвластно все, верующий может... Ему действительно преград нет. — Но это могло быть, когда Вы еще не были настолько верующим? — Да, конечно, может в детстве что-нибудь было. — Вы не помните такого? — Чтобы безосновательно? Нет. — Как Вы считаете, линия Вашей жизни была последовательная или случались резкие повороты в ней? — Ох! По крайней мере, на сколько я вижу, то ответственность, да, я с малолетства был привязан к тому, понимал, что я несу ответственность за кого-то, это было из года в год практически. — Это чувство ответственности увеличивалось или нет? — Постоянно было, постоянно присутствовало. — Вы даже страдали из-за этого? Подвергались даже преследованиям? — Было. Да, бывало, но скорее всего люди по малодушию или какие-то еще у них были... -Вера пришла к Вам достаточно поздно? — В двадцать один год. В сказке о Еруслане Лазаревиче говорится о том, что в двадцать один год. — Как это случилось? — Лично меня потрясло, когда я однажды вышел на корму корабля, а я начал заниматься спортом. А у нас погоду не всегда узнаешь, а я вышел на корму корабля и сказал: "Не плохо бы знать погоду". И я увидел как бы туманное зеркало, кстати у Нострадамуса тоже об этом говорится, и там увидел погоду. Падал такой тихий снег, как вот Вы в телевизор смотрите, только представьте, что там туман и там изображение. Вечером я подумал: ладно, посмотрим, что будет завтра. Утром я вышел и прямо раз в раз, было еще темно, падал снег. И так продолжалось недели две примерно, то есть я выходил вечером и точно знал погоду на завтра. — Вы почувствовали, что у Вас появился дар предвидения? — Нет. Тем более, что когда я пришел из армии, я даже ни разу не столкнулся с этим. А пророчество возникло и я действительно понял, что я им обладаю, это произошло после одного случая, когда я ушел с фирмы. Когда я уходил с фирмы, а начальник нашей фирмы говорил, что он тоже человек верую-

ций, и я пришел к нему и прямо говорю: "Понимаешь, мне предстоит дело, о котором я еще не знаю, что это будет за дело. Ты человек верующий, ты можешь мне каждый месяц (причем я не утверждал, я просил) выделять определенную сумму?" — речь шла о пяти тысячах. Только чего? Это было до кризиса, это было тринадцатого июля. Пятнадцатого июля я пришел и сказал: "Если ты думаешь, что меня Бог оставит, то ты ошибаешься, я согласен уволиться." Он меня уволил. Семнадцатого июля я принес письмо, в котором написал, что "спеши давать милостыню". Прошел ровно месяц, грянуло семнадцатое августа. — Скажите пожалуйста, Ваше настроение обычно спокойное или колеблется? — Скорее колеблется. — Оно колеблется только в связи с какими-то обстоятельствами? — Да. — Надолго может возникнуть плохое настроение? — Как правило, нет. — Это часы, дни? — Да нет, это, как правило, меньше часа. Я отходчивый человек. — Понятно, а Вы знаете, что такое депрессия? — Пожалуй безысходность. — Безысходность, подавленность, тоска. Вам знакомо такое состояние? — Да, я однажды был в таком состоянии. — Когда это было? — Это было в девяносто пятом году, зимой, когда я около месяца провел дома. Просто я лежал, я не мог работать на ворованном оборудовании, оно было ворованным я считаю. Я работал в Свято-Даниловом монастыре, который до сих пор работает и существует. Я запускал там станки деревообрабатывающие и когда я узнал каким образом они были приобретены, я не смог работать. Я очень долго переживал, потом я заболел на этой почве. — Как заболел? — Была слабость огромная, была просто огромная слабость! — Аппетит отсутствовал? — Нет. — Сон нарушался? — Нет, спал нормально. — Вы говорите, что Вы почти месяц не выходили из дома? — Нет. Почему? Я выходил из дома, но, просто, чаще не сидел, а лежал. — При этом Вы не смотрели телевизор, не читали ничего? — Смотрел телевизор, но без какого-то такого..., без желания. Мне нужно было принять решение. Я ведь до этого уходил в монастырь. И я вообще считал, что я не очень в миру... И вот месяц, а когда я решил, что я должен уйти из этого монастыря, вернуться назад к обычной жизни, создать семью, вернуться на завод. Вот в тот день на заводе умер человек на место которого меня и взяли. Места, Вы знаете, сейчас не держат. — Это было тоже...? — Да, знамение. Причем, когда я переходил в фирму там то же самое было практически. — А у Вас бывали мысли, что жить не хочется? — До веры, да. До веры, да, конечно. — В каком возрасте? — В школьном. — В каком классе? — Наверное, класс седьмой, примерно четырнадцать лет. — А в связи с чем? — Семейные обстоятельства, потом давление одноклассников, которые просто... — Не понимали Вас? — Нет, они просто хотели жить так, как начали жить. — И были какие-то конкретные намерения что-то сделать с собой? — Нет, такого не было, просто было очень тяжело. — Это больше не повторялось? — Да, только тогда. Потом я занялся восточным единоборством, а это усиливает веру, в себя-то, конечно. — Как Вы думаете, а если Вам не удастся осуществить задуманное. — Это тоже самое если любому священнику сказать: "Это Вы думаете, а если Бога нет?" — Это разные вещи. — Это для Вас разные вещи, а для меня то же самое. Если мне сказать: "Ты не имеешь веры, значит, ты и не имеешь дара о котором ты говоришь". — Но если Вам все-таки не удастся собрать людей, построить их в колонну, повести маршем и т.д. Если Вашему плану, который Вы нам здесь изложили не суждено исполниться, что тогда?

— Для человека верующего солгать, это такое... Это возможно только у атеиста, потому что он не знает, что желает. — Значит, Вы даже не представляете себе, что план, который Вы нам сейчас изложили, может не осуществиться? — Представляю, если человек появится совершенно в другом месте и скажет совершенно другое. — Скажите пожалуйста, а какими средствами Вы можете довести до каждого человека Ваш план в такой огромной стране. — Я считаю, что не зря Нострадамус написал в своем пророчестве и указал, что есть такое понятие, как кулик в болоте. А в болоте Вы можете поискать и, в любом случае, Вы ничего не найдете на пятидесятой широте или сорок восьмой похожего кроме, как город Камышин. — Вам нужно получить доступ в средства массовой информации. — Лично мне, нет. Лично я хотел бы поговорить хотя бы с тысячей людей. — А как Вы это сделаете, будете ходить по улице и говорить с тысячей людей? — Да. И просить их, чтобы когда придет телевидение, чтобы они рассказали об этом. — А если эти люди не захотят разговаривать с Вами на улице? — Вот Вы сейчас пообедали, а есть беременные женщины, которым даже есть нечего. Вот они захотят и мужья их захотят, и отцы их захотят. — Вы не планируете привлечь к себе внимание какими-то неординарными поступками? — Если вновь будет смерч, как в прошлом году, я просто могу его отодвинуть. — Как? — Ну если все просто прячутся и бегают, то я могу идти столько, сколько я могу идти и он будет впереди меня и никуда не уйдет. Шизофрения, да? 365-я статья? — Вы нам свое обращение зачитали и сказали, что оно одобрено голосованием всех людей России? — Да нет, я говорил о теории создания, которая должна быть обязательно одобрена. — А как это осуществить? — Я считаю, что в этом должна будет помочь наука. Если мы голосуем за президента, то за теорию научную обязательно надо голосовать. Тем более, что они же будут воспроизводить.

Далее в том же плане больной многословно говорит о своих возможностях расшифровывать Нострадамуса.

ВОПРОСЫ БОЛЬНОМУ

— Вы нам зачитали свое обращение и сказали, что оно одобрено голосованием всех людей России. Это так? — Да нет, я говорил о теории создания, которая должна быть обязательно одобрена. — А как это осуществить? — Я считаю, что в этом должна будет помочь наука. Если мы голосуем за президента, то за теорию научную обязательно надо голосовать. Тем более, что они же будут воспроизводить.

— Вы когда-нибудь употребляли наркотики? — Ни разу. — У Вас есть недоброжелатели? — Нет. Но я думаю, что если кто-то скажет это правительству, то есть выйдет это за стены, то недоброжелателей будет масса. — А до этого не было? — Нет. Как правило, все было открыто. Даже люди от которых я раньше страдал, мы сейчас с ними в совершенно мирных отношениях.

Скажите пожалуйста, какова цель Вашего обращения в больницу? — Цель была очень простая, поскольку моя мама несведуща в этих делах, а она доверяет Вам: лечащему персоналу, врачам, то она сказала: "Пожалуйста, если ты сможешь доказать им, то ступай и действуй. Я тебя благословлю". Основная мысль была эта — успокоить свою маму.

— Вы сказали, что на корабле Вы предсказывали погоду? Вы не могли бы еще что-то предсказать в плане небольших практических дел, использовать свой пророческий дар в прикладном аспекте? — *Нет, здесь играет лично моя выгода! Хотя, если что-то из пророчества, я, например, своим друзьям говорил, в каком направлении живет моя будущая жена, с которой мы еще никогда не встречались. Во-вторых, однажды, я увидел как моя жена без лифчика купалась, причем я был в Москве, а она — на море. — Это как бы внутренним зрением? — Нет, я тоже видел видение. — Видение где располагалось? — Метрах в трех в воздухе. — Оно имело очерченные границы или расплывчатые. — Очерченные таким туманным облаком. — Несколько раз у Вас было такое? — Да. — И на основании этих видений Вы могли предсказывать? — Нет. На основании их я просто узнавал. — Вы могли каким-то образом предугадывать появление этих видений? — Нет. — Не было каких-то особых переживаний, ощущений в момент, когда возникали видения? — Нет. Этого не было. — Они внезапно появлялись? — Внезапно. Это неподвластно. Кстати Нострадамус прямо говорит, что пророчества возникают не сами по себе, а исходят именно от Бога. — А Вы не помните, когда было самое первое видение? — Я думаю, что самое первое пророчество, которое до сих пор потрясает меня, это было в четвертом или пятом классе. Я только в этом году вспомнил о нем. Тогда везде стояли бюсты Ленина, я почему-то однажды подошел к нему и сказал про себя: “И нам предстоит так же”. Я забыл об этом, но когда я стал пытаться искать выход, то я вдруг вспомнил. Можно даже в детском возрасте обратиться, хотя я в это не верю. — А что Вы имели в виду: “и нам предстоит так же”? — Я имел в виду что-то такое глобальное, тот опыт, который был в стране до семнадцатого года, тот уровень науки, который существует в стране, ему практически не одна страна в мире не равна. У нас лучшее в мире оружие. Это говорит о том, что у нас лучшие в мире технологии.*

Врач-докладчик. Вчера больного смотрел консультант, профессор Г-в. Он поставил дифференциальный диагноз. — *Зачитайте нам эту консультацию.* — В настоящее время больной возбужден, многоречив, охвачен своими переживаниями, склонен к бесплодному рассуждательству. Пространно говорит о том, что он намерен бросить клич и поднять около десяти миллионов человек на борьбу, приводит какие-то расчеты, которые сам же называет бредом. Диссимулирует свое состояние. Перед поступлением считал, что только он в определенное время и в определенном месте, согласно предсказаниям Нострадамуса, датам, географическим координатам взятым из произведений Пушкина и Лермонтова, способен изменить мир.

Заключение. Психическое состояние можно квалифицировать как аффективно-бредовое расстройство, в структуре которого преобладают идеи мессианства. Больной идентифицирует себя с историческими личностями. Профессор поставил дифференциальный диагноз между шизофренией и бредовым расстройством. Окончательно вопрос не решен, и он намеревается посмотреть больного еще раз.

В результате поведения и высказываний больного в отделении можем сказать, что статус его аффективно-бредовый. Он складывается из повышенного настроения, ускорения ассоциативных процессов, двигательной активности. Речь в форме монолога, с напором, в остром периоде до разорванности. Высказывает бредовые идеи величия, реформаторства, мессианства. Характерна обстоятельность, вязкость мышления и стеничность. Критика у больного сниженная, формальная. Личность больного гипертимная, отличается гиперсоциальностью, чувством повышенной ответственности. Больной с тринадцатилетнего возраста создал себе особый мир — мир мечты. Его воображение и фантазии были напряжены до крайности. Отсюда возникает его сосредоточенность, доброта, сострадание к пожилым людям. В начальном периоде болезни сверхценные идеи внешне правдоподобные, они связаны с реальными фактами. В дальнейшем идет переработка больным событий его жизни, толкование литературных произведений. Это все носит более систематизированный бредовой характер. Преобладает монотематический паранойяльный бред реформаторства, мессианства и элементарные галлюцинаторные переживания. Таким образом, мы считаем, что у больного шизофрения, приступообразно-прогредиентное течение. В данный период имеется очередной острый приступ заболевания. — *Что произошло под влиянием терапии?* — Сверхценные идеи, паранойяльные идеи не уменьшились, но эмоционально он стал мягче. В первые дни он был намного жестче, раздражительнее.

ОБСУЖДЕНИЕ

Зав. отд. И. П. Власова. Перед нами стоит задача определить, нуждается ли больной в недобровольном лечении. Одни считают, что больного не надо было госпитализировать, не надо его лечить, надо его выписать и пусть он с этим живет. Больной пришел в отделение с мамой для того чтобы получить справку, что он здоров. Чтобы с этой справкой его пропускали на всех кордонах. Поэтому он дойдет до болота и поведет пятнадцать миллионов за собой, и сделает весь этот переворот. В отделении он категорически отказывается от лечения. Он собрал в отделении всех больных, написал их списки, собрал подписи, что в отделении у них должен быть телефон, что они могут ходить свободно туда-то и туда-то. И сейчас нам говорят, что больного надо выписать. А мы считаем, что больного надо лечить. Потому что осуществление своих идей, с такой аффективной заряженностью, может привести к тяжелым социальным поступкам. Мы оформили ему недобровольную госпитализацию. Мы определяем состояние больного как аффективно-бредовое с парафреническими идеями величия, реформаторства, мессианства. Течение заболевания: считаем, что заболевание началось очень рано со сверхценных идей, которые разрастались, и вся его жизнь текла по какой-то определенной идее. Даже свою женитьбу на

женщине, которая на 15 лет старше его, он объясняет тем, что у нее гепатит В и ей надо помогать. Таким образом, вся жизнь течет по бредовым мотивам. Я считаю, что это шизофрения непрерывно текущая. Это его состояние может тянуться десятилетиями. Потом бредовые идеи могут поблекнуть, систематизация разрушится и выступят дефицитарные расстройства: паралогичность, которую мы уже сейчас видим, аутизация, снижение психического и энергетического потенциала, которое мы тоже уже видим. — *Вы формулируете его диагноз как шизофрения, непрерывное течение. Ближе к какой форме?* — Сейчас расцениваем как паранойяльный этап, систематизированный бред с бредом интерпретации.

Д. А. Пуляткин. Я бы сказал, что это шубообразная шизофрения, синдром — мания с бредом. Тем самым подчеркивается связь многих бредовых построений с аффектом. Имеет место выведение суждений из переоценки собственных возможностей. Он достаточно хорошо объяснял это: пойдет на площадь, соберет тысячи человек — это маниакальное состояние с бредом, бредом мессианства. — *Это маниакально-бредовое состояние?* — Под аффективно-бредовым состоянием мы понимаем состояние, когда изменяется восприятие окружающего мира, а здесь этого не происходит, то есть никто иначе как из сказанного им не подмечает особых сверх возможностей, как это бывает в аффективно-бредовом состоянии, когда окружающие какими-то жестами, знаками, взглядами дают ему понять, что он человек особенный, что ему уготована какая-то высокая роль. — *Значит, нет бреда особого значения?* — Нет. — *Имеется только паранойяльный бред на фоне маниакального аффекта?* — Да — *Сформулируйте тогда еще раз диагноз* — Мания с бредом — *Это синдром.* — Синдром, а диагноз — шубообразная шизофрения, потому что в анамнезе большой удельный вес аффективных расстройств — *Так что, приступ длится годами?* — Нет, этот приступ имеет очерченные границы. Он возник незадолго перед поступлением, а все остальное время клиника определяется отчасти аффективными колебаниями, отчасти транзиторными и галлюцинаторными переживаниями, возможно, даже с элементами психических автоматизмов.

И. П. Лещинская. Личность была паранойяльная, на фоне ранней органики и тяжелой наследственности. Паранойяльность шла в рамках гиперсоциальности (тимуровец, уход за старушкой и т.п.). Потом религиозные идеи наполнили паранойяльность совершенно другим содержанием. Конечно, колебания аффекта есть, но не они определяют содержание бреда, а бред определяет содержание аффекта. Сейчас основным является даже не бред, а четкие нарушения мышления, которые выявляются на высоте аффекта. Когда он зачитывал свое воззвание, я ничего не могла понять. Когда с ним беседовали, можно было уловить какой-то смысл, но во время чтения аффект разрушил все штампы, которые у него сформированы. На пер-

вый план вышло нарушение мышления до разорванности. Мне кажется, что сейчас ведущим является дефект. По статусу это паранойяльный бред современного парафренного содержания. Если бы это было раньше, он мог бы изобретать вечный двигатель, летать в космос, но сейчас все сконцентрировано на религии и политике. Я считаю, что это параноидная шизофрения, непрерывная. — *Какая парафрения?* — Бредовая, конечно. — *Бредовая парафрения — конечный этап непрерывной параноидной шизофрении. А где же тогда паранойяльный и параноидный этапы?* — Понимаете, я не могу сказать, что это парафренный этап. Он кажется мне в основном паранойяльным. Религиозное содержание фабулы бреда продиктовано жизнью, потому что многие наши больные верующие. То, что это непрерывная шизофрения, для меня однозначно.

Э. А. Шумейко. Я согласен. На мой взгляд это непрерывное течение шизофрении. Когда он вернулся со службы, он был не таким как раньше, доброжелательным, спокойным, заботливым. Доктор описывает состояние агрессии и раздражения. И еще было несколько непонятно его состояние, которое он описывал, когда он лежал в течение месяца. Что это? Информации очень мало, но исходя из мнения коллеги, что он уже близок к дефекту, эти факторы позволяют предполагать, что был параноидный этап.

Д. А. Пуляткин. Я бы не стал переоценивать нарушений его мышления, которые бесспорно имеются. Действительно, если он сейчас выйдет на Арбат и будет проповедовать свои идеи за ним никто не пойдет, но не потому, что он не может связанно изложить их, а вследствие их абсурдного содержания. Если бы он с такими же нарушениями мышления читал бы платные лекции по психоанализу, то он собрал бы очень много народу.

А. Ю. Магалиф. Начнем с оценки статуса. Была высказана точка зрения, что это аффективно-бредовое состояние, но нельзя назвать этот статус аффективно-бредовым. Под аффективно-бредовым состоянием подразумевается острое, в лучшем случае подострое состояние с растерянностью, деперсонализацией, измененным сознанием, кататимно окрашенным бредом особого значения, инсценировки. Но в настоящее время мы имеем совершенно другого больного. Он ориентирован, упорядочен, доступен, я бы сказал, сверхдоступен, легко с большим желанием рассказывает о своих идеях. Аффект, конечно, повышенный, но можно ли назвать его маниакальным? Здесь нет ускоренной речи со скачкой идей, с постоянным восторженным состоянием, гневливостью. Я пытался вызвать у него раздражение, спорил с ним, сознательно старался вызвать его реакцию на то, что не верю в его идеи, планы. Маниакальный больной разозлился бы и стал с пеной у рта доказывать свою правоту, а он так же размеренно говорил с нами, повторяя одно и то же. У него есть некая монотонность гипертимного аффекта, не мании, а именно гипертим-

ного аффекта. Безусловно больной бредовой. Он высказывает именно бредовые, а не сверхценные идеи. Нет никаких реально существующих событий, на основании которых формируются сверхценные идеи. От начала и до конца все его высказывания носят бредовый характер и отвечают понятию бреда: убежденность, нелепость содержания, абсолютная некритичность к высказываниям. Я не вижу никакой диссимуляции. Наоборот, он даже сверх открыт. Какой бред по структуре? Безусловно, паранойяльный. Отличие паранойяльного бреда от параноидного состоит в том, что при нем отсутствуют галлюцинаторные расстройства и идеи воздействия, он всегда систематизирован. У больного систематизированный бред? Безусловно. Другое дело, что систематизация продолжается и может усложняться, включать в себя дополнительный фабулы.

Теперь о содержании бреда. Конечно, он парафренный. Это бред величия, который приобрел мегаломанический характер. Больной — спаситель народа, может предотвращать стихийные бедствия, должен спасти страну. В целом бред больного можно назвать религиозным бредом. Чем этот бред интересен? Тем, что такой парафренный бред у молодого человека обычно бывает галлюцинаторным. Это должна была бы быть галлюцинаторная парафрения, когда содержание бреда величия формируется из галлюцинаций. Они ему сообщают, что он святой, общается с Богом. Голоса рассказывают ему, что было, что будет, а больной все это излагает. Галлюцинаторная парафрения чрезвычайно распространена. Она часто бывает в рамках галлюцинаторного статуса больных. Или это должна была бы быть острая парафрения, где могут быть вкраплены и онейроидные состояния, как этап развития онейроидного приступа. А вот такая парафрения — это действительно бредовая парафрения — встречается очень редко. Если бы это было маниакальное состояние, то в фонтане слов мы могли бы услышать, что он выдающийся ученый или теософ. А у этого больного все спокойно, это так называемый “бред на холоду”, бред, не обеспеченный выраженным измененным аффектом. Это должно бы быть завершающим этапом параноидной шизофрении.

Известно когда бред начался: с момента, когда он прочитал священные книги и нашел в них некоторые несоответствия. Имеются ли здесь элементы чувственного бреда? Сегодня они отсутствуют, но в процессе развития паранойяльного бреда мы часто можем наблюдать, как на этапе усложнения бредовой фабулы вкрапливаются эпизоды острого бредового состояния, в которых могут присутствовать и элементы чувственного бреда. Иногда они очень кратковременны. Проблема бредообразования вообще очень интересна. Любой паранойяльный бред имеет в своей основе измененный аффект. Например, бред преследования, бред ревности, бред ущерба имеют аффект со знаком “минус”. Если это экспансивный бред — бред изобретательства и т.д. — то окраска аффекта со

знаком “+”. На фоне постоянного развития бреда возможны отдельные эпизоды, близкие к острым состояниям. Обратите внимание, как у него усложнилась бредовая фабула. Уже существовал бред религиозного содержания. В момент, когда он вышел на палубу, он увидел измененное небо и возникло экспансивное состояние, его озарило, что он может предсказывать погоду, появилось дальнейшее усложнение бреда. Теперь он уже мог пророчествовать, предвидеть. Выяснилось, что у него возникали галлюцинаторные образы, которые были рудиментарны и принципиально не влияли на содержание бреда. Расстройства мышления, безусловно, выражены. Он расплывчат, говорит либо штампами, либо малопонятными фразами. Не может довести свою мысль до конца, переключается на другую тему, но не потому, что у него маниакальная скачка идей, а потому, что есть грубая расплывчатость мышления. Безусловно, это можно назвать резонерством. Мы задаем ему конкретный вопрос, на который он не может дать конкретного ответа. Я специально дал ему возможность зачитать его послание. Потому что по лексике очень легко выявить нарушения мышления. Бывает, что в клинической беседе расстройства мышления определить трудно, но как только больной начинает излагать свои идеи письменно, то можно выявить очень много нарушений мышления. Недаром, сдавая экзамены в семинарию, он написал сочинение на двойку, там он наверное такое написал, что никто ничего не понял, хотя устный экзамен по истории религии он сдал не плохо, а в сочинении все проявилось.

Весь набор расстройств мышления очень четко проявился во время патопсихологического обследования и ясно, что у него расстройства мышления процессуального характера. Интересно, что с одной стороны, он перескакивает с темы на тему, а с другой — очень обстоятелен в рамках какой-то идеи и начинает ее подробно обсуждать. Вот отличие маниакально-бредового состояния от гипомании с паранойяльным бредом. В первом случае растерянность, постоянное нарушение ассоциативного процесса, здесь же больной скрупулезно, дотошно пытается доказать свою идею.

Волевая сфера так же нарушена. Он абсолютно дезадаптирован. Не потому, что у него острое состояние, а потому, что не может действовать продуктивно.

Теперь о развитии болезни. Оно имеет ряд особенностей. Несмотря на тяжелую наследственность (шизофрения у матери и алкоголизм у отца) и трудное детство, преморбидные черты напоминали так называемый “мустер кинд” (muster kind) — образцовый ребенок. Четкого водораздела между преморбидным и инициальными периодами нет, так как вся жизнь пациента определялась сверхценными образованиями и паранойяльными реакциями. Постепенное развитие болезни, мало заметный сдвиг в 14-летнем возрасте, отсутствие продуктивной симптоматики говорят о вя-

лом течения болезни в начальном ее периоде. Преобладание сверхценных и паранойяльных образований в нашем случае, как и в других аналогичных случаях затрудняет определение момента болезненного, неадекватного, нелепого поведения (бесконечные конфликты в армии, на работе, увольнение из монастыря), так как больной всегда предстает борцом за справедливость. Приблизительно в 24-летнем возрасте на фоне монотонной гипертимии появились бредовые откровения, озарения, которые быстро трансформировались в паранойяльный религиозный бред, а в дальнейшем в бред реформаторства. Отмечавшаяся у больного депрессия во многом носила эндореактивный характер и принципиально не влияла на тип течения болезни. Вообще при аффективных расстройствах у больного отсутствовала симптоматика приступа, поэтому говорить в данном случае о приступообразном течении болезни не приходится. Другое дело острые и кратковременные психотические эпизоды, включавшие бредовую дереализацию, деперсонализацию, генерализованную сенестопатию (случай на корабле, случай в транспорте, когда он испытал смешанное чувство страха и восторга, почувствовал, как все тело "сгорает"). Эти расстройства сразу же спо-

собствовали усложнению бредовой фабулы, однако против ожидания не вызвали присоединения галлюцинаций и психических автоматизмов.

Таким образом, учитывая преобладание в клинической картине бредовых расстройств, выраженных процессуальных нарушений мышления, характерных изменений личности, можно с уверенностью поставить диагноз бредовой шизофрении с непрерывным течением, парафренный синдром.

Лечение. Без лечения такой больной, конечно, находиться не может. Стоило ему ввести 50 мг галлоперидола деканоата, и уже наметилось улучшение. Он должен лечиться нейролептиками, и оптимально лечить его галлоперидолом деканоатом, потому что таблетки он принимать не будет. Если мы лечим больного с непрерывной шизофренией, с паранойяльным бредом, мы никогда не добьемся критики. Мы должны добиться дезактуализации бреда. В настоящее время больной нуждается в стационарном лечении, так как учитывая содержание его бреда и, соответственно, бредовое поведение, находясь вне больницы, он может попасть в сложную конфликтную ситуацию.

* * *

В психиатрии наряду с распространенными формами патологии встречаются и чрезвычайно редкие расстройства, распознавание которых может быть значительно затруднено. К подобным случаям относится и представляемый здесь врачом Н. В. Моисеевой. Прежде я сам что-то слышал о такого рода расстройствах, но не встречал их в своей практике. Они описываются в руководствах по гематологии, в то время как в руководствах по психиатрии о

них практически не упоминается. При обсуждении данного случая с известным гематологом профессором З. С. Баркаганом, направившим на консультацию к психиатрам больную А., о которой и идет речь, оказалось, что и он за многие годы работы наблюдал лишь несколько пациентов с аналогичными расстройствами.

Смею полагать, что описанный случай заинтересует читателей.

Б. Н. Пивень

Редкий случай соматоформного расстройства

Н. В. Моисеева (Барнаул)

Пациентка А., 17 лет поступила в дневной стационар Алтайского краевого клинического психоневрологического диспансера по направлению гематологов с жалобами на кровотечения из глаз, ушей, носовых ходов, кожи щек, шеи, волосистой части головы, в области лба, кожи живота, голеней, возникающие спонтанно до 8–9 раз в сутки. Кровотечения появляются на фоне разлитой интенсивной головной боли. Ощущает жжение кожи или слизистой, затем в этом месте выступает кровь в виде капель "как пот". Слившись в большую каплю, кровь стекает широкой струйкой. В течение 2–3 мин. кровь высыхает до корочек. Однократно было выделение крови, область которого определить не удалось, но в результате стена в ванной

комнате, где в тот момент находилась больная, и часть ванны были забрызганы каплями крови. После обработки мест выделения крови и удаления ее повреждений кожи или слизистой обнаружить не удается. Головная боль и кровотечения возникают после психогенных воздействий независимо от того, была ли активная ответная реакция или пациентка переживала все "в себе".

Со слов больной, ее матери и из медицинской документации известно. Девочка родилась в Туркмении пятым ребенком в интернациональной семье. Беременность и роды у матери протекали без патологии. В шестимесячном возрасте девочка перенесла заболевание кишечника сопровождавшееся повышением

температуры тела, частым жидким стулом. В возрасте одного года падала с высоты первого этажа без заметных ушибов. В восьмилетнем возрасте из-за недосмотра родителей перенесла тяжелую интоксикацию атропином, лечилась в реанимационном отделении, но все обошлось без видимых последствий.

Воспитанием ребенка в основном занималась бабушка. В школу пошла своевременно. В течение семи лет училась хорошо, легко усваивала учебный материал. Была лидером в классе, имела высокий уровень самооценки. Подчеркивает, что большинство учеников класса “списывали контрольные и домашние задания” у нее.

После окончания семи классов в 1994 г. девочка вместе с родителями вынуждена была переехать в Барнаул, где у семьи возникла масса сложностей: скитались по квартирам, вынуждены были продавать ценности, вещи. Из-за различия в программе обучения А. приняли лишь вновь в седьмой класс, что вызвало у нее “массу переживаний”. Кроме того, нравы в школе “шокировали” ее. Так, долго не могла успокоиться после того, как при ней за незначительное оскорбление группа девочек избивала одноклассницу.

Сложное финансовое положение семьи, болезнь отца (он был инвалидом II гр.), а затем его смерть на глазах у детей, трудности в школе — все это постоянно вызывало негативные эмоциональные реакции у девочки. В силу разных причин ей пришлось поменять две школы. Со сверстниками практически не общалась, появилась лишь одна подруга. Только в последние полтора года стала более раскованной вне дома.

Все годы жизни в Барнауле девочка чувствовала себя обделенной вниманием родителей, особенно после смерти отца, когда все заботы о семье легли на плечи матери. Мать была занята зарабатыванием денег, устройством браков старших детей, воспитанием внуков, что вызывало у А. ощущение собственной никчемности.

В феврале 1998 г. А. дважды с перерывом в одну неделю перенесла простудные заболевания, сопровождавшиеся помимо катаральных явлений значительным повышением температуры тела, интенсивной головной болью. Получала амбулаторное лечение.

Больной себя считает с апреля 1998 г., когда впервые появилось ощущение жжения кожи у наружного угла левого глаза и следом там же образовался кровоподтек. Этому предшествовала головная боль. В течение 4–5 мес. кровоподтеки размером с копеечную монету или по типу петехиальных кровоизлияний появлялись 1–2 раза в неделю, всегда на фоне головных болей.

А. обследовалась и лечилась в терапевтических, неврологических, эндокринологическом стационарах города, консультирована окулистом, гастроэнтерологом, ревматологом. В августе 1998 г. перенесла случайное отравление ядохимикатами для уничтожения грызунов, лечилась в токсикологическом отделении.

С октября 1998 г. обследуется в Алтайском диагностическом центре. Данные МРТ свидетельствуют об отсутствии очаговых и диффузных изменений вещества мозга. При ЭЭГ-исследовании значимых изменений биоэлектрической активности не зарегистрировано. По данным РЭГ кровоснабжение в бассейне вертебробазилярных артерий в пределах нормы. Определяется дистония сосудов с тенденцией к легкой гипотонии и нарушение венозного оттока по типу выраженной венозной дисфункции. ЭхоЭГ-смещения срединных структур головного мозга не обнаружено, косвенные признаки внутричерепной гипертензии.

В процессе обследований и пребывания в стационарах были выставлены следующие диагнозы:

Подострый двухсторонний ганглионеврит второй и третьей ветвей тройничного нерва с некротической герпетической сыпью;

Системная красная волчанка;

Синдром врожденной мезенхиальной дисплазии с явлениями слизисто-кожной гематоктазии, вероятное нарушение функции тромбоцитов и вторичный геморрагический синдром;

Гипоталамический синдром, нейроэндокринная форма с ожирением I–II ст., гиперкортицизмом;

Диффузное увеличение щитовидной железы II ст.

Во всех случаях назначаемое лечение оказывалось неэффективным.

В феврале 1999 г. впервые на фоне головной боли возникли кровотечения. Кровь выделялась из носовых ходов, глаз. Позднее в виде выпота появлялась на щеке, а затем и в других местах. В последующем кровотечения происходили с частотой 1–2 раза в неделю. Затем участились до 8–9 раз в сутки. Мать девочки многократно наблюдала кровотечения и исключает самоповреждения дочери.

Девочка была обследована в краевом гематологическом центре, где был поставлен диагноз: Тромбоцитопатия. Депрессивный синдром с вегетативными проявлениями (парагеморрагическая маска). Данных за системное заболевание крови нет. Консультирована руководителем центра профессором З. С. Баркаганом, его заключение: Невротическая кровоточивость. Им же рекомендовано направить А. на консультацию к психиатрам.

При поступлении в дневной стационар была несколько напряжена, настроение подавлено. Высказывает недоверие о возможности излечения. Память несколько снижена, внимание переключает с задержкой, переспрашивает и уточняет только что заданные вопросы. Продуктивной психопатологической симптоматики не выявлено. О кровотечениях рассказывает неохотно, интересуется возможностью доказать их наличие и верят ли ей.

Согласилась пройти курс лечения, но отказалась от назначений лекарств внутрь, сославшись на периодически возникающие боли в эпигастральной области (с десятилетнего возраста находится под наблюдением гастроэнтеролога по поводу язвенной болезни желудка).

Обследована патопсихологом. Его заключение: “В ходе экспериментально-психологического исследования выявлена достаточно мозаичная картина. Ряд полученных данных (явления истощаемости, ригидности мышления, элементы вторичной акалькулии) характерны для органического заболевания ЦНС. В то же время снижение целенаправленности мышления, “слабость” ассоциативных процессов могут быть характерны как для дисфункции фронтальных отделов коры головного мозга, так и для эндогенного процесса, и, наконец, неравномерность уровня и качества обобщений, элементы резонерства и актуализации латентных признаков понятий в большей степени характерны именно для эндогенного расстройства. Аналогичная картина складывается и при исследовании личности. На первый план выступает ипохондрическая симптоматика, однакостораживает “оторванность” соматических жалоб от их эмоционального компонента; высокая вероятность наличия сенестопатий и сверхценных образований, связанных с соматическими нарушениями. Определяется выраженная дискордантность в профиле ММРІ: сочетание истероидных и шизоидных черт”.

Кровотечение у А. наблюдалось и непосредственно в дневном стационаре. Однажды при ожидании приема в холле у нее из носовых ходов, глаз возникла кровоточивость, а затем в кабинете врача, в его присутствии, на коже щеки девочки появилось несколько мелких капель крови, слившись, они стекли струйно. После обработки мест кровоточивости повреждений конъюнктивы и кожи щеки визуальнo определить не удалось.

Лечение эглонилом, ницерголином, отваром мочегонных трав, аскорутинoм дало некоторый результат. В течение 8 дней кровотечений не было. После отмены препаратов кровотечения возобновились до 1 – 2 раз в день, возникая одновременно из глаз, носовых ходов, ушей, из сосков молочных желез и в околососковой области, на коже лица и щек.

Больная была представлена на клинической врачебной конференции. В процессе обсуждения высказывались разные, в том числе взаимоисключающие точки зрения. Так, часть врачей утверждала, что у нее соматическая патология и ей необходимо лечиться у гематологов. Были и суждения о том, что кровотечений как таковых нет, а больная лишь имитирует их либо искусственно создает в результате самоповреждений. Лечащий врач и заведующая отделением выступали в пользу того, что кровотечения у больной имеют психогенную природу и относятся к расстройствам истерического круга.

Зав. кафедрой психиатрии Алтайского медуниверситета проф. Б. Н. Пивень, проводивший конференцию, отметил в своем заключении: данный случай относится к чрезвычайно редким. Судя по всему, никто из присутствующих здесь нескольких десятков врачей с подобными больными не встречался. О таких

явлениях мы больше что-то слышали, чем читали. По крайней мере в известных современных руководствах по психиатрии описаний рассматриваемых расстройств не содержится. Это и чрезвычайно сложный случай. Не зря он вызвал такую дискуссию. Прежде такого типа кровотечения относили к разряду истерических. Это не самоповреждения и не имитация кровотечений, о чем свидетельствуют наблюдения матери и лечащего врача. Нет оснований говорить и о соматической патологии, имея в виду сами кровотечения, так как специалисты-гематологи исключили ее. В данном случае речь скорее всего идет о конверсионных, а более конкретно, о соматоформных расстройствах (истерических — в старых классификациях). Данный вывод основан на ряде моментов. Так, в пользу соматоформного характера расстройств говорят многосторонние исследования больной интернистами разных профилей, выносящими разные диагнозы, обоснованность которых ставится под сомнение отсутствием эффекта от назначаемого лечения. Хотя рассматриваемые расстройства в значительной степени напоминают проявления соматического заболевания, последнее в итоге исключается специалистами-гематологами. Далее, что имеет большой доказательный смысл, начатая психофармакотерапия показала некоторую эффективность — уменьшилась частота кровотечений.

Диагностика соматоформных расстройств предполагает и установление психологических, а точнее, психогенных основ. У А. они налицо, и обусловлены переездом на новое место жительства, смертью отца и связанными с этим трудностями адаптации. При этом необходимо учитывать и ее личность, особенности которой, не способствующие адаптации, убедительно показаны в заключении патопсихолога. Кроме того, у девочки имеются и знаки органического поражения головного мозга, о чем свидетельствуют головные боли, патопсихологические данные, выявленные ЭхоЭГ признаки внутричерепной гипертензии, причиной которого являются, очевидно, перенесенные в разные годы жизни различные вредности, о чем говорилось в докладе. А у больных органическими заболеваниями мозга, как известно, с большей вероятностью возникают психогенные формы патологии.

Вряд ли кто-либо сможет ответить на вопрос о том, почему у того или иного больного возникает тот или иной вариант соматоформных расстройств, в данном случае это кровотечения. Но о каких-то предпосылках, наверное, можно говорить. У А. кровотечения появились после того, как она перенесла какое-то инфекционное заболевание, вскоре после которого на коже стали появляться кровоподтеки, имевшие, может быть, соматическую основу. А спустя продолжительный период времени, уже без соматического неблагополучия, возникли кровотечения, развитие которых проделало путь, близкий к известному как “проторенный”.

Предлагаемая вниманию читателя работа выполнена в чрезвычайно интересном русле сравнительно немногочисленных исследований измененных состояний сознания в связи с религиозными практиками. Сама по себе идея изучения веры в Бога при помощи технических средств может подвергаться критике как со стороны верующих, так и со стороны атеистов: для первых редукция отношений Творца и Творения к ЭЭГ, биохимическим и каким-либо другим научным коррелятам выглядит кощунственной, по мнению вторых — такого предмета исследований как отношения с Богом просто не существует. Но, если выйти из стереотипа конфликтных противопоставлений, то открывается чрезвычайно широкое поле понимания проблем человеческой практики. При этом возникает множество вопросов, не имеющих — пока или принципиально — сколько-нибудь определенных ответов, но отнюдь не закрытых для попыток искать ответы на них.

Последние 5–6 лет мы являемся свидетелями и/или участниками событий и дискуссий, связанных с новыми религиозными движениями и малыми религиозными группами, которые за рамками религиозных дискуссий совершенно некорректно именуются “сектами”. НПА России и наш журнал постоянно обращаются к этой теме, показывая, что вне собственно религиозного поля это носит характер политических игр, когда борьба за чистоту веры ведется силами атеистов, а сама вера оказывается не более, чем разменной монетой в политических торжищах. В такого рода играх и торгах господствуют логика пристрастия и презумпция виновности: то, что у нас, нормально и хорошо, но то же самое у них — плохо, опасно, достойно порицания и искоренения. Таковы, например, трактовки изменения ЭЭГ во время медитации, практики йоги и мн.др.: то, что требует осмысления и понимания становится предметом конфликтов, выходящих далеко за пределы сакрального в предельно небезопасную область гражданских и политических противостояний — именно здесь, а не в том или ином способе верования, и таится реальная угроза национальной безопасности.

Публикуемая работа, выполненная на высоком профессиональном уровне, исходит из иной — действительно научной и беспристрастной — постановки проблемы. В рамках такой постановки речь идет о том, что человеческие жизнь и деятельность вообще (и тем более — такие особые области как религиозные практики) неразрывно связаны с изменениями психической активности и сознания — будем мы это представлять в виде динамичных процессов возбуждения-торможения по И. П. Павлову или, как в данной работе, в виде ЭЭГ-картин или как-нибудь иначе. Накопление такого рода данных интересно и перспективно в сугубо научном смысле, давая, вместе с тем, возможность выработки объективных оснований для восприятия различных религий, конфессий и религиозных групп. На этапе перехода от индустриальной эры к эре информационной, усиливающей актуальность многообразия вместо прежнего едино- или однообразия, подобные исследования будут умножаться, и значение этого невозможно преуменьшить.

В. Е. Каган

Изменение функционального состояния головного мозга при христианской молитве

В. Б. Слезин¹, Н. И. Музалевская², В. М. Урицкий^{1,2},
И. Я. Рыбина¹ (Санкт-Петербург)

В работе приводятся результаты исследования частотной структуры электроэнцефалограмм (ЭЭГ) группы добровольных испытуемых, имеющих опыт регулярной христианской молитвы. Показано, что переход в состояние молитвы сопровождается выраженным подавлением амплитуды быстрых ритмов (α - и β -), приводящим к существенному уменьшению

общего уровня сигналов во всех отведениях ЭЭГ. Отмечено сохранение нормального уровня самоконтроля и сенсорной восприимчивости испытуемых в процессе обследования. Обосновано предположение о принадлежности молитвы к классу особых физиологически нормальных функциональных состояний головного мозга, ответственных за эволюционно первичные формы восприятия окружающего мира и обусловленных доминированием медленных мозговых процессов при сохранении функций сознания.

¹ Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева.

² Санкт-Петербургский государственный университет.

ВВЕДЕНИЕ

В последнее время внимание общественной и научной мысли все более пристально обращается к религиозной жизни человека, важнейшей составляющей которой является молитва. Избегая вульгарной трактовки феноменов религиозного восприятия и сознания, можно тем не менее предположить, что с точки зрения психофизиологии они является специфической формой общения, обращенного к Богу и направленного на постижение первооснов внешнего и внутреннего мира человеческой личности. В особой степени это предположение правомерно по отношению к христианской религиозной практике, в которой общение с символами веры носит гуманистические, очеловеченные черты и основывается на догмате любви. Однако, в отличие от повседневного, межперсонального общения, в состоянии молитвы человек стремится избежать контакта с сенсорными раздражителями и концентрирует внимание исключительно на объекте веры.

Разнообразные психосоматические проявления религиозной деятельности, зафиксированные как в церковной, так и в научной литературе, дают основания говорить о том, что при молитве возникает глубокая перестройка физиологической активности головного мозга. Известно, что деятельность центральной нервной системы при реализации связанных между собой функций общения и сознания ("со-знание" — совместное знание) может иметь качественно различный характер в зависимости от степени участия определенных структур головного мозга и особенностей их интеграции [7]. В связи с этим возникает вопрос о том, может ли христианская молитва, как особое состояние сознания, быть отождествлена с каким-либо из известных функциональных состояний мозга, или она отражает некий особый режим его деятельности, выходящий за рамки общепринятой классификации.

Для прояснения физиологических коррелятов христианского религиозного восприятия принципиально важно оценить отвечающие ему характеристики деятельности коры головного мозга и эмоциогенной системы, используя объективные методы анализа кортикальной активности, и, в первую очередь, сигналов электроэнцефалограммы (ЭЭГ). Однако к настоящему времени литературные сведения о структуре ЭЭГ при христианской молитве практически отсутствуют. В данной статье впервые приводятся результаты исследования изменений спектрального состава скальповой ЭЭГ, отвечающих переходу испытуемых в состояние христианской молитвы.

МЕТОДИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ

Изучена биоэлектрическая активность головного мозга шести добровольных испытуемых в возрасте от 30 до 60 лет, имеющих опыт регулярной христиан-

ской молитвы. Обследованную группу составляли четверо священников (трое православных и один католический), и двое православных — мирян.

Регистрацию ЭЭГ проводилась на приборах "Энцефалан 131-01", "Эра-9", "Меделек-компакт" при монополярных отведениях по общепринятой схеме с ушным индифферентным электродом. Запись производилась в состоянии относительного покоя (фон), при функциональных пробах (проба на открывание глаз, на световой стимул, гипервентиляция, счет, мысленное чтение стихов светского содержания), а также в состоянии мысленного молитвенного погружения, составлявшего основной объект изучения. По окончании наблюдений оценивалась форма сигналов ЭЭГ с использованием стандартных визуальных методик и компьютерного спектрального анализа. При вычислении спектра мощности использовался алгоритм быстрого преобразования Фурье, позволявший определить частотную структуру сигналов ЭЭГ в диапазоне частот 0,5 – 50 Гц.

При высокой выраженности α -ритма в фоновых записях у всех обследованных регистрировались отчетливые и продолжительные реакции на проводившиеся функциональные пробы, что свидетельствует о повышенной подвижности кортикальных мозговых процессов.

При переходе испытуемых в состояние молитвы выявлено несколько этапов изменения биоэлектрической активности, которые имели выраженные типические черты у всех испытуемых и в целом преобладали над индивидуальными особенностями динамики их ЭЭГ. Начальный этап характеризовался генерализацией и двусторонней синхронизацией α -ритма с ослаблением его регионарного распределения. Далее наблюдалось усиливающееся чередование кратковременных участков генерализации α -ритма и более медленных компонентов ЭЭГ с непродолжительными (до 0,1 – 0,3 с) участками десинхронизации. На протяжении этого этапа усилилась выраженность локальных особенностей распределения электрокортикальной активности, определяемых в фоновой записи индивидуально у каждого испытуемого.

Наиболее глубокой перестройкой функциональной активности мозга характеризовался третий, заключительный этап изменения структуры ЭЭГ, совпадавший, по оценке испытуемых, с периодом их наиболее глубокого погружения в состояние молитвы. Этот период был представлен отчетливым подавлением фоновых ритмов ЭЭГ. Сохранявшиеся в записи биопотенциалы имели малую амплитуду (до 5 мкВ), которая приближалась по своей величине к изоэлектрической линии (рис. 1). Частота снижалась к границе α - и θ -диапазонов, периодически — δ -диапазона. Продолжительность этого состояния, варьирующая от 10 до 55 с, и степень его выраженности проявлялись индивидуально и соответствовали длительности молитвенного погружения. Следует особо

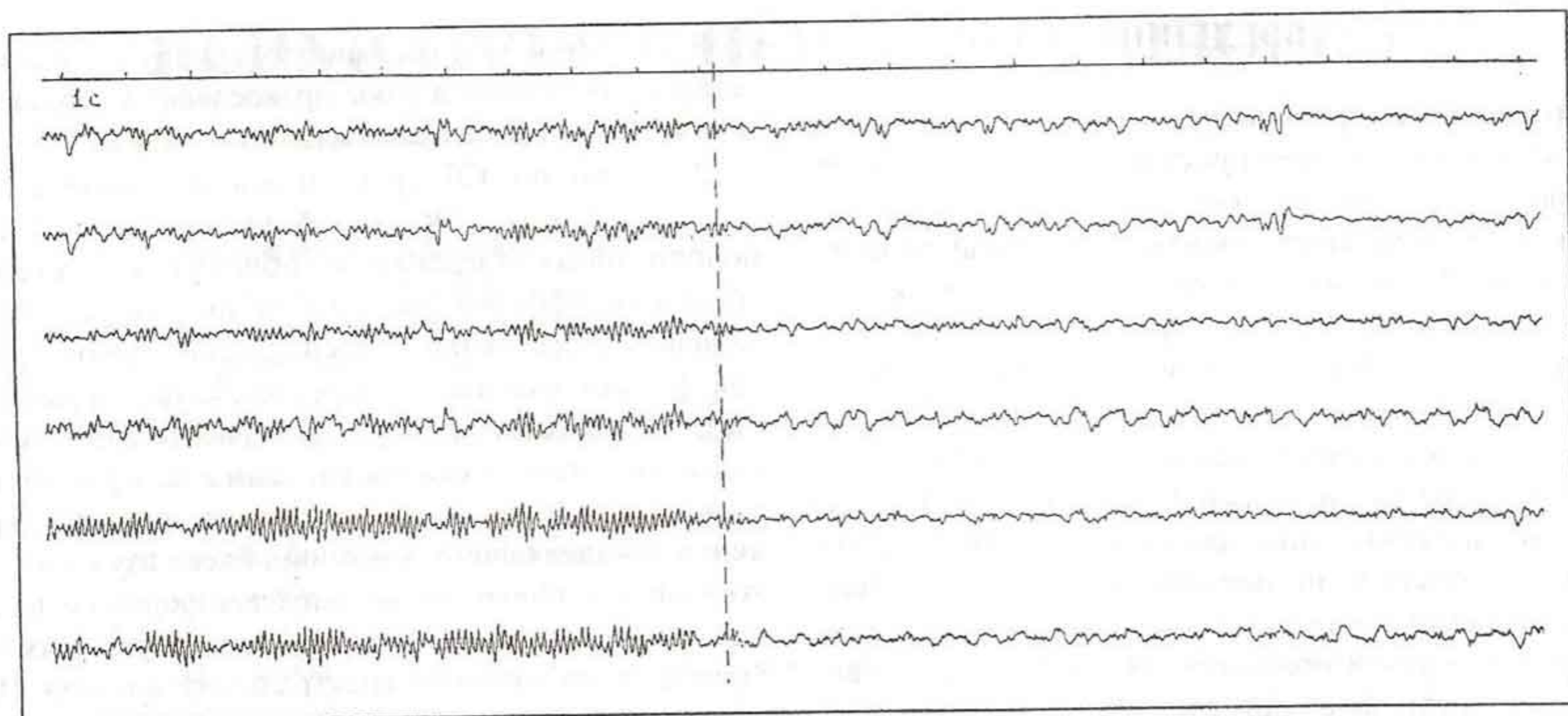


Рис. 1. Эффект подавления быстрой электрокортикальной активности при молитве (пример). Вертикальной линией отмечено время перехода испытуемого в исследуемое состояние.

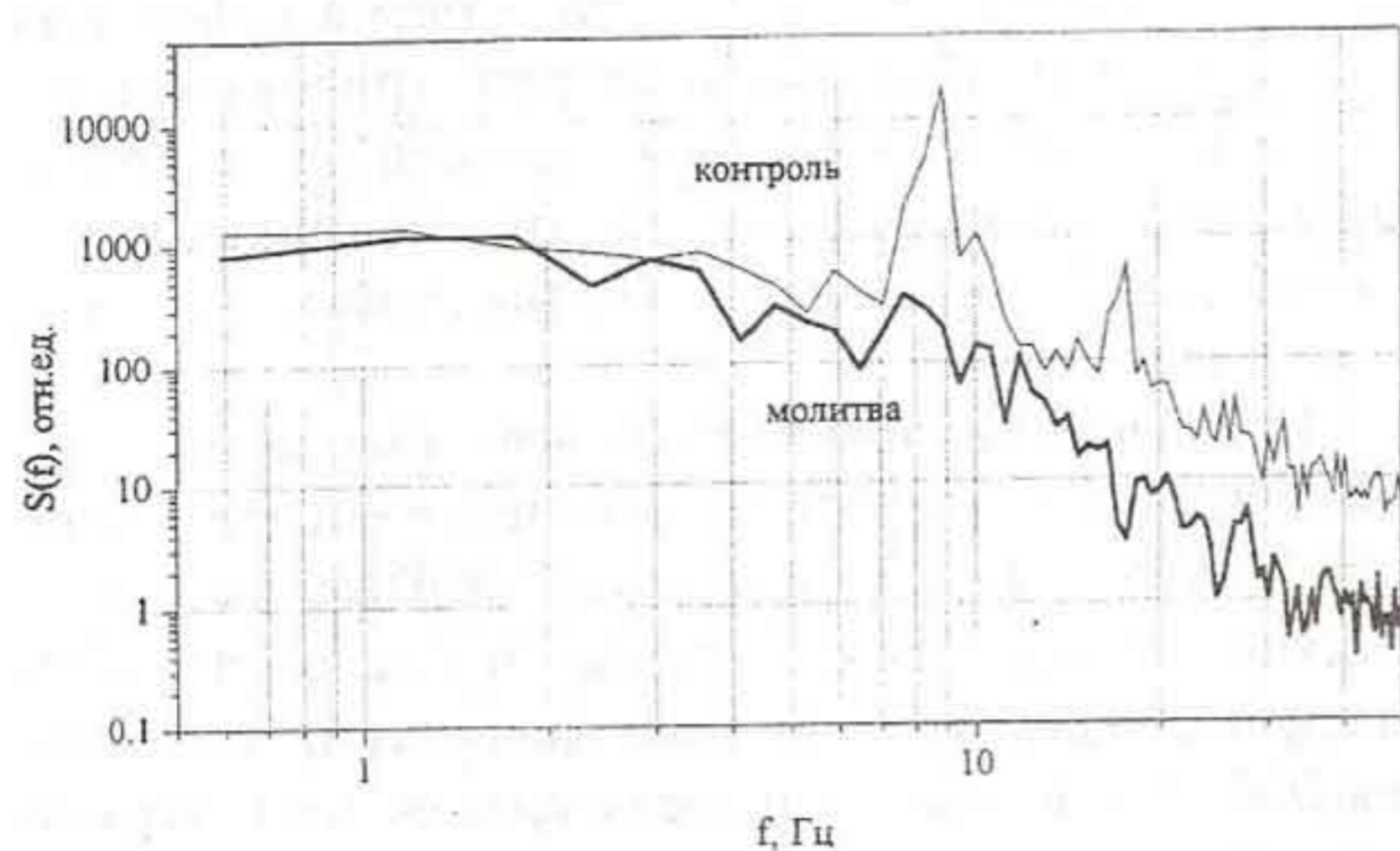


Рис. 2. Перестройка спектра мощности сигнала ЭЭГ затылочного отведения при молитве.

подчеркнуть, что наблюдаемый эффект подавления кортикального доминирования не сопровождался возникновением межполушарной асимметрии и пароксизмальными проявлениями.

Фурье-анализ полученных записей ЭЭГ и сопоставление спектров мощности в состояниях до и во время молитвенного погружения показывает, что при молитве наблюдалось существенное (на полтора – два порядка) снижение спектральной мощности на частотах α - и β -ритмов (рис. 2). Хотя абсолютный уровень спектральной плотности в диапазоне θ - и δ -ритмов практически не менялся, относительное содержание медленных колебаний в динамике сигналов ЭЭГ при этом возрастало, и они начинали доминировать на фоне редуцированной высокочастотной части ЭЭГ.

Возвращение испытуемых в обычное состояние сознания сопровождалось быстрым восстановлением исходной фоновой картины биоэлектрической активности мозга. По окончании обследования всеми ис-

пытываемыми было отмечено, что на протяжении наблюдений они сохраняли нормальный уровень сенсорной восприимчивости и не испытывали каких-либо признаков нарушения функций внимания и памяти.

ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные результаты позволяют говорить о выраженном обратимом снижении уровня кортикальной активности мозга испытуемых в состоянии христианской молитвы, энцефалографический портрет которого резко отличается от обычной структуры ЭЭГ в состоянии бодрствования. Касаясь эффекта подавления быстрых ЭЭГ-ритмов, необходимо упомянуть, что православные священники пользуются особой дыхательной техникой, которая служит одним из необходимых условий молитвенного сосредоточения: на каждый вдох при мысленном произнесении молитвы приходится определенное число сердечных сокращений. Опираясь на результаты наших предыдущих исследований [4], можно предположить, что происходящее при этом учащение сердцебиений и урежение числа дыханий создает предпосылки для подавления высокочастотной электрокортикальной активности. Однако, учитывая воспроизводимость и устойчивость всей совокупности признаков исследуемого ЭЭГ-проявления, этот фактор вряд ли может рассматриваться как основной.

Интересно отметить, что анализ данных, полученных ранее при исследовании особых состояний сознания другого рода, обнаружил качественно иную картину изменения ЭЭГ. Так, например, при сеансах медитации, практикуемой в восточной традиционной медицине, нами наблюдалось увеличение индекса быстрых частот ЭЭГ, а при особых состояниях у лиц,

относящих себя к категории экстрасенсов — увеличение α -индекса. По литературным данным, изменение состояния сознания экстрасенсов может в ряде случаев сопровождаться и усилением амплитуды θ -волн [3], однако, в противоположность этим наблюдениям, при молитве деятельность мозга не была сопряжена ни с возрастанием абсолютного значения спектральной мощности медленных кортикальных процессов, ни с ростом высокочастотных компонент ЭЭГ. Наконец, в этом ряду можно упомянуть и факты сходного изменения частотной структуры кортикальной активности у экстрасенсов в состоянии пассивной медитации [3]: подобные эффекты всегда сопровождаются четко выраженной межполушарной асимметрией, что не соответствует нашим наблюдениям. Единственным известным нам аналогом электрофизиологической активности мозга при молитве являются данные, полученные при энцефалографическом исследовании “феномена ясновидения” — внесенсорного восприятия информации о дистанционно удаленных зрительных образах [1], при котором фиксировалось характерное снижение амплитуды α -ритма и признаки повышения лимбико-стволовой активности головного мозга.

По нашим представлениям, состояние христианской молитвы адресуется базовым, то есть эволюционно первичным механизмам перцепции в многоуровневой структуре сознания, находящимся в тесном взаимодействии с эмоциогенной системой мозга. И. С. Добронравовой [2] описан случай, при котором находящийся в глубокой коме человек, в ЭЭГ которого исчез α -ритм и остался один θ -ритм, обнаруживал признаки восприятия только при общении с близкими людьми, обращение которых вызывает отклик в мозгу, выражающийся в изменении когерентности θ -ритма (7 Гц). Показательно, что обращение иных людей не вызывало такого отклика. Косвенно на тенденцию к снижению частоты доминирующих ритмов ЭЭГ при увеличении степени эмоциональной близости с объектом общения указывает и исследование кортикальной активности у контактных и неконтактных психически больных [11]. Таким образом, медленные ЭЭГ-ритмы, связанные с деятельностью подкорковых структур, могут обуславливать эмоционально значимые психофизиологические состояния.

Особая когнитивная роль таких состояний в полной мере проявляется в том, что в возрасте до 5 лет, когда закладываются основы общения ребенка с близкими ему людьми и формируются бессознательные компоненты его религиозного мировосприятия, медленная электрокортикальная активность устойчиво доминирует. Более поздние уровни сознания связаны с формированием более высокочастотных ритмов мозга. Эти известные факты указывают на то, что низкочастотный диапазон ЭЭГ действительно несет отпечаток важных “архетипических” аспектов общения

и обмена информацией человека со значимыми для формирования его личности субъектами и символами мира [11]. Следовательно, при христианской молитве деятельность мозга соотносится с наиболее ранним уровнем сознания, возникающим задолго до социализации субъекта. При этом важнейшие функции должен выполнять соответствующий данному уровню сознания диэнцефальный уровень эмоциогенной системы мозга [6, 8]. Данный вывод независимо подтверждается анализом перестройки спектра ЭЭГ с позиций современных представлений об общих законах иерархической самоорганизации сложных систем, к которым относится и мозг [5, 9]. Согласно этим представлениям, наблюдаемое возрастание процентного содержания в ЭЭГ низкочастотных колебательных процессов указывает на функциональную перестройку нейрональных связей с переходом лидерства по иерархии к низкочастотным регуляторным процессам подкоркового уровня.

Таким образом, следует полагать, что в психофизиологическом отношении христианская молитва относится к классу особых физиологически нормальных состояний головного мозга, связанных с необходимостью реализации трансцендентных форм восприятия при религиозном общении и несовместимых с обычным состоянием сознания взрослого человека.

По нашим наблюдениям, испытуемые адекватно воспринимали все происходящее вокруг них и в любой момент могли выйти из состояния молитвы. Этот факт дает основание рассматривать изучаемое состояние в ряду известных как своеобразное проявление деятельности активного сознания, отличающееся от обычного бодрствования сниженной амплитудой быстрых электрокортикальных процессов и доминированием медленных ритмов.

Представляется неслучайным, что с добавлением нового элемента в схему функциональных состояний мозга последняя приобретает более заверченный вид (табл.). Действительно, бодрствование и быстрый сон нередко рассматриваются как взаимодополняющие состояния, сходные по ЭЭГ-картине и отличающиеся уровнем активности сознания. Однако режим деятельности коры, при котором бы наблюдалось сохранение функций сознания при доминировании медленной ЭЭГ-активности, до сих пор не был описан в ли-

Классификация основных функциональных состояний головного мозга, включающая состояние молитвы

Функциональное состояние мозга	Наличие сознания	Наличие быстрой ЭЭГ-активности
Быстрый сон	—	+
Медленный сон	—	—
Бодрствование (“быстрое” бодрствование)	+	+
Молитва (“медленное” бодрствование)	+	—

тературе. Именно такими свойствами обладает изученное нами психофизиологическое состояние, которое закономерным образом оказывается на месте состояния, комплементарного медленному сну. Пользуясь аналогией с существующей системой названий, мы обозначили функциональное состояние, отвечающее деятельности мозга при христианской молитве, как состояние “медленного бодрствования”.

ВЫВОДЫ

1. Показано, что в состоянии христианской молитвы наблюдается существенное подавление высокочастотной части спектра ЭЭГ и процентное преобладание низкочастотных составляющих ЭЭГ без увеличения абсолютного уровня их спектральной мощности. При этом отмечен нормальный уровень сознания испытуемых в ходе обследования.

2. На основании анализа полученных результатов и их сопоставления с литературными данными сделан вывод о том, что христианской молитве соответствует особое психофункциональное состояние, определяемое деятельностью диэнцефального уровня эмоциогенной системы мозга.

3. Обоснована гипотеза, в рамках которой исследованное явление рассматривается как проявление не описанного до сих пор четвертого физиологически нормального функционального состояния головного мозга, обозначенного авторами как “медленное бодрствование”.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева Г. Н., Лытаев С. А., Хлуновский А. Н. Исследование информационных процессов между субъектами // Парапсихология и психофизика. 1993. № 2. С. 35.
2. Добронравова И. С. Реорганизация электрической активности мозга человека при угнетении и восстановлении сознания (церебральная кома). Автореф. докт. дисс. — М., 1996. — 76 с.
3. Лебедева Н. Н., Добронравова И. С. Организация ритмов ЭЭГ человека при особых состояниях сознания // Парапсихология в СССР. 1992. № 1. С. 27.
4. Мелейковский Б. Ю., Слезин В. Б., Веревкина С. В. Анализ нейрональных процессов в активирующих системах крысы при выработке инструментального оборонительного рефлекса // Журн. высш. нервн. деят. 1989. Т. 39. № 2. С. 278.
5. Музалевская Н. И., Урицкий В. М. Стохастические методы функциональной диагностики и коррекции в медицине // Телемедицина: новые информационные технологии на пороге XXI века. — СПб: Анатолия, 1992. С. 209.
6. Слезин В. Б. Эмоциогенные системы мозга и управляемое поведение. Автореф. докт. дисс. — Л., 1989. — 36 с.
7. Слезин В. Б. Психические заболевания и физиология сознания // Актуальные проблемы психического здоровья. — Киров: Изд-во КГМИ. С. 72.
8. Слезин В. Б., Калер Х., Подпорин А. Н. Попытка осмысления психологических структур личности с физиологических позиций // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 1998. № 2. С. 81.
9. Урицкий В. М., Музалевская Н. И. Фрактальные структуры и процессы в биологии // Биомедицинская информатика. — СПб.: Изд. СПИИ РАН, 1995. С. 84 – 129.
10. Юнг К. Об архетипах коллективного бессознательного // Архетипы и символы. — М.: Мир, 1991. — 256 с.
11. Mas F., Prichep L. S., John E. R., et al. Neurimetric quantitative electroencephalogram subtyping of obsessive compulsive disorders // Imaging of the Brain in Psychiatry and Related Fields / K. Maurer (ed.) — Berlin: Springer-Verlag, 1993. P. 277.

4-я Международная конференция по философии и психиатрии

БЕЗУМИЕ, НАУКА И ОБЩЕСТВО

26 – 29 августа 2000 г., Флоренция

C.S.S. Viale g. Mazzin, 70, I-50132 Firenze, Italy
Tel.: +39 (055) 248-0202; Fax: +39 (055) 248-0246
E-mail: elena@css-congressi.it
<http://www.dadacasa.com/cositpsic>

2-й Международный конгресс

ГОРМОНЫ, МОЗГ И НЕЙРОПСИХОФАРМАКОЛОГИЯ

15 – 19 июля 2000 г., Родос, Греция

Тел.: +1 (615) 343-2068; Fax: +1 (615) 343-2069;
E-mail: oray@acnp.org

ЭЭГ-корреляты взаимодействия пищевой доминанты (лечебное голодание) и патологических устойчивых состояний у больных шизофренией и алкоголизмом

М. А. Титаева, Г. И. Бабенков, В. Б. Гурвич, Ю. В. Урываев, Ю. И. Полищук

Несмотря на большое внимание, уделяемое нейрофизиологическим механизмам патологических устойчивых состояний [4], особенности их взаимодействия с физиологическими доминантами изучены мало. Вместе с тем, принцип конкурентных отношений двух доминирующих состояний — патологического и лечебного — издавна используется при терапии психических расстройств.

Цель настоящего исследования состояла в поиске ЭЭГ-коррелятов процессов, происходящих при взаимодействии устойчивых эмоционально-мотивационных патологических состояний (при шизофрении и алкоголизме) и пищевой доминанты, во время разгрузочно-диетической терапии (РДТ) [8]. По этому вопросу имеются лишь единичные данные [3, 15]. В нашей первой работе сделано предположение, что рассматриваемые эмоционально-мотивационные расстройства могут быть обусловлены длительно существующими патологическими доминантами [14], что основывается на известных представлениях о мотивации, как организующей основе нормальной и патологической психической деятельности [12]. Была показана возможность выявления ЭЭГ-коррелятов таких состояний при использовании кросскорреляционного анализа ЭЭГ. Основная задача настоящей работы заключалась в изучении аналогичными методами процессов, происходящих при взаимодействии патологического и лечебного доминирующих состояний на различных, хорошо известных в клинике, стадиях РДТ [8].

В целях ЭЭГ-тестирования интенсивности патологического состояния до лечения и на стадиях РДТ была применена активация светом. При достаточной выраженности патологической доминанты световой раздражитель, как и любое другое внешнее воздействие, мог усиливать ее проявления. При подавлении доминанты тот же раздражитель не оказывает подобного эффекта [10, 18].

МЕТОДИКА

Лечебное дозированное голодание (РДТ) проводилось по методике Ю. С. Николаева [8]. В настоящей работе приведены преимущественно данные об ЭЭГ-коррелятах начальной стадии голодания (3–5-е сутки), заключительной стадии голодания (15–20-е сутки) и конца восстановительного питания (15–20-е сутки), — как наиболее информативных в клиническом отношении.

ЭЭГ регистрировались монополярно, по системе 10–20 % в отведениях: 01, 02; P3, P4; C3, C4; F3, F4; T3, T4, — на 17-канальном чернильно-пишущем электроэнцефалографе, имеющем параллельные выходы на двухканальный анализатор с интегратором и шестидорожечный магнитный регистратор. Степень взаимосвязи ЭЭГ-процессов оценивалась методом знаковой корреляции на приборе АМГ-1 (производства ВНИИМП) в полосе от 2 до 25 Гц, для 16-секундных реализаций ЭЭГ.

Мощность частотных диапазонов ЭЭГ определялась в симметричных зонах правого и левого полушарий на основании данных усреднений 60- и 30-секундных отрезков ЭЭГ.

Этими методами были изучены 2 состояния: спокойное бодрствование с закрытыми глазами и активация — при освещении глаз исследуемого лампой 200 Вт, помещенной на расстоянии 1,5 м.

Обработка результатов производилась с помощью критерия Стьюдента и ряда непараметрических критериев.

Группа больных шизофренией состояла из 19 человек с непрерывнотекущим вялопрогредиентным процессом и доминирующими в психическом состоянии многолетними сверхценными ипохондрическими моноидеями в сочетании с затяжными субдепрессиями.

Группа больных алкоголизмом включала 17 человек с наркоманической его стадией, выраженными обсессивным влечением к алкоголю и резидуальными проявлениями абстинентного синдрома (аффективные расстройства в виде субдепрессий, полиморфные вегетативные расстройства, нарушения сна).

В контрольную группу вошли 15 здоровых испытуемых.

Все испытуемые были мужчины, правши, в возрасте от 19 до 40 лет, без признаков органического поражения центральной нервной системы. До начала исследований у больных перерыв в медикаментозной терапии был не менее 1-го месяца.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Исследования, проведенные до начала РДТ, позволили установить, что основные различия в ЭЭГ-показателях двух изучавшихся устойчивых патологических состояний до начала лечения обнаруживались преимущественно во время активации светом. Поскольку все количественные данные по этому

вопросу опубликованы ранее [14], здесь приводятся лишь основные заключения.

Существенно, что реакция десинхронизации ЭЭГ у больных обеих групп была достаточно выражена и величина депрессии затылочного α -ритма соответствовала данным, полученным у контрольной группы здоровых. В лобных отделах при десинхронизации выявлены сниженные значения уровня суммарной ЭЭГ, что позволяет предположить гиперактивацию лобной коры. Эта особенность была более отчетлива у больных шизофренией.

Изучение динамического взаимодействия различных зон коры (проведенное методом знаковой кросс-корреляции) показало, что активация светом позволяет обнаружить констелляции повышенных взаимосвязей ЭЭГ, которые рассматривались как “фокусы повышенной активации”.

При 1-м типе устойчивых патологических состояний такого рода изменения в топографии взаимосвязей ЭЭГ были мозаичны и имели асимметричный характер. Патологические констелляции определялись в теменно-затылочной зоне правого полушария и в левой лобно-центральной зоне. Имелась также тенденция к объединению этих констелляций с некоторыми другими, дистантно — удаленными зонами коры (рис. 1, II). Наряду с этим, во время активации светом наблюдались изменения в характере межполушарного взаимодействия, главным образом, — на уровне теменных симметричных зон коры, где вместо свойственного здоровым снижения взаимосвязей ЭЭГ, то есть — заострения межполушарной асимметрии, во время активации отмечена противоположная тенденция: межполушарные теменные взаимосвязи ЭЭГ возрастали, следовательно, происходило сглаживание межполушарной теменной асимметрии, увеличение сходства биопотенциалов в указанных зонах коры.

Таким образом, при 1-м типе эмоционально-мотивационных расстройств, у больных шизофренией, были обнаружены мозаичные и асимметричные нарушения процесса активации ЭЭГ, в виде уменьшения их дискретности (в зонах коры, объединенных повышенными взаимосвязями). Следовательно, имелись указания на преимущественную роль нарушений на уровне межкортикального взаимодействия в генезе патологических состояний этого типа.

Поскольку неспецифическая кортикальная активация модулируется лобными долями, полученные данные могут служить косвенным признаком недостаточности лобных контролирующих механизмов, что, в свою очередь, служит одним из определяющих условий для развития неконтролируемых устойчивых доминирующих состояний [17, 19].

При 2-м типе патологических устойчивых состояний — у больных алкоголизмом — изменения параметров активированных светом ЭЭГ были более распространенными и преимущественно — двусторонними. Обнаруживались диффузные изменения в динамике межполушарных взаимосвязей ЭЭГ в виде от-

сутствия тенденции к снижению и некоторому повышению их на активацию светом, то есть в этой ситуации не происходило свойственного здоровым заострения межполушарных различий. Наряду с этим, у больных выявлено двустороннее повышение уровня теменно-затылочных взаимосвязей ЭЭГ и при активации и при спокойном бодрствовании. В связях между дистантно удаленными зонами отмечен правосторонний акцент (рис. 1, III). Приведенные данные согласуются с указаниями некоторых других авторов на изменение межполушарного взаимодействия и функциональную недостаточность правого полушария при алкоголизме [2, 9].

Хорошо известно, что устойчивые патологические состояния при алкоголизме обусловлены изменениями в функционировании гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы; особенное значение имеет повышенная чувствительность гипоталамических структур к токсическому воздействию алкоголя [13, 21]. Возникающее у этих больных при активации симметричное возрастание внутримушарных затылочно-теменных взаимосвязей ЭЭГ, также как и глобальные изменения динамики межполушарных взаимосвязей могут, по нашему предположению, являться признаком усиления генерализованных активирующих влияний, связанных с деятельностью стволовых образований мозга.

Следовательно, на основании приведенных данных можно было предположить, что возникновение неконтролируемых доминирующих состояний при алкоголизме связано с иными нейрофизиологическими механизмами, чем у больных предыдущей группы.

ДИНАМИКА ЭЭГ ПАРАМЕТРОВ РЕАКЦИИ АКТИВАЦИИ НА СТАДИЯХ РДТ

Последовательность клинических стадий, развивающихся при лечебном голодании, может рассматриваться как результат сложного взаимодействия патологической и лечебной доминант, в результате которого происходит более или менее полное подавление патологического доминирующего состояния.

Клинико-физиологические особенности начальной стадии лечебного голодания более, чем последующие, связаны с наличием интенсивной пищевой доминанты. По данным всех авторов, изучавших лечебное голодание, в первой начальной стадии пищевой депривации (2–4 сутки) у больных с различными расстройствами отмечалась повышенная пищевая возбудимость; их раздражали любые сигналы пищи: вид, запах пищи, разговоры о еде, звук столовой посуды. Пищевые сигналы вызывали слюнотечение, “урчание” в животе, ощущение “сосания под ложечкой”. Субъективные ощущения голода подтверждены повышением секреторных (слюноотделительных) рефлексов в первые дни голодания [8].

При первом типе патологических устойчивых состояний — у больных шизофренией — на этой стадии обострялась психопатологическая симптоматика.

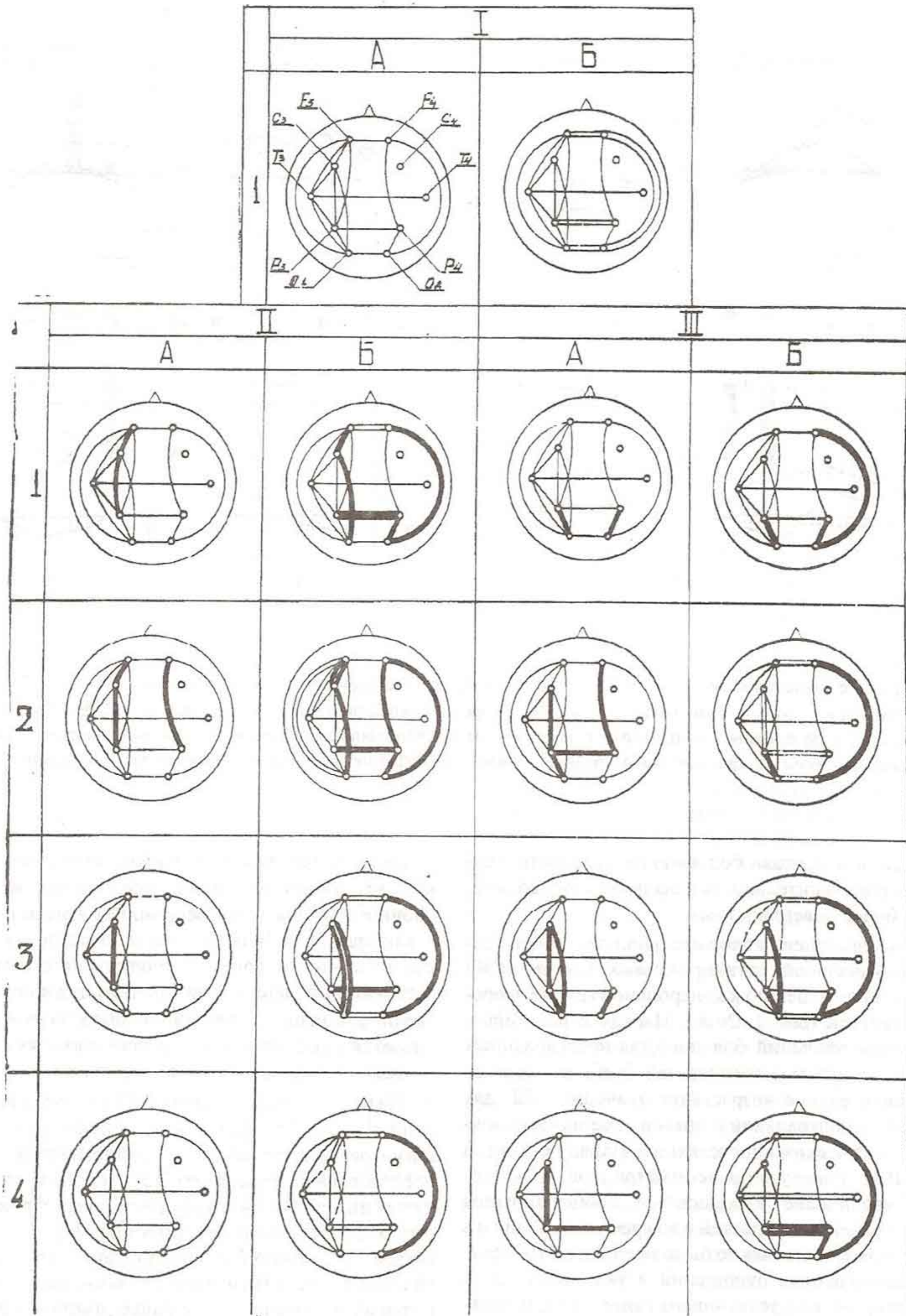


Рис. 1. Сравнительная структура различных корреляционных связей суммарной ЭЭГ в покое и при активации светом у исследованных групп. I — здоровые испытуемые; II — больные шизофренией; III — больные алкоголизмом; А — фон; Б — период активации светом; 1 — до начала лечения; 2 — начало голодания; 3 — конец голодания; 4 — конец восстановительного питания. Тонкие линии — $K_{кр}$, соответствующие данным группы здоровых; утолщенные линии — $K_{кр}$, имеющие достоверное превышение по отношению к группе здоровых; пунктирные линии — $K_{кр}$, сниженные по отношению к данным контрольной группы здоровых; двойные линии — $K_{кр}$, имеющие достоверные различия в периоде активации светом по отношению к данным фона.

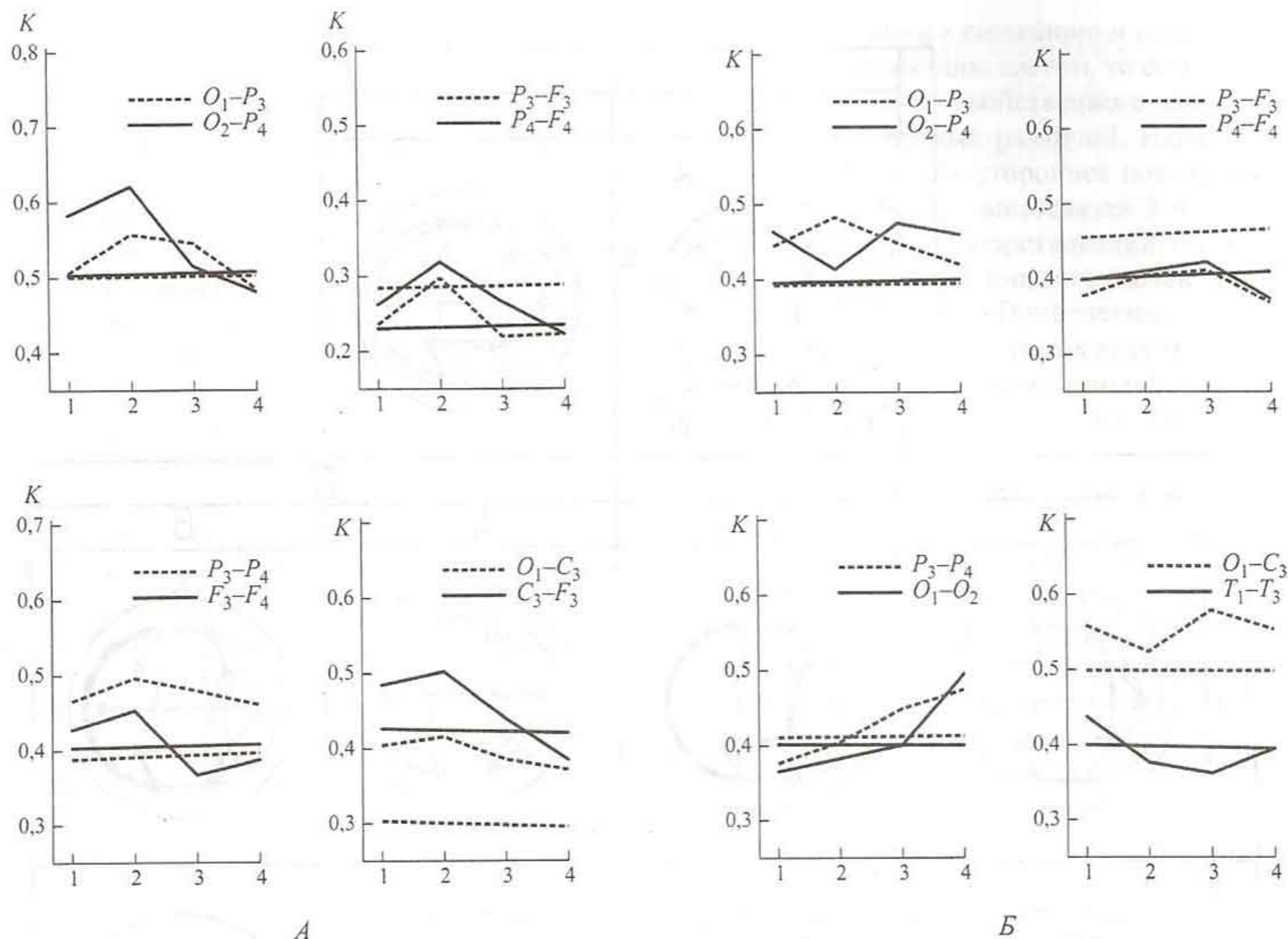


Рис. 2. Средние значения коэффициентов кросскорреляции ЭЭГ во время активации светом на стадиях РДТ у больных шизофренией (А) и у больных алкоголизмом (Б). По вертикали — коэффициенты кросскорреляции ($M \pm m$), по горизонтали — стадии: 1 — до лечения, 2 — начало голодания, 3 — конец голодания, 4 — конец восстановительного питания. Горизонтальными линиями на графике даны средние значения коэффициентов кросскорреляции ($K_{кр}$) у группы здоровых испытуемых.

Моноидеи приобретали большую актуальность, усиливались раздражительность и беспокойство, сон становился более поверхностным.

Не было выявлено положительной динамики в системе взаимосвязей активированных светом ЭЭГ; различия по отношению к контрольной группе здоровых возрастали (рис. 1, 2, А). Наряду с некоторым увеличением значений большинства исследованных внутрислоушарных взаимосвязей ЭЭГ, отмечалось более значительное возрастание значений ККР для левой лобно-центральной и правой теменно-затылочной патологических констелляций. Наряду с этим, в начале РДТ обнаружено асимметричное правостороннее увеличение взаимосвязей биопотенциалов лобных и теменных областей и во время активации и в фоне. В этом случае можно было предположить изменение доминантных отношений в указанных зонах коры в сторону отсутствующего ранее преобладания правого полушария.

Параллельно в ЭЭГ больных в начале голодания значительно увеличивалась мощность медленных θ - и δ -диапазонов частот. Во время активации преимущественно и более диффузно усиливалась θ -активность. В лобных зонах эти сдвиги преобладали в левом полушарии (рис. 3, А, I).

Экспериментами на животных многократно показано, что θ -ритм может являться коррелятом мотивационного возбуждения оборонительного и пищевого характера [20]. Приведенные данные позволяют заключить, что на фоне устойчивого патологического состояния у больных шизофренией под влиянием пищевой доминанты θ -активность более постоянно усиливается в тех зонах коры, которые входят в патологические доминирующие констелляции.

На последующих стадиях РДТ (из числа которых в данной статье отражены лишь основные), у больных шизофренией происходили неоднозначные сдвиги в исследованных параметрах ЭЭГ. Наблюдалась переходящая инверсия межполушарной асимметрии мощности ЭЭГ. На основании динамики корреляционных связей ЭЭГ можно было предполагать временное появление фокусов активации в зонах коры, контралатеральных по отношению к ранее доминирующим зонам, а именно — в задних отделах левого полушария и в передних отделах правого полушария.

Конечная стадия лечебного голодания — перед началом диетического питания — характеризовалась появлением наиболее значительных клинических сдвигов в состоянии больных. На этой стадии уменьшалась депрессия, дезактуализировались ипохондри-

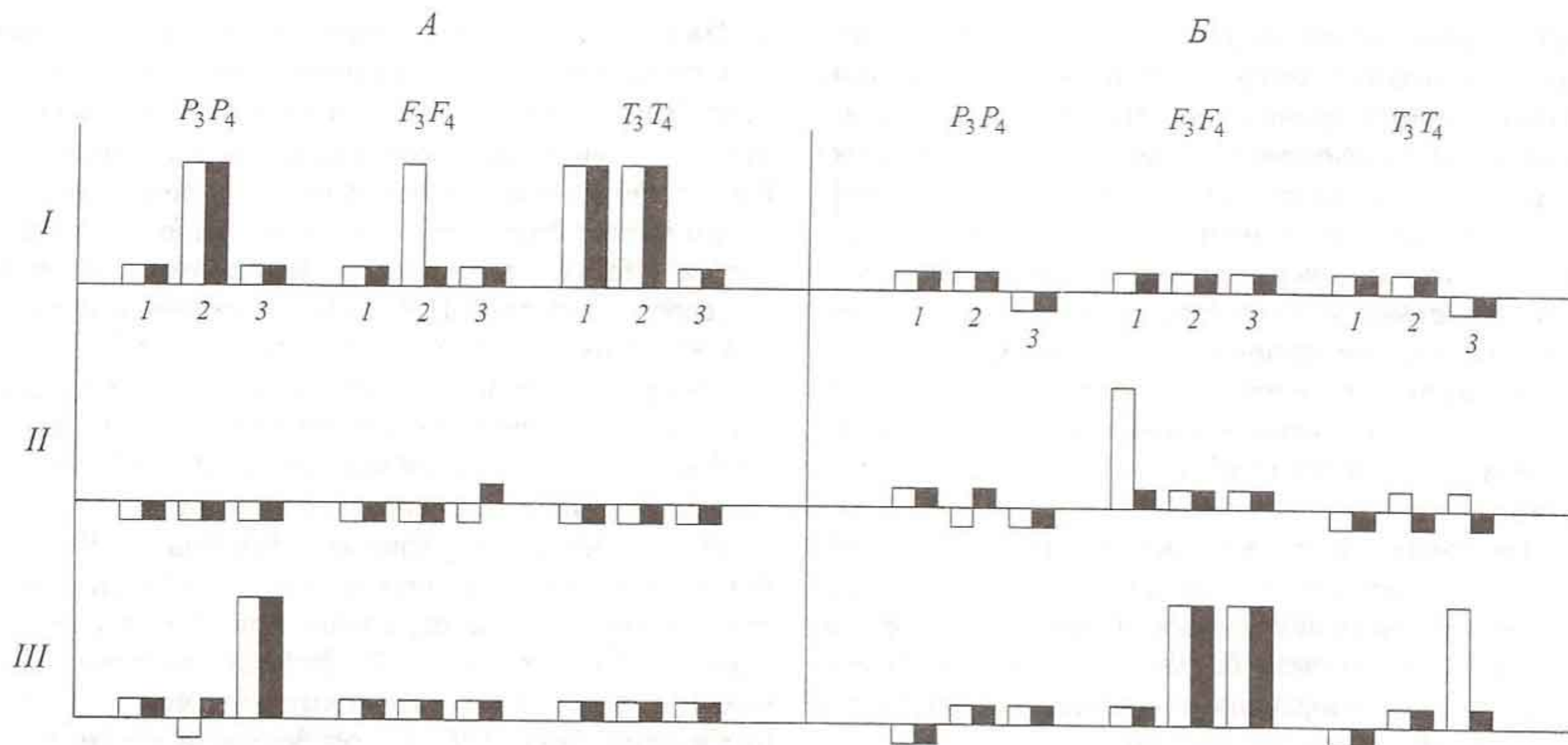


Рис. 3. Достоверные тенденции в динамике мощности диапазонов ЭЭГ больных шизофренией и алкоголизмом на стадиях РДТ во время активации светом (по сравнению с данными, полученными до лечения). По вертикали — достоверные (высокие столбики) и недостоверные (низкие столбики) тенденции в изменениях мощности ЭЭГ. По горизонтали — отведения и диапазоны ЭЭГ. Белые столбики — левое полушарие, заштрихованные столбики — правое полушарие. 1 — $\delta(?)$ -, 2 — $\theta(?)$ -, 3 — $\alpha(?)$ -диапазон. I — начало голодания, II — конец голодания, III — конец восстановительного питания. А — группа больных шизофренией, Б — группа больных алкоголизмом.

ческие моноидеи, упорядочивалось поведение. Вместе с тем, несколько возростали астенические симптомы и появлялись колебания аффективного тонуса. Чувство голода у большинства больных на этой стадии лечения обычно притуплялось.

В конце лечебного голодания наблюдалась достоверная динамика в сторону уменьшения суммарной энергии фоновых и активированных светом ЭЭГ. По сравнению с первоначальной стадией голодания происходило заметное снижение мощности медленных диапазонов частот (рис. 3, А, II).

Обнаруживалась тенденция к уменьшению устойчивости межполушарных взаимосвязей ЭЭГ, которые во время активации светом подвергались более значительному снижению, чем на предыдущих стадиях. Эти изменения преобладали в лобных зонах, где и в состоянии спокойного бодрствования были снижены значения межполушарных ККР (рис. 1, 3).

В конце лечебного голодания правосторонняя патологическая констелляция взаимосвязей ЭЭГ в задних отделах коры при активации светом не выявлялась, по сравнению с другими стадиями правые затылочно-теменные ККР были снижены. Не обнаруживался также фокус повышенной активации в левой лобно-центральной зоне, где, также отмечено существенное уменьшение значений ККР (рис. 2, А).

Таким образом, на заключительной стадии лечебного голодания, во время которой у многих больных 1-й группы появляется своеобразная адаптивная реакция к этому воздействию, имела место реорганизация процесса активации ЭЭГ; мозаичные изменения процесса активации ЭЭГ сглаживались. Интенсивность

фокусов повышенной активации по данным ККР ослабевала. Особенности динамики межполушарных корреляционных связей ЭЭГ выявляли заострение функциональной межполушарной асимметрии при активации, что совпадало с данными контрольной группы здоровых.

На конечной стадии восстановительного питания у больных шизофренией была наиболее выражена тенденция к редукции ипохондрических моноидей, повышался или выравнивался эмоциональный фон. Оставались еще астенические проявления и аффективная неустойчивость.

По визуальным данным и показателям мощности ЭЭГ на восстановительном питании значительно возростала α -активность. Для фоновых ЭЭГ синхронизация α -ритма преобладала в лобно-височных зонах коры левого полушария, что получало выражение в инверсии коэффициентов асимметрии [15] и вероятно связано с возникновением положительного эмоционального сдвига, свойственного этой стадии РДТ [6].

Пространственно-временные характеристики ЭЭГ в конце восстановительного питания обнаруживали наиболее полную тенденцию к нормализации, причем в активированных светом ЭЭГ это проявлялось особенно отчетливо (рис. 1). Однако, в отличие от контрольных данных, у больных на этой стадии обнаруживалось достоверное снижение коэффициентов взаимосвязи активированных ЭЭГ в передних отделах левого полушария, — между лобной и теменной, центральной и височной зонами коры. Ранее нами было показано, что низкий уровень кросскорреляционных связей ЭЭГ при наличии хорошо организован-

ного α -ритма может являться признаком недостаточной стабилизации терапевтических ремиссий при вялотекущей шизофрении и вместе с тем имеет, по-видимому, компенсаторное значение [16]. Подобная же особенность “активированных” ЭЭГ больных шизофренией в конце восстановительного питания может быть показателем переходного, недостаточно устойчивого состояния, что подтверждается также и результатами катамнестических исследований.

При втором типе патологических устойчивых состояний, — у больных хроническим алкоголизмом, — динамика ЭЭГ на лечебном голодании была менее определенной.

Начальная стадия лечебного голодания характеризовалась существенной редукцией аффективных и вегетативных компонентов абстинентного синдрома. Влечение к алкоголю у больных не обнаруживалось, но оставались дезорганизация поведения, аффективная неустойчивость, нарушения сна.

Тенденция к увеличению мощности медленных частот в отличие от 1-й группы была слабой и недостоверной, существенного возрастания θ -активности ни в одной из областей мозга не наблюдалось (рис. 3, Б).

Динамика пространственно-временных отношений ЭЭГ на первой стадии лечебного голодания у больных алкоголизмом была более отчетливой, чем на последующих стадиях. Как и у больных шизофренией, появлялись признаки доминирования правых теменно-лобных взаимосвязей ЭЭГ. Активация светом выявляла отсутствующую ранее тенденцию к снижению межполушарных связей ЭЭГ в большинстве исследованных симметричных зонах коры, то есть можно было наблюдать некоторую нормализацию в динамике указанных параметров.

Происходили также асимметричные сдвиги в значениях ККР на уровне теменно-затылочной коры, в результате которых появлялись отсутствующие ранее признаки левостороннего преобладания активации в задних отделах коры (рис. 2, Б).

На последующих стадиях лечебного голодания отмечалась дальнейшая редукция влечения к алкоголю, однако, больные оставались еще расторможенными, с элементами дезорганизации поведения, в отдельных случаях наблюдалась эйфория. Чувство голода в большинстве случаев исчезало. Вегетативно-сосудистые проявления абстинентного синдрома уменьшались.

Во время конечной стадии лечебного голодания у больных и в фоне, и при активации отмечено увеличение мощности медленных частот спектра, особенно — δ -диапазона с преобладанием в левой лобной области. По данным ККР, во время активации светом уменьшалась согласованность биоэлектрических процессов в левом полушарии, — между теменной, височной и лобной областями. В целом, однако, по сравнению с начальной стадией голодания, тенденция к нормализации системы взаимосвязей ЭЭГ была слабее выражена.

На стадии восстановительного питания основные изменения ЭЭГ у больных алкоголизмом сводились к перестройке спектра мощности частотных диапазонов за счет увеличения содержания θ - и α -диапазона. По сравнению с исходным фоном (до лечения) особенно четкие сдвиги в этом направлении наблюдались в лобных и височных зонах, преимущественно — левого полушария. Подобная же динамика отмечена и во время активации светом (рис. 3, Б, III).

Существенной нормализации в системе внутрислошарных взаимосвязей ЭЭГ не происходило. Патологическая констелляция взаимосвязей ЭЭГ определялась в задних отделах правого полушария.

На уровне межполушарных взаимосвязей ЭЭГ наблюдалась лишь частичная положительная динамика для некоторых областей, однако при активационном сдвиге, как и до терапии, обнаруживались значительные отклонения в сторону повышения межполушарных взаимосвязей ЭЭГ, — в особенности для симметричных теменных и затылочных отведений (рис. 1, 2, Б). Клинические наблюдения также свидетельствовали о неполном подавлении патологической мотивации, лежащей в основе возможных рецидивов влечения к алкоголю после окончания лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящем исследовании прослежена динамика ЭЭГ-особенностей двух типов устойчивых патологических состояний при их взаимодействии с достаточно сильной, длительно существующей, пищевой доминантой, создаваемой лечебным голоданием (РДТ). Основные данные получены на основании изучения системы взаимосвязей активированных светом ЭЭГ (методом знаковой корреляции). Обнаружен факт увеличения выраженности патологических констелляций взаимосвязей ЭЭГ под влиянием внешнего раздражителя (до и в начале РДТ), что согласуется с известными представлениями о свойствах доминантных очагов.

Перестройка деятельности мозга, происходящая при конкурентном взаимодействии патологического и лечебного доминирующих состояний, сопровождалась, прежде всего, изменениями в эмоциональной сфере. Эти клинические факты, отмеченные у больных 2-х групп, находятся в соответствии с известными данными о биологической роли эмоций во всех адаптивных реакциях организма [1, 5].

На начальной стадии РДТ были отмечены некоторые, общие для 2-х групп изменения параметров активированных светом ЭЭГ. К ним относятся увеличение мощности медленных диапазонов частот и, в особенности — θ -ритма (более постоянные у 1-й группы), и асимметричное увеличение теменно-лобных взаимосвязей ЭЭГ в правом полушарии (также имеющее более стойкий характер у 1-й группы).

Предположительно, указанные признаки правополушарного доминирования, как и увеличение θ -активности, могли быть результатом преимуществен-

ного воздействия пищевой доминанты на диэнцефально-лимбические образования, которые, как известно, имеют более тесные связи с корой правого полушария [7, 11].

Наряду с указанными изменениями у больных 1-й группы на этой стадии возрастали отмеченные до лечения мозаичные нарушения в системе взаимосвязей активированных светом ЭЭГ, что определенным образом совпадало с обострением психопатологической симптоматики. По-видимому, интенсивная пищевая доминанта на этой стадии усиливала электроэнцефалографические и клинические проявления устойчивого патологического состояния.

Наблюдавшиеся на последующих стадиях РДТ неоднозначные сдвиги в клинко-физиологических показателях были связаны, вероятно, с возникновением переходных состояний разного рода, возникающих в процессе постепенного подавления патологической доминанты. Преходящая инверсия межполушарной асимметрии исследованных параметров ЭЭГ свидетельствовала о появлении тенденций к контралатеральному доминированию в некоторых зонах коры. В последующем фокусы повышенной активации (по данным ККР) не определялись. Значительно возрастала мощность α -ритма в фоновых записях. Эта динамика соответствовала дестабилизации клинической симптоматики и была максимально выражена на последней стадии восстановительного питания, в конце терапии.

Таким образом, динамика ЭЭГ коррелятов у 1-й группы на стадиях РДТ как будто подтверждала их связь с существованием патологического доминирующего состояния. Как ранее указывалось, в данном случае можно полагать, что обнаруживаемые методом ЭЭГ изменения в степени согласованности биоэлектрических процессов между основными зонами коры не могут, конечно, быть прямым коррелятом патологической доминанты. Скорее всего, они представляют собой более или менее благоприятные условия для осуществления межкортикального взаимодействия при возникновении доминантных очагов.

У больных с наркоманической стадией алкоголизма возникающее на РДТ уменьшение эмоционально-мотивационных расстройств сочеталось с более слабыми, недостоверными изменениями мощности θ -диапазона в начале лечебного голодания, и преходящей редукцией отклонений в кросскорреляционных связях активированных светом ЭЭГ. На конечных стадиях лечения у этого типа больных частично восстанавливалась исходная патологическая картина системы взаимосвязей активированной ЭЭГ, несмотря на определенную динамику мощности ее частотных диапазонов, с тенденцией к увеличению α -активности в конце восстановительного питания (как и у 1-й группы больных).

Отсутствие положительной динамики ЭЭГ коррелятов при 2-м типе патологического устойчивого состояния позволяет предположить, что РДТ здесь не приводило к достаточно стойкому подавлению пато-

логической доминанты и лишь способствовало переходу ее в скрытую форму. Это подтверждалось и клиническими данными, указывающими на возможность быстрого восстановления влечения к алкоголю у больных в дальнейшем.

Устойчивость патологической мотивации при алкоголизме по отношению к воздействию РДТ может быть обусловлена стойким изменением активности гипоталамических структур, играющих основную роль в механизмах развития патологического влечения к алкоголю.

Приведенные данные могут иметь значение для постановки ЭЭГ-проблем применительно к концепции конкурирующих доминантных состояний.

Наряду с этим, полученные результаты дополняют представления о механизмах терапевтического действия разгрузочно-диетической терапии при психических заболеваниях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анохин П. К. // Высшая нервная деятельность. Труды конф., посвященной И. П. Павлову в США. — М.: Медгиз, 1963. С. 86 — 120.
2. Арзумаков Ю. Л., Шостакович Г. С. // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1981. № 9. С. 1367.
3. Аршавский В. В., Крайцеров Б. В. // Проблемы лечебного голодания. — М., 1969. С. 331 — 340.
4. Бехтерева Н. П., Камбарова Н. К., Поздеев В. К. Устойчивое патологическое состояние при заболеваниях мозга. — Л., 1978.
5. Вайнштейн И. И., Симонов П. В. Эмоциональные системы и сердце. — М.: Наука, 1980.
6. Деглин В. Л., Николаенко Н. Н. // Журн. Физиологии человека. 1975. Т. 1. № 3. С. 418.
7. Каменская В. М., Брагина Н. Н., Доброхотова Т. А. // Функциональная асимметрия и адаптация человека. — М., 1976. С. 25.
8. Николаев Ю. С. // Труды НИИ психиатрии МЗ РСФСР. Т. 39. — М., 1963. С. 7 — 164.
9. Рецикова Т. Н. // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1981. № 9. С. 1371.
10. Русинов В. С. Доминанта. — М., 1969.
11. Суворова В. В. // Журн. Вопросы психологии. 1975. № 5. С. 26 — 33.
12. Судаков К. В. Биологические мотивации. — М., 1971.
13. Судаков К. В., Котов А. В., Келешева Л. Ф. // Докл. Акад. наук СССР. 1979. Т. 246. № 1. С. 243 — 246.
14. Судаков К. В., Каменская В. М., Титаева М. А., Урываев Ю. В., Котов А. В., Полищук Ю. И., Бабенков Г. И., Гурвич В. Б. // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1980. Т. LXXX. № 9. С. 1377 — 1383.
15. Титаева М. А., Полищук Ю. И., Бабенков Г. И., Гурвич В. Б. // В Материалах VI съезда невропат. и психиатр. Укр. ССР. — Харьков, 1978. С. 397 — 399.
16. Титаева М. А., Хмелевский Д. Л. // Клинические, социальные и биологич. аспекты компенсации и адаптации при нервно-психических заболеваниях. — М., 1979. С. 58 — 70.
17. Урываев Ю. В. // Актуальные вопросы современной физиологии. М.: Наука, 1976. С. 52.
18. Ухтомский А. А. Собрание сочинений. — Л., 1950.
19. Хомская Е. Д. // Журн. Вопросы психологии. 1977. № 5. С. 105 — 113.
20. Шумилина А. Н. // Материалы 6 Всесоюзной конф. по электрофизиол. ЦНС. — Л., 1971.
21. Wikler A., Peskor F. T., Fraser H. F., et al. // Am. J. Psych. 1956. V. 1. № 13. P. 106.

Вопросы принудительного лечения ограниченно вменяемых лиц¹

Ю. Н. Аргунова

По данным статистики Минюста РФ, в 1997 г. в целом по России было осуждено 293 лица, страдающих психическим расстройством, не исключающим вменяемости, которым суд наряду с наказанием назначил амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра. В 1998 г. их число увеличилось в 2,3 раза и достигло 663 чел. (0,06 % от общего числа осужденных).

Помимо динамики роста наблюдаются и некоторые существенные качественные изменения в социально-демографической и уголовно-правовой характеристике данного контингента лиц (см. табл. 1 и 2). Доля женщин среди них в 1998 г. снизилась и оказалась вдвое меньше (5,4 %), чем в общей массе осужденных (в 1997 г. это соотношение не было столь значительным: 9 % против 12 %). Удельный вес несовершеннолетних (22,2 %) в 1998 г. наоборот увеличился и почти в 2 раза превысил соответствующий показатель

в общем числе осужденных. Примечательно, что треть ограниченно вменяемых, которым было назначено принудление, составили лица с неснятыми или непогашенными судимостями. И хотя их процент в 1998 г. по сравнению с предыдущим годом несколько снизился, все же он значительно выше аналогичного показателя в общей массе осужденных, что среди прочего может свидетельствовать о неэффективности специальных мер профилактики преступного поведения лиц с психическими аномалиями, в том числе в местах лишения свободы.

Среди ограниченно вменяемых, которым было назначено принудление, 3/4 составляют лица, совершившие тяжкие и особо тяжкие преступления, что значительно превосходит соответствующий показатель в общей массе осужденных. В 1998 г. по сравнению с 1997 г. процент ограниченно вменяемых, осужденных за особо тяжкие преступления, даже удвоился и стал в 3,5 раза превышать долю лиц, совершивших особо тяжкие преступления в общем количестве осужденных.

¹ Данная статья является продолжением серии публикаций, посвященных вопросам ограниченной вменяемости — см. Независимый психиатрический журнал. 1998. № 1; 1999. № 3.

Таблица 1. Сравнительные данные о личности преступника (в %)

	Удельный вес в общем числе осужденных		Удельный вес в общем числе осужденных с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, которым суд назначил принудление	
	1997	1998	1997	1998
Женщин	11,7	11,6	9,2	5,4
Несовершеннолетних	11,9	12,3	17,4	22,2
Лиц с неснятыми или непогашенными судимостями	21,7	21,8	40,6	32,3

Таблица 2. Сравнительные данные по категориям преступлений (в %)

	Удельный вес в общем числе осужденных		Удельный вес в общем числе осужденных с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, которым суд назначил принудление	
	1997	1998	1997	1998
Особо тяжкие	5,0	5,9	10,2	20,7
Тяжкие	54,2	52,8	62,1	56,0
Средней тяжести	21,0	23,3	19,5	17,0
Небольшой тяжести	19,8	18,0	8,2	6,3
из них по делам частного обвинения	16,7	15,5	29,2	24,4

Столь разительные отличия показателей 1997 и 1998 гг. в группе ограниченно вменяемых на фоне стабильности показателей общего массива осужденных указывают, по-видимому, в первую очередь, на процесс своего рода “утрясания” нормы об ограниченной вменяемости в судебной практике. В том, что этот процесс осуществляется методом проб и ошибок свидетельствуют и некоторые другие данные судебной статистики. Так, в 1997 г. 8,2 % (в 1998 г. — 6,3 %) ограниченно вменяемых принудление наряду с наказанием было назначено в связи с совершением ими преступлений небольшой тяжести. Это явно не стыкуется с предусмотренным законом критерием возможности причинения лицом иного существенно вреда либо с опасностью для себя или других лиц для назначения ему принудления (ч. 2 ст. 97 УК РФ), что является еще одним доводом, подтверждающим неподготовленность как экспертов-психиатров, так и судей в вопросах ограниченной вменяемости. Об этом же свидетельствует и тот факт, что пяти ограниченно вменяемым в 1997 г. и четырем — в 1998 г. принудление было назначено при осуждении даже за неосторожные преступления.

В 1998 г. среди ограниченно вменяемых, нуждающихся в принудлении, по сравнению с общей массой осужденных в 5,2 раза выше оказался удельный вес лиц, осужденных за умышленные убийства и иные посягательства на жизнь человека; в 2,5 раза — за причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью; в 3,7 раза — за изнасилования и насильственные действия сексуального характера; в 2,3 раза — за разбой (см. табл. 3).

Представленные данные свидетельствуют о серьезности задач, возлагаемых на институт амбулаторного принудительного наблюдения и лечения ограниченно вменяемых лиц. Появление в законе указанного института не обеспечено, однако, ни в правовом, ни в организационном плане.

Во-первых, по действующему законодательству все недобровольные (в т.ч. принудительные) психиатрические меры применяются лишь к больным с тяжелыми психическими расстройствами. Понятно, что ограниченно вменяемые к таким больным не относятся. Принудительное лечение преступников с психическими аномалиями — принципиально новая недобровольная психиатрическая мера. Отработанные на

Таблица 3. Сравнительные данные по видам преступлений (в %)

	Удельный вес в общем числе осужденных		Удельный вес в общем числе осужденных с психическими расстройствами, не исключаящими вменяемости, которым суд назначил принудление	
	1997	1998	1997	1998
Умышленное убийство (ст. 105 УК)	1,7	1,7	7,5	9,2
Иные посягательства на жизнь человека (ст. 106 – 110 УК)	0,5	0,3	1,7	1,2
Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью (ст. 111 УК)	3,2	3,0	5,5	9,2
Умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью (ст. 112 УК)	1,3	1,4	1,4	1,7
Иное причинение тяжкого и средней тяжести вреда здоровью (ст. 113, 114, 118 УК)	0,4	0,4	0,7	1,2
Истязание (ст. 117 УК)	0,3	0,3	0,7	1,1
Умышленное причинение легкого вреда здоровью и побои (ст. 115, 116 УК)	3,2	2,7	2,0	1,4
Изнасилование (ст. 131 УК)	0,8	0,7	1,4	1,8
Насильственные действия сексуального характера (ст. 132 УК)	0,1	0,2	0,7	1,5
Кража (ст. 158 УК)	45,9	44,0	39,9	38,2
Мошенничество (ст. 159 УК)	1,6	1,6	1,0	0,3
Грабеж (ст. 161 УК)	5,6	5,2	9,6	7,8
Разбой (ст. 162 УК)	2,1	2,2	1,4	5,0
Вымогательство (ст. 163 УК)	0,8	0,8	0,7	0,5
Неправомерное завладение транспортным средством без цели хищения (ст. 166 УК)	1,7	2,0	1,4	2,1
Умышленное уничтожение или повреждение имущества (ст. 167 УК)	0,4	0,4	0,3	1,1
Хулиганство (ст. 213 УК)	6,9	6,5	4,8	5,6
Незаконный оборот оружия, боеприпасов, взрывчатых веществ и взрывных устройств (ст. 222 – 226 УК)	2,2	2,4	1,0	1,5
Незаконный оборот наркотиков (ст. 228 – 233 УК)	6,5	9,5	11,3	5,9
Нарушение правил дорожного движения и эксплуатации транспортных средств (ст. 264 УК)	2,0	1,4	1,7	0,6
Другие	12,8	13,3	5,3	3,1

практике организационные, профессионально-этические и сугубо медицинские (клинические) аспекты недобровольного лечения неприменимы к ограниченно вменяемым. Одной из сложнейших представляется проблема обеспечения психиатрического лечения в случаях отказа от него осужденного².

Во-вторых, не ясны принципы, на которых должна строиться работа по предупреждению совершения ограниченно вменяемыми новых преступлений в качестве непосредственной цели применения принудительных мер медицинского характера в соответствии со ст. 98 УК РФ. По мнению некоторых авторов³, увязка принудления осужденных с психическими аномалиями с задачей предупреждения совершения ими новых преступлений реанимирует дискуссионную проблему психиатрического лечения как самостоятельного средства исправления преступников с психическими аномалиями, лечения преступников от “криминогенной психопатологии” и даже от особой “преступной болезни”.

В-третьих, нет ясности в вопросе, в какого рода учреждениях должны отбывать наказание ограниченно вменяемые, которым назначено принудление. Как указано в ст. 97 УК, порядок исполнения принудительных мер медицинского характера определяется уголовно-исполнительным законодательством и иными федеральными законами. Однако Уголовно-исполнительный кодекс РФ заводит этот вопрос в тупик. Часть 8 ст. 74 УИК РФ предусматривает, что осужденные к лишению свободы, страдающие психическими расстройствами, отбывают наказание в лечебных исправительных учреждениях. Это новый, ранее не предусматривавшийся, вид исправительных учреждений. Однако подробно регламентируя затем условия отбывания наказания в исправительных, воспитательных колониях и тюрьмах, кодекс “забывает” про лечебные исправительные учреждения, демонстрируя тем самым очевидный пробел в законодательстве. В итоге лица, признанные ограниченно вменяемыми, с позиций законодательства как бы “зависли”, а цели применения к ним принудления становятся заведомо невыполнимыми. Только за два года действия нормы таких оказалось в целом по России около 1 тыс. человек. Глубокое забвение данной категории осужденных прослеживается и в актах об амнистии, имевшей место в 1997 и 1999 гг.

Конечно, сложность этого контингента осужденных, особенности их поведения в коллективе таких же осужденных с психическими аномалиями, отсутствие соответствующим образом подготовленных работников исправительных учреждений (да и психиатров для работы в таких учреждениях) требуют большой осторожности в создании специальных учреждений для отбывания наказания ограниченно вменяемыми лицами. В литературе высказывалось мнение о

целесообразности предварительной углубленной проработки этого вопроса, изучения опыта других стран, проведения эксперимента по созданию подобных учреждений⁴. Как психиатрами, так и криминологами не раз отмечалась несостоятельность предложений о создании для таких лиц специальных ИУ⁵. Об этом же свидетельствует и опыт по организации в 1924 г. в Москве специального отделения для психопатов-правонарушителей, показавший свою полную неэффективность. Существует, однако, и иная точка зрения, в частности, о необходимости создания для этих лиц еще одного вида исправительного режима: “лечебно-психокоррекционного”, в котором наказание должно сочетаться с применением обязательных психолого-психиатрических лечебно-реабилитационных мер⁶.

В-четвертых, неразработанным остается вопрос применения амбулаторного принудления к ограниченно вменяемым осужденным, наказание которых не связано с лишением свободы. Ситуация, при которой такое лицо уклоняется от контактов с ПНД, не имеет на сегодняшний день правового решения. Ограниченно вменяемый по закону не может быть направлен на стационарное принудительное лечение.

Вопрос этот оказался обойденным и в совместном Приказе Минздрава и МВД России № 133/269 от 30 апреля 1997 г. О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами. Не рассматривается он и в утвержденной этим Приказом Инструкции об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел Российской Федерации по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами.

Представляется, что для достижения целей такого лечения необходима активная помощь со стороны органов, исполняющих наказание. Ведущая роль среди последних должна, по нашему мнению, принадлежать уголовно-исполнительным инспекциям, Положение о которых вступило в силу с 1 июля 1997 года. Однако в указанном Положении отсутствует даже упоминание о таких функциях, что является, на наш взгляд, серьезным упущением.

В определенной мере положение спасает новая редакция п. 22 ст. 10 Закона РФ “О милиции”, введенная в действие 8 апреля 1999 г., согласно которой милиция обязана, в частности, обеспечивать совместно с органами здравоохранения в случаях и порядке, установленных законодательством РФ, наблюдение за ли-

⁴ Бородин С. В., Полубинская С. В. Ограниченная вменяемость в проектах нового уголовного законодательства // Правовые вопросы судебной психиатрии. — М.: 1990. С. 38.

⁵ Калашиник Я. М. Судебная психиатрия. — М.: 1961. С. 315 – 316; Антонян Ю. М., Бородин С. В. Преступное поведение и психические аномалии / Под ред. В. Н. Кудрявцева. — М.: 1998. С. 191 – 193.

⁶ Кудрявцев И. А. Ограниченная вменяемость // Государство и право. 1995. № 5. С. 116.

² Шишков С. Н. О принудительном лечении осужденных с психическими аномалиями // Российская юстиция. 1998. № 4. С. 49.

³ Там же.

цами, страдающими психическими расстройствами, больными алкоголизмом или наркоманией, представляющими опасность для окружающих, в целях профилактики правонарушений.

На вопросы достижения целей введения института ограниченной вменяемости, регулирования наказания, наблюдения и лечения ограниченно вменяемых лиц, профилактики преступного поведения лиц с психическими расстройствами в целом необходимо обратить внимание при реализации Указа Президента РФ от 8 октября 1997 г. "О реформе уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел Российской Федерации". Ни в одном из принимаемых документов по его выполнению указанные вопросы отражения до сих пор не нашли. Эти вопросы должны быть также учтены при разработке новой концепции деятельности пенитенциарных учреждений.

Итак, вопросы отбывания наказания ограниченно вменяемыми осужденными, в т.ч. теми из них, кому наряду с наказанием назначено амбулаторное принудительное наблюдение и лечение, требуют незамедлительной проработки. Данная деятельность вытекает из задач и функций Минюста России, Положение о котором утверждено Указом Президента РФ № 954 от 2 августа 1999 г.⁷ С этой целью необходимо:

1) включить в план мероприятий по предстоящей разработке новой концепции деятельности пенитенциарных учреждений, а также по реализации Указа Президента РФ от 8 октября 1997 г. "О реформе уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел Российской Федерации" изучение вопросов отбывания наказания ограниченно вменяемыми лицами;

⁷ Российская газета. 1999. 5 августа.

Приказы министра не обсуждаются...

1. Приказом министра здравоохранения РФ от 16 марта 1999 г. № 83 утвержден **Перечень медицинских противопоказаний для осуществления работы с использованием сведений, составляющих государственную тайну**¹.

В Перечень входят:

1) Хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

2) Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ:

синдром зависимости от алкоголя (третья стадия) с признаками резидуальных и отсроченных психических расстройств;

синдром зависимости, развивающийся вследствие употребления наркотических средств или психотропных веществ.

2. Приказом министра здравоохранения РФ от 23 августа 1999 г. № 327 утверждено **Положение об ано-**

¹ Российская газета. 1999. 17 июня.

2) провести эксперимент по созданию и функционированию в одном из регионов России специализированного лечебного исправительного учреждения, предусмотренного ч. 8 ст. 74 УИК РФ;

3) в качестве ближайшей задачи предусмотреть правило о приобщении к личному делу осужденного акта СПЭ как наиболее полного документа, характеризующего психологические и психиатрические особенности его личности;

4) регламентировать процедуру применения принудительных мер медицинского характера к ограниченно вменяемым лицам, осужденным к мерам наказания, как связанным, так и не связанным с лишением свободы. С этой целью, в частности, внести необходимые дополнения в:

а) Инструкцию об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел РФ по предупреждению общественно-опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами, утвержденную совместным Приказом Минздрава и МВД РФ № 133/269 от 30 апреля 1997 г.;

б) Положение об уголовно-исполнительных инспекциях, утвержденное Постановлением Правительства № 729 от 16 июня 1997 г.

Кроме того, желательно было бы ввести в судебную статистику показатель, характеризующий количество осужденных, признанных судами ограниченно вменяемыми. Форма № 10.2 Минюста РФ указывает лишь число осужденных, страдающих психическими расстройствами, не исключая вменяемости, которым было назначено принудительное лечение. Эти сведения не достаточны для анализа судебной практики по применению норм об ограниченной вменяемости.

нимном лечении в наркологических учреждениях и подразделениях². Как указывается в приказе, многолетний опыт работы анонимных наркологических кабинетов свидетельствует о том, что такая форма оказания медицинской помощи больным алкоголизмом и наркоманией позволяет привлечь к лечению определенный контингент больных, по различным причинам избегающих обращаться в наркологические диспансеры на общих основаниях.

Согласно Положению, анонимное лечение больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, как и прием граждан, обращающихся за профилактической медицинской помощью, может осуществляться в наркологических учреждениях и подразделениях.

На обращающихся за анонимной медицинской помощью больных заводится индивидуальная карта амбулаторного (стационарного) больного, в которой указываются названные больным фамилия, возраст и

² Российская газета. 1999. 1 октября.

населенный пункт проживания без предъявления документа, удостоверяющего личность и место работы.

При назначении амбулаторного лечения необходимые для этого лекарственные средства выписываются на рецептурных бланках установленной формы на указанную больным фамилию.

При этом:

— запрещается выписывать лекарственные средства, включенные в списки II и III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в РФ; в список 2 ядовитых веществ Списков сильнодействующих и ядовитых веществ Постоянного комитета по контролю наркотиков;

— лекарственные средства, включенные в список I сильнодействующих веществ Списков сильнодействующих и ядовитых веществ Постоянного комитета по контролю наркотиков, выписываются на рецептурном бланке формы 148-1/у-88 в соответствии с установленными Минздравом России правилами выписывания рецептов на лекарственные средства в количестве не более чем на недельный курс лечения с обязательной записью в индивидуальной карте амбулаторного больного серии и номера рецептурного бланка, даты выписки и количества выписанного лекарственного средства и с указанием на рецептурном бланке номера индивидуальной карты амбулаторного больного.

Запрещается выписывать эфедрин, псевдоэфедрин, эрготамин, эргометрин.

Больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, получающим медицинскую помощь анонимно, не могут выдаваться по просьбам больных или их законных представителей документы, подтверждающие их лечение на анонимной основе.

3. Приказом министра здравоохранения РФ от 23 августа 1999 г. № 328 **“О рациональном назначении лекарственных средств, правилах выписывания рецептов на них и порядке их отпуска аптечными учреждениями (организациями)”**³ утверждены:

— Инструкция о порядке назначения лекарственных средств и выписывания рецептов на них;⁴

— Формы рецептурных бланков;⁵

— Перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету в аптечных учреждениях/организациях, предприятиях оптовой торговли лекарственными средствами, лечебно-профилактических учреждениях, независимо от организационно-правовой формы, и частнопрактикующими врачами;

³ Российская газета. 1999. 10 ноября.

⁴ К Инструкции имеются два приложения. Приложение 1 “Предельно допустимое для выписывания количество лекарственного средства на рецепт”, приложение 2 “Важнейшие рецептурные сокращения”.

⁵ Форма № 148-1/у-88, форма № 107/у и Форма специального рецептурного бланка на наркотическое лекарственное средство.

— Порядок отпуска лекарственных средств в аптечных учреждениях/организациях;

— Инструкция о порядке хранения рецептурных бланков;

— Форма бланка листка, подтверждающего получение в аптечном учреждении/организации лекарственных средств на льготных условиях “Карта льготного отпуска лекарственных средств”.

Данный приказ подготовлен в целях реализации Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, Федеральных законов от 08.01.98 № 3-ФЗ “О наркотических средствах и психотропных веществах”, от 22.06.98 № 86-ФЗ “О лекарственных средствах” и в соответствии с постановлениями Правительства РФ от 11.09.98 № 1096 “Об утверждении Программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью” и от 08.04.99 № 393 “О гарантированном обеспечении граждан жизненно необходимыми и важнейшими лекарственными средствами, а также о некоторых условиях льготного обеспечения граждан лекарственными средствами”.

Названным приказом органам здравоохранения поручено разработать и утвердить пакет документов в указанной сфере.

Приказ от 10 ноября 1997 г. № 326 “О правилах выписывания рецептов на лекарственные средства и их отпуск” признан утратившим силу.

4. Приказом министра здравоохранения РФ от 15 октября 1999 г. № 377 утверждено **Положение об оплате труда работников здравоохранения Российской Федерации**.⁶

Положение предусматривает единые принципы оплаты труда работников учреждений здравоохранения, находящихся на бюджетном финансировании, на основе Единой тарифной сетки и порядок формирования тарифных окладов (ставок), а также выплат компенсационного и стимулирующего характера, предусмотренных действующим законодательством РФ.

Одним из приложений к Положению является Перечень учреждений, подразделений и должностей, работа в которых дает право работникам на повышение окладов (ставок) в связи с опасными для здоровья и особо тяжелыми условиями труда.⁷ В Перечне определены, в частности, дифференцированные надбавки к окладам работников психоневрологических и наркологических учреждений системы здравоохранения, а также системы образования и социальной защиты населения. В каждом учреждении на основании Перечня должен быть составлен и утвержден по согласованию с выборным профсоюзным органом перечень работников, которым с учетом конкретных условий работы в данном учреждении, подразделении и должности может повышаться оклад (ставка), в том числе за каждый час работы в условиях, предусмотренных Перечнем.

Ю. Н. Аргунова

⁶ Российская газета. 1999. 16, 17, 18, 30 ноября.

⁷ Российская газета. 1999. 24 ноября.

Иерусалимские этюды

И. Зислин, И. Спивак (Иерусалим)

Да существует ли вообще этот город? Или можно доказать факт его существования тем, что здесь сходят с ума? Или он тем и велик, что из-за него можно сойти с ума? Ведь если есть его сумасшедшие оруженосцы, значит, существует и сам объект поклонения.

* * *

В этих набросках мы попытаемся проанализировать некоторые особенности психопатологии, возникающей и проявляющейся в Иерусалиме, — т.н. “иерусалимский синдром” и его культуральные аспекты.

Безусловно, сама попытка дать какому-нибудь синдрому топографическую привязку сопряжена с достаточно большими сложностями. Более того, такая привязка проблематична, так как обозначая ее, мы тем самым неизбежно вводим в само определение этиологический компонент. Называя синдром “иерусалимским”, мы ставим его в ряд с любым другим именованным синдромом, тем самым подразумевая, что именно этот город провоцирует вспышку болезни или то, что именно в этом месте проявляются особые, нигде более не встречающиеся формы заболевания. Однако прямой этиологический подход здесь не срабатывает. Этиология, как она понимается в психиатрии, и культуральная детерминированность не совпадают по определению. Возможно, описанные ниже случаи свидетельствуют не о синдроме места как таковом, а о специфических особенностях проявления и наполнения бредовых переживаний. Огромное значение имеет здесь сам город, а точнее смысловая нагруженность и субъективная его значимость, что можно обозначить как “субъективная топография”. Видимо, этот фактор и определяет во многом специфическую “начинку” (содержание) бреда.

Сам термин “иерусалимский синдром” был введен в научный оборот в начале 90-х гг., как реакция на появление сообщений об особенностях психопатологии у туристов и паломников, в основном христиан из Америки и Европы, посещающих святыне места [1, 2].

Но не случайно до сих пор термин “иерусалимский синдром” остается достаточно расплывчатым. Этому есть немало причин. Первая — недостаточное число строго проанализированных случаев. Вторая, на наш взгляд более значимая, — существование и преобладание одномерного психиатрического подхо-

да ко всему многообразию духовной жизни (крайним вариантом является попытка рассматривать все библейские тексты и любое религиозное поведение, особенно в его крайних вариантах, с точки зрения психопатологии). Такой подход самодостаточен и не требует для себя других допущений.

Безусловно, что в рамках такого подхода нет смысла вообще рассматривать какой-либо синдром как “Иерусалимский”.

Но наш опыт показывает, что случаев таких немало, а в преддверии наступления нового тысячелетия может быть и их особенный всплеск. Наблюдая эти случаи в психиатрической клинике, нельзя не поражаться яркостью, насыщенностью и остротой психотической картины. И это, безусловно, привлекает к ним особое внимание.

Клинический опыт последнего времени и само допущение существования такого феномена, как “Иерусалимский синдром”, привело к пониманию, что существует местный (т.е. не туристский и не христианский), а иудейский вариант такого явления. Здесь мы сталкиваемся в основном с мессианским содержанием острых или обостренных психотических состояний, причем эти состояния особенно часто возникают в Старом городе, около Стены плача или в других местах, имеющих для евреев особое религиозное значение (как, например, могилы пророков).

В свою очередь, христианская топография включает в себя особые места, связанные, по преданию, с жизнью, распятием и воскресением Христа. Но и здесь весь сгусток трагедии приходится на Иерусалим (место Тайней Вечери, Гефсиманский сад, Виа Долороза, Голгофа, Храм Гроба Господня и др.). Именно в этой пространственной и временной точке, имеющей высочайшую субъективную значимость, встречаются болезнь и вера и происходит их столкновение. А эмоциональный накал, доходящий порой до экстаза, и может, видимо, при определенных условиях “запустить” весь процесс.

Интересно отметить, что в наших наблюдениях практически отсутствуют случаи мусульманские. Возможно, это объясняется тем, что для мусульман Иерусалим не имеет той мессианско-мистической или религиозно-трагической окраски, которая присуща восприятию христиан и иудеев.

Нет необходимости затрагивать здесь такую обширную тему, как отношение мусульман к Иерусалиму [3, 4]. Отметим лишь самые общие моменты. В Коране, например, он вообще не упоминается, и лишь с конца VII века складывалась традиция трактовать 17-ю суру о ночном путешествии пророка Мухамеда как рассказ о путешествии именно в Иерусалим, несмотря на то, что в первое время после переселения в Медину Мухамед и его приверженцы во время молитвы обращались лицом именно к Иерусалиму [5]. Отсутствие иерусалимских мотивов у мусульман значимо в данном контексте еще и потому, что мы в своей клинической практике сталкиваемся со случаями мессинских психозов в данной группе, но психозы эти не привязаны к Иерусалиму. (К сожалению, в доступной нам литературе не удалось найти каких-либо сведений о возникновении психозов такого рода в местах, значимость которых сравнима для мусульман со значимостью Иерусалима для евреев, как, например, Мекка.)

Таким образом, предварительный анализ приводит нас к необходимости вычленения факторов, играющих роль в формировании данного синдрома — фактор историко-топографический (Иерусалим, как место протекания психоза и в некоторых случаях и содержание его); конфессиональная принадлежность и, наконец, особенности клинической картины, разворачивающейся на этом фоне. Динамическое сочетание этих элементов в конкретных случаях и будет предметом нашего рассмотрения.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Клинический пример 1

Р., туристка из Гондураса 44-х лет, замужем, мать четверых детей, учительница музыки в начальной школе, верующая христианка. Прибыла в Израиль за неделю до госпитализации в составе группы паломников. Цель поездки — посещение Святой Земли.

Из истории жизни известно, что родилась в традиционно католической семье, младшей из пяти детей. Нет данных о наличии каких-либо душевных заболеваний в роду. В школе училась хорошо. Отмечает, что в 16 лет перенесла тяжелый душевный кризис, связанный с переходом из обычной школы в школу-интернат при монастыре. Этот переход был обусловлен тяжелым материальным положением семьи. В новой школе, с более высоким уровнем преподавания, где учились дети из более обеспеченных семей, чувствовала себя одинокой и покинутой. Сложности адаптации привели к “нервному срыву” и недельной госпитализации в психиатрической больнице. Нет данных о диагнозе и проведенном лечении. После школы успешно закончила педагогический колледж и работала преподавательницей музыки. По характеру всегда эмоциональна, открыта, общительна. Отмечает

свою привязанность к семье и детям. Вышла замуж в 23 года. Мужа характеризует как человека с тяжелым характером, неуравновешенного, взрывчатого. С ее слов известно, что он употреблял наркотики, периодически избивал ее. Из-за поведения мужа атмосферу в доме все эти годы характеризует как тяжелую. Около четырех лет назад вошла в общину пятидесятников, которая постепенно стала центром ее жизни. Проводила музыкальные занятия в общине и именно там получала душевную поддержку в своей сложной семейной ситуации.

Год назад муж, приревновав Р. к одному из членов общины, оставил ее. Сама пациентка отмечала впоследствии, что со стороны этого человека, “брата”, были определенные попытки ухаживания, и что его отношение глубоко ее волновало, однако она не позволила себе развестись с мужем даже после того, как он покинул семью. После разрыва осталась с четырьмя детьми в возрасте от тринадцати до восемнадцати лет в очень трудной материальной ситуации.

Прибыла в Израиль с группой паломников с целью посещения святых мест. Ощущение особой значимости этого путешествия стало формироваться еще исподволь. Ехала в поисках духовного обновления, жажды возрождения и приближения к Богу.

Уже по мере путешествия по стране, посещения мест, связанных с жизнью Иисуса, чувствовала, что нарастает внутреннее напряжение. В день приезда в Иерусалим стала неадекватно возбужденной; появилась немотивированная агрессия по отношению к соседке по комнате. Закрылась в номере гостиницы и пыталась наполнить его водой. По описанию сопровождающих Р. людей, речь ее была быстрой и бессвязной. В таком состоянии посетила Старый город. У Стены плача “со всеми горестями и радостями излила свое сердце перед Богом”. В момент посещения Храма Гроба Господня (Голгофа) преклонила колени и почувствовала, что Бог отвечает на все ее молитвы и просьбы. Это ощущение близости к Богу было так сильно, что она потеряла сознание.

Через несколько часов после описываемых событий в состоянии острого психомоторного возбуждения доставлена в приемный покой больницы “Адас-са”. После исключения соматической патологии осмотрена психиатром, который отметил острое психомоторное возбуждение, разорванную речь, вплоть до полной инкогерентности, вычурность и нелепость в поведении: пыталась есть цветы и бумагу (впоследствии, после выхода из психотического состояния, объяснила это тем, что должна была пройти путем страдания Христа), при этом нелепо смеялась и гримасничала. Получила инъекцию Clorixol aqua 10 мг i.m., что привело к некоторому успокоению. Через сутки для продолжения лечения переведена в психиатрический госпиталь “Кфар Шауль”. Беседа велась через переводчика, врача психиатра, для которого испанский язык родной.

При осмотре: женщина средних лет, пикнического телосложения, с широким крестьянским лицом. При поступлении выраженное психомоторное возбуждение. Периодически пыталась петь, плясать, обнять врача, внезапно ложилась на пол, продолжая при этом жестикулировать. Сохранилась ориентировка в собственной личности, однако была грубо дезориентирована в месте (считала, что находится на “духовной конференции” в своем родном городе) и во времени. Аффект лабилен, с резкими переходами от маниформного состояния со смехом, быстрой, напористой речью, до внезапного приступа плача, и поведением, выражающим крайнюю степень тревоги. При этом периодически речь была разорвана и полностью недоступна пониманию. Утверждала, что через окружающих людей слышит музыку и голос своего друга из Гондураса.

Получала лечение галидолом в инъекциях 10 мг i.m. В течение первых двух суток находилась в психотическом состоянии с нелепым и дурашливым поведением. Вышла из психотического состояния лишь на четвертые сутки, стала ориентированной, более доступной контакту. В начале этого периода была несколько растеряной, но затем эмоционально теплой и адекватной, без экзотического налета. Выяснилось, что частично помнит происшедшее с ней, практически полностью амнезировала моменты агрессивного и неадекватного поведения. Однако считала, что действительно получила Божье откровение, но душевный срыв произошел потому, что восприняла послание слишком буквально.

В состоянии ремиссии отправлена домой в составе группы.

Обсуждение. В преморбиде — психотический (?) срыв в пубертате с госпитализацией. Длительная психотравмирующая ситуация в семье. Формирующиеся в последнее время отношения с членом секты, “братом”, как источник душевных волнений и одновременно необходимость выбора и борьба с соблазном греха. При этом высокий и достаточно стабильный уровень функционирования.

Приезд на Святую Землю и ожидание помощи и ответов от Бога. В клинической картине острый психотический эпизод с дезориентацией, ажитацией, вербальными галлюцинациями. В течение нескольких суток быстрый и практически полный выход с критикой к своему состоянию и с частичной амнезией.

Но почему, несмотря на то, что в течение нескольких предыдущих дней она посетила с группой немало святых мест, психотический срыв произошел именно в Иерусалиме? Это можно объяснить и временным совпадением, и накоплением тревоги, напряжения, завершившимся психотическим срывом. Нам представляется, что именно в Иерусалиме, где соединилось тревожное ожидание и озарение, месте, максимально значимом для нее, произошло столкновение множества факторов, а именно веры, переживаемой

трагедии, предуготовленности получить ответ, и места, имеющего для нее огромный смысл.

Клинический пример 2

В., туристка из Швеции 44-х лет, жительница Стокгольма. Одинокая, мать 23-х летнего сына. Психолог по профессии, имеющая частную психотерапевтическую практику, формально принадлежащая к лютеранской церкви.

Из истории жизни известно, что родилась в традиционно лютеранской семье. По характеру живая, общительная, всегда в кругу друзей и поклонников. Отрицает наличие душевных заболеваний в семье. Училась в университете, но не закончила полного курса и поэтому не имеет официального диплома. В 21 год родила сына и воспитывала его одна. В настоящее время сын — студент колледжа. С ним близкие, теплые отношения. Все эти годы имела множество скоротечных романов. В течение многих лет работала учительницей в начальной школе, затем преподавательницей шведского языка иностранцам. В последнее время использовала альтернативные психотерапевтические методики, включающие гипноз и релаксацию. Имеет свою частную практику; вместе с христианскими пасторами лечила людей, переживших крушение на пароме “Эстония”. Несколько месяцев, предшествующих приезду в Израиль, были для нее весьма напряженными и непростыми. Познакомилась с коллегой, американским евреем, также использовавшим в своей психотерапевтической практике нетрадиционные методики. Их отношения довольно быстро переросли в роман, появились планы женитьбы. В рамках этих отношений возник интерес к иудаизму; впервые посетила синагогу. На определенном этапе думала даже о переходе в иудаизм. Известно, что связь эта оборвалась, но детали и причины болезненного для нее разрыва не объясняла.

Через короткое время развилось острое психотическое состояние со спутанностью, острым психомоторным возбуждением. Представляла себе своего друга в образе дьявола, при этом ощущала особую связь с Богом. В состоянии острого психоза была госпитализирована в психиатрическую клинику. В течение четырех дней получала лечение только бензодиазепинами и полностью вышла из психоза. В этот период отмечала чувство растерянности, неуверенности в себе. В поисках ответа пыталась обратиться к церкви, но вскоре в ней разочаровалась. Молилась дома, в одиночестве, и здесь стала чувствовать свою особую близость к Богу. Вспоминая этот период, подчеркивала: “Я, конечно, верую в Иисуса, но я не христианка”. Постепенно вернулась к прежней жизни, вновь оступилась в работу. Все это происходило на фоне бессонных ночей, выраженного недосыпания и нарастающей астенизации.

За несколько дней до случившегося получила Божеское откровение, суть которого заключалась в том,

что она должна срочно лететь в Иерусалим с особой миссией — “остановить процесс”. Незамедлительно, оставив все, вылетела в Израиль. Нечетко помнит полет и первые сутки пребывания в стране. Через день после прилета направилась в Старый город и тут же у ворот узрела дьявола в образе молодого человека, стоящего на крыше. Увидела, как дьявол пытается войти в незнакомых людей. В себе же ощутила особую Божественную силу для борьбы с ним и с криками накинулась на окружающих. При задержании пыталась задушить полицейскую, в которой также видела дьявола. В таком состоянии доставлена в психиатрический госпиталь.

Обследование проводилось на английском языке.

При поступлении: высокая белокурая женщина, выглядящая намного моложе своих лет, с лихорадочным взором; в состоянии психомоторного возбуждения, при сохраненной ориентировке в месте, ситуации, собственной личности. Пытается убежать из приемного покоя, периодически оказывает физическое сопротивление. Аффект тревожно-экстатический. Речь быстрая, напористая с резкими переходами с одной темы на другую. Периодически стереотипно повторяла: “God is love, God is wonderful!” Утверждала, что дьявол вселился во всех окружающих ее людей, включая врача, кричала, что видит дьявола и пытается с ним бороться, чтобы он не вселился и в нее. Отсутствовала всякая критика к своему состоянию.

В отделении немедленно начато лечение Clorixol 10 мг в инъекциях, а затем в таблетках. В течение первых суток состояние значительно улучшилось. Ушло психомоторное возбуждение и агрессия, больная стала более упорядоченной в поведении, пыталась уточнить детали и собрать воедино всю цепь событий, предшествующих госпитализации. Аффект на этом этапе оставался тревожным. В течение трех суток полностью вышла из психоза, без амнезии, с критикой и без аффективных нарушений. Самостоятельно вернулась домой.

Обсуждение. В анамнезе незадолго до настоящей госпитализации острый психотический эпизод с быстрым и полным выходом. Нельзя исключить роль психической травмы как триггера психотического срыва. В клинике настоящего эпизода — картина острого психоза, который синдромологически можно определить как галлюцинаторно-параноидный с острым психомоторным возбуждением. Быстрый и полный выход под влиянием нейролептиков в течение нескольких суток.

И здесь, как и в предыдущем примере, речь идет о первом визите в Иерусалим; важную роль играет “почва”. В анамнезе также прослеживается короткий психотический эпизод, под влиянием психотравмирующей ситуации, с полной ремиссией. Содержание же психотического эпизода во втором клиническом примере во многом определяется структурой пред-

психотических, реальных переживаний в доиерусалимский период.

Как же определить роль места? Переходя от семиотики клинической к семиотике культуральной, можно отметить некоторые существенные моменты, тем более, что в последнем случае речь идет о высококультурном (в европейском понимании) человеке, психотерапевте по роду занятий. Соответственно мы попытаемся сузить пространство, в котором развивается психоз, рассматривая значимость не только города как единого целого, но и более локального места. Не даром наша пациентка сталкивается с дьяволом именно у ворот города.

“Текст, найденный недавно во время раскопок в Богазкее, можно считать экспериментальным доказательством верности доклада О. М. Фейденберг о въезде в Иерусалим на осле... Фейденберг, как и И. Г. Франк-Каменецкий, исходила из древности ближневосточного образа города как женщины (по-видимому архетипического), сохраняющегося вплоть до поздней античности. Соответственно ворота города вслед за Потемней толкуются как физиологический символ женщины и одновременно как вход в небесный город, через который в него въезжает божество на осле” [6, 7].

Такой подход позволяет взглянуть на топографическую привязку данного психоза совершенно иначе. Во-первых, показать, что эта привязка существует, а во-вторых, определить, почему она значима в данном случае. То, что несущественно в клинике, приобретает необыкновенную важность в клинике культуральной, принимающей во внимание и признающей право на существование множества элементов и феноменов другого, не клинического рода.

В этом смысле Иерусалим совершенно уникален своей значимостью, своей символикой, своей открытостью и даже бытовизмом этой символики. То, что было для паломника высоким и недоступным символом в течение долгих лет, может стать здесь бытовым, грубо зримым. (Сам этот факт может оказаться достаточно травматическим.)

В случае же вспышки болезни символика может сохраняться, но уже в контексте психоза. Лишь на стадиях выхода, когда уходит психотическая спутанность, она вновь становится доступной анализу.

Клинический пример 3

К., туристка из Швейцарии 50-ти лет. Замужем, мать троих детей, домохозяйка, верующая христианка. Прибыла в Израиль за две недели до госпитализации в составе группы паломников с целью посещения Святой Земли и участия в молитвенной конференции во благо Израиля.

Из анамнеза известно, что пациентка — единственная дочь в семье. Родилась и воспитывалась в секулярной семье. Отца практически не знала, т.к. он покинул дом через два года после ее рождения. Вос-

питывалась матерью, женщиной требовательной, неэмоциональной. К. характеризует свое детство как холодное и безрадостное. В школе была замкнутой, одинокой, успехами в учебе не блистала. После окончания колледжа уехала в Канаду с целью усовершенствования в языке, там же начала работать секретаршей. В этот период отмечает развитие первого приступа депрессии с чувством витальной тоски, бессонницей, снижением аппетита и резким снижением трудоспособности. Эта атака длилась несколько недель и заставила ее срочно вернуться домой в Швейцарию. Сразу по возвращению была госпитализирована. В дальнейшем, в возрасте двадцати – двадцати четырех лет, перенесла несколько болезненных вспышек, некоторые из них с суицидными идеями, повлекших за собой госпитализации в психиатрических стационарах. В возрасте 25 лет вышла замуж. Муж по профессии мусорщик. По характеру человек замкнутый и холодный. К. отмечает, что никогда не получала от него тепла и поддержки. Первые роды в 28 лет. Через несколько недель после родов развился острый психоз со спутанностью и острым психомоторным возбуждением. Впервые в содержании психоза появился религиозный мотив: “Иисус скоро придет забрать меня. Я приготовилась, чтобы уйти с Ним”. Была госпитализирована, получила лечение галоперидолом в таблетках и в течение нескольких суток полностью вышла из этого состояния. Все последующие беременности и роды прошли без каких-либо психотических срывов.

Необходимо отметить, что в этот период больная еще не была верующим человеком. Однако свои ощущения, пережитые в психозе, не амнезировала и, напротив, в дальнейшем относилась к ним очень серьезно. В возрасте 31 года пришла к религии. Присоединилась к общине пятидесятников. Несколько лет спустя в общину пришел и ее муж.

В возрасте 45 – 48 лет перенесла еще две психиатрические госпитализации. Оба раза вследствие острых психотических эпизодов, с бредом и галлюцинациями. В обоих приступах на высоте психоза видела образ Иисуса, который приходил забрать ее как “особую” невесту. Лечилась галоперидолом, что приводило к быстрой, в течение нескольких дней, редукции психотической симптоматики. Между приступами профилактического лечения не получала.

Была очень взволнована предстоящим путешествием в Израиль (данный визит — первый для нее), боялась нового обострения настолько, что просила членов общины молиться за нее. Все две недели путешествия по стране находилась в приподнято-возбужденном состоянии. В день приезда группы в Иерусалим исчезла из гостиницы. Двое суток без еды и питья бродила по городу в поисках Иисуса — “ибо я его невеста...” На исходе вторых суток подумала, что она голубь и может легко взлететь на небеса, но мешала полнота и одежды. Скинув с себя все, в попытке ото-

рваться от земли, побежала по улице, размахивая руками. В таком виде задержана полицией и немедленно доставлена в психиатрический госпиталь. Обследование проводилось на английском языке.

При поступлении была абсолютно некоммуникативна, мутична, сидела неподвижно. Взгляд в одну точку, но без негативизма и признаков каталепсии. Выглядела несколько старше своих лет. Неухоженная, среднего телосложения, без каких-либо следов косметики, с опущенным взглядом. Спустя несколько часов начала говорить и отвечать на вопросы.

В ходе обследования выяснилось, что сохранена ориентировка в личности, но слегка дезориентирована во времени и ситуации. Речь быстрая, напористая и богато эмоционально окрашенная. Аффект приподнятый, с экстагическим оттенком. Рассказывала, что ее цель сочетаться браком с Иисусом. Все время слышит его голос и отвечает ему. Одновременно видит своих детей в образе ангелов на небесах и говорит с ними. Сегодня под влиянием голоса почувствовала, что она может летать как птица. Рассказала, что в течение последних двух суток в Иерусалиме видела Иисуса в образе мужчины, а также бесов и духов, сильно ее напугавших. Критики к своему состоянию не было. В отделении после детального соматического и неврологического обследования, исключившего какую-либо патологию, начато лечение Halidol 10 мг i.m. в сутки. Галлюцинаторное поведение продолжалось еще около двух суток. Была малоактивна и в отделении несколько раз пыталась взлететь под влиянием галлюцинаций.

Лишь на четвертые сутки полностью вышла из психоза, с критикой и без амнезии. Пыталась объяснить все произошедшее с ней как реакцию на недостаточно теплые отношения с мужем, поиском тепла и любви, источник которой — Иисус. Постепенно, в ходе лечения, смогла связать это состояние с предыдущими болезненными эпизодами. Через неделю возвратилась домой в сопровождении врача страховой компании.

Обсуждение. В анамнезе неоднократные госпитализации вследствие депрессивных и психотических эпизодов. Все эпизоды достаточно короткие, с быстрыми и практически полными выходами под влиянием лечения нейролептиками. Между приступами продолжала функционировать на прежнем уровне, не принимала никакого профилактического лечения.

В клинической картине галлюцинаторно-параноидный синдром на фоне маниформного аффекта, полностью соответствующего бредовым переживаниям. Быстрый выход, как и при всех предыдущих госпитализациях.

В случае К. нет никаких сомнений в наличии предрасположенности почвы. По сути, в Иерусалиме психотический срыв приобрел лишь новые черты и окраску. Если раньше идеи о связи с Иисусом как элемент бредовых переживаний были вплетены в общую кан-

ву бреда, то именно в Иерусалиме этот элемент кристаллизовался полностью. Он стал определять всю структуру психоза и, соответственно, поведение в болезни. Здесь, в Иерусалиме, произошло столкновение места, чрезвычайно значимого для нее, болезни, ожидания и тревоги (вспомним ее просьбу, обращенную к общине, молиться за нее), но даже этот страх не спас ее от нового психотического срыва.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Случаи, представленные здесь, имеют много общего. Все пациентки — женщины средних лет, в преморбиде которых как минимум один психотический срыв. Все они пришли к религии задолго до посещения Иерусалима. Всех их можно определить как паломниц.

В этих примерах мы видим картину острейшего психоза с быстрым и полным выходом.

Мы не ставили целью дать полную статистическую картину подобных случаев. Перед нами стояла другая задача: попытаться вычленив некоторые общие моменты культурального ряда в тех случаях, когда не оставалось сомнений в патологичности самой картины; понять соотношение между культурно-религиозным и клиническим аспектом. При этом в клиническом плане мы сознательно не затрагивали нарушений невротического спектра. Нельзя исключить, что в таких случаях, скорее всего даже более многочисленных, роль тех же самых культуральных факторов иная. Интересно подчеркнуть, что случаев таких психозов больше среди женщин, чем у мужчин. Это согласуется и с данными, опубликованными в последнее время о преобладании женщин среди лиц, испытывающих мистические переживания [8, 9].

Все представленные примеры — психотические, и это не случайно. Выбор определялся тем, что именно в таких крайних проявлениях можно проследить динамику веры и болезни, а следовательно, и развести между собой эти феномены.

Интересно отметить, что во всех клинических случаях, описанных выше, речь идет о первом посещении Святой Земли. Нам представляется, что этот момент может быть очень важным. Ведь именно при первом посещении происходит столкновение сложившегося заранее, под влиянием множества факторов, представления (а иногда и мифа) с реальностью. Волшебность, загадочность, даже в какой-то степени неверие в существование этого места приходит в столкновение с обыденностью. При первом посещении очень существенен элемент ожидания. Все это создает настрой, фон, преднастройку. Предуготовленность здесь очень важна. Причем эта предуготовленность несет на себе отпечаток как групповых представлений, так и субъективных, личностно-смысловых. Именно этот последний уровень, являясь наиболее тонким, первым повреждается при срыве.

Вариантов выхода из такого столкновения множество (при этом совершенно необязательно, что все они приводят к болезненному срыву). Укажем лишь на некоторые из них.

Психоз с мистической окраской может вспыхнуть еще до встречи с реальностью. Тревога, ожидание только подталкивают его. Физическое же место не играет здесь существенной роли. В данном случае психоз “ведет” всю картину. Привязка к месту здесь может быть чисто случайной или просто болезненной. Вымышленный, патологический мир полностью заслоняет реальность. (В качестве примера обратимся к истории туриста из Новой Зеландии, страдающего маниакально-депрессивным психозом. При каждом маниакальном эпизоде он приезжал в Иерусалим для того, чтобы найти и убить человека, изнасиловавшего его дочь в его родной стране. Каждое такое посещение заканчивалось госпитализацией.)

Другой вариант: встреча полностью отвечает пре-чаяниям, пре-мифу. Сбывается все. Это может случиться и тогда, когда миф существует, но он не структурирован, размыт, или тогда, когда религиозные убеждения достаточно размыты. Примером может служить миф “булгаковского Иерусалима”. По сути, долгое время роман Булгакова исполнял в советской России роль и Нового и Ветхого заветов, восполняя полный провал в религиозном образовании. Миф очень силен, он практически обязателен в широкой среде, он устойчив (что по сути и делает его мифом). Но ведь у Булгакова нет описания Иерусалима, а паломники с восторгом восклицают: “Как правильно он описал; как это все узнаваемо!” Человек готов принять любое описание как правильное, т.е. отвечающее некоей модели, и строит в соответствии с этим свое восприятие. Он начинает видеть только то, к чему был заранее готов. То же, что не укладывается в эту схему, отвергается. Но здесь еще очень далеко до болезни.

В таких случаях мы можем ожидать реакций типа экстатических.

Однако надо подчеркнуть, что экстаз и переживаемые в нем ощущения не являются сами по себе болезнью, несмотря на то, что с чисто формальных позиций в этом состоянии человек может переживать и иллюзии, и галлюцинации, и другие феномены чисто психотического спектра.

Болезнь вспыхнет только тогда, когда столкнувшиеся в определенной точке святого города страх, тревога, ожидание чуда и откровения перерастут в качественно новое состояние, совершенно оторванное от реальности.

И в наших случаях мы видим, как нарастающее возбуждение с тревожно-экстатическим ожиданием в определенный момент может полностью “оторваться” от мистического элемента и стать нелепым, вычурным, и, более того, в таком состоянии мышление может быть настолько разорвано, что нет никакой

возможности вычленив собственно бредовый компонент. Именно это несоответствие между разорванным содержанием мышления, нелепым поведением и экстагическим аффектом придает всей картине болезненный оттенок и не оставляет нам никакого сомнения в том, что врачебное вмешательство необходимо.

На следующем этапе, после первичного психомоторного успокоения, начинает выкристаллизовываться психоз. Аффективное нарушение с переходом от экстагического аффекта к растерянности на фазе выхода из психоза сохраняется относительно дольше.

Третий клинический вариант условно можно было бы назвать "кристаллизационный". В этом случае четко прослеживается наличие болезненной "почвы", иногда даже возможно проследить постепенное формирование религиозных мотивов, вплетающихся в общую картину болезненных переживаний задолго до прибытия в Иерусалим. Причем на ранних стадиях формирования болезни нет топографической привязки. В Святом городе в данном случае доформировывается то, что в зародыше уже существовало. И если во втором клиническом варианте превалирует аффект экстагический, то здесь аффект скорее тревожный или тревожно-экстагический.

В заключение нужно отметить, что все три варианта, представленные выше, могут быть лишь этапами развития психотических состояний.

Нет сомнения, что факторы пространства и места присутствуют в той или иной форме в любом психозе. Во-первых, потому что психоз всегда развивается в определенном месте и в определенном пространстве; во-вторых, место может быть встроено в ткань нарушения, например в случае клаустрофобии или посттравматического состояния.

Иерусалим же, благодаря своей культуральной значимости и особой притягательности, может соеди-

нять в себе эти разные уровни, рождая порой причудливые сочетания духовных порывов и душевных болезней.

* * *

В начале этих заметок мы упоминали о сложности и неоднозначности восприятия религиозных феноменов с точки зрения психиатров. Эта неоднозначность и противоречивость существует не только тогда, когда мы пытаемся систематизировать взгляды многих, но и тогда, когда мы рассматриваем сомнения одного. Но внезапно, иногда почти против воли, в ткань этих сомнений вторгается Город, который дает совершенно необыкновенную возможность не только сойти с ума, услышав голос Бога, но и врачу, живущему внутри этого города, по-новому понять его значение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bar-El et al. Psychiatric hospitalization of tourists in Jerusalem // *Compreh. Psych.* 1991. V. 32. P. 238 – 244.
2. Bar-El et al. Tourists and Psychiatric Hospitalization with reference to Ethical Aspects consuming Management and Treatment // *Medicine and Law.* 1991. V. 10. № 5. P. 487 – 492.
3. Lazarus-Yafeh H. Jerusalem and Mecca // *Judaism.* 1997. V. 46. № 2. P. 197 – 205.
4. Talhami G. Jerusalem in the Muslim Consciousness // *Muslim World.* 1996. V. 86. № 3 – 4. P. 229 – 242.
5. Бартольд В. В. Ориентировка первых мусульманских мечетей / Сочинения. Т. 6. — М.: 1966. С. 537.
6. Иванов Вяч. Вс. К семиотическому изучению культурной истории большого города // Уч. записки Тарт. Г. У. Вып. 720; Труды по знаковым системам. Т. XIX. С. 15.
7. Фейденберг О. М. Въезд в Иерусалим на осле / Фейденберг О. М // Миф и литература древности. — М.: 1998. С. 623 – 665.
8. Sjørup Lene. Mysticism and gender // *J. Feminist Studies in Religion.* 1997. V. 13. № 2. P. 45 – 68.
9. Iida J. The current situation in regard to the delusional of possession in Japan // *Jpn. J. Psychiatry Neurol.* 1989(March). V. 43. № 1. P. 19 – 27.

Психиатрия, право и религия: пути взаимодействия

Ю. С. Савенко

То, что происходит в России в сфере права и в сфере религии, пожалуй, с наибольшей открытостью обнаруживается в сфере психиатрии. Это связано с тем, что психиатрия, в отличие от других медицинских дисциплин, единственная, наряду с педагогикой, практическая антропология. Ее предмет — психопатологические феномены — это результирующая не одних только биологических процессов, но также психических и духовных в конкретном социальном контексте. Собственно в будущем такой должна стать вся медицина. Отсюда ясно, что трудности на пути развития психиатрии являются ее преимуществами: это положение на стыке естественных и гуманитар-

ных наук, необходимость как философской рефлексии, так и социологического видения. С одной стороны, психически больные — это наиболее уязвимая категория людей, с другой — речь идет о реально наибольшей после жизни человеческой ценности — психическом здоровье. То, как относятся общественные и государственные институты к этой ценности, сущий рентген для них самих.

Итак, психиатрия имеет дело с индивидуальным человеком в целом. Но такова и религия. Она всегда ставила и решала самые сокровенные вопросы о смысле жизни, о смерти, о месте личности в человеческом сообществе. Христианская антропология и фи-

лософская антропология, на которую опирается психиатрия, во многом совпадают.

Традиционная медицина древнее религии: лечить себя и помогать другим умеют и животные, но не существует религиозных животных. Религиозное сознание и есть собственно воплощение, хотя и не исчерпывающее, духовного начала, то есть, появление трансцендентного, появление способности к его осознанию.

Необходимо предостеречь от нескольких фундаментальных ошибок. Мы следуем здесь по преимуществу Карлу Ясперсу, превратившему наш самый темный предмет в подлинно научный в парадигматически новом смысле слова и создавшему затем грандиозную философскую концепцию экзистенциализма. Никогда не уклоняясь от самых злободневных вопросов, он умел дать на них всегда ясное, глубоко проникновенное и трезвое решение. Это было связано с его **принципиальным запретом на смешение науки, философии и религии**. Это самостоятельные аспекты рассмотрения, которые должны активно взаимодействовать, но их смешение — это пошлый архаизм. Распространены частные формы этой наиболее фундаментальной типовой ошибки [1].

Во-первых, совершенно ложными являются такие альтернативы как **“вера в откровение или нигилизм, тотальная наука или иллюзия”**. Они соответствуют эпохам, когда философия была служанкой теологии, а затем служанкой науки.

Во-вторых, **“веру никоим образом не следует воспринимать как нечто иррациональное”**, демоническое, то есть, смутное многообразие, подобно Протею непрестанно меняющее обличье, которое не может быть ни постигнуто, ни побеждено, ибо противника попросту нет. Оно может быть преодолено только ясностью.

В-третьих, не только духовность, но и веру нельзя отождествлять с религией. Существует не только светская духовность, но и нерелигиозная вера. **Вера в широком смысле — это очевидность, уверенность и убежденность в реальности**. “Вера отличается от знания. Джордано Бруно верил. Галилей знал”. Здесь глубокое различие между “истиной, страдающей от отречения, и истиной, которую отречение не затрагивает”, т.е., наукой. “Вера — это осознание бытия из его истоков”. Каждый из нас в этом отношении находится в полярности между религиозной и философской верой, так как и религия, и философия воспринимают себя в отношении к вечной истине. Но если философская истина — нечто, на что никто не может притязать, как на свою собственность, то религиозная истина дает, — говорит Ясперс, — “пугающую уверенность”. А “тот, кто полагает, что полностью владеет истиной, уже не может по-настоящему говорить с другими — он прерывает подлинную коммуникацию в пользу того содержания, в которое он верит”. “Признаком философской веры служит всегда то, что она существует лишь в союзе со знанием”. Нет никаких

запретных тем и вопросов. Нет ничего, закрытого исследованию. Нет никаких неприкасаемых тайн. Речь идет о философском сознании, которое есть у любого человека. В отличие от философии, **религия неотделима от мифа, культа сакральных вещей и сообщества людей с четкой иерархией и регламентом**.

Если философия и этика индивидуальны, неформальны, конкретны и не связаны жестко внешними обязательствами и санкциями, то **религия и право**, наоборот, рассчитаны на массы, формализованы, общи, обязательны, жестко регламентированы и связаны с внешними санкциями. Это соответствует различию в ответах на типовые трудно разрешимые случаи, то есть, казусы в медицинской практике, где сталкиваются интересы отдельного индивида и общества. В исследовании 1990 года “Врач и права человека” описаны 133 казуса. Этика и международное право решают эти казусы значительно индивидуалистичнее, чем различные религии, которые отдают приоритет обществу [2, 3].

Первоначально религия была единым целым с политикой и правом. Реальное **разделение светской и духовной власти** — самый грандиозный шаг в сторону, в конечном счете, демократического устройства общества. Именно с такого разделения, так называемой Папской революции, на рубеже XI-XII веков ведет свое начало западная традиция права [4]. Появление автономных церковного и светского права дало определенные степени свободы и “защило духовные ценности от развращающих социальных, экономических и политических воздействий” [5]. **Отделение церкви от государства — это секуляризация идеологии государства и деполитизация церкви, это оздоровление того и другого общественного институтов**.

В России реальное отделение церкви от государства просуществовало всего несколько лет (1917–1922). Декреты и законы советской власти (1918, 1929, 1960) об отделении церкви от государства на деле оттесняли религию квазирелигией государственной идеологии. С другой стороны, руководство религиозными организациями заменялось агентами власти. За этим стоит давняя традиция еще XV века, начиная с Василия Темного и победы стяжателей (Иосиф Волоцкий) над нестяжателями во главе со св. Нилом Сорским, которые отстаивали реальное отделение церкви от государства [6, 7]. Деспотическая власть всегда предпочитала зависимую от себя национальную церковь — автономной вселенской. В настоящее время начавшееся было свободное развитие пошло вспять.

В условиях смутного времени и смуты в умах недоверие к свободному развитию и инерция тоталитарного менталитета в очередной раз привели к попыткам манипулирования массовым сознанием. На этот раз с помощью православия в качестве фактически государственной идеологии. Казалось бы, опыт стяжателей показал: политическая активность церкви

неизбежно приводит к порабощению церкви государством. Но искус власти велик и хитроумен. И вот уже государственный протекционизм коренной религии по ускоренному сценарию состарил ее: вот уже повсюду известные по русской литературе персонажи, вот уже один из наибольших уровней преступности, вот притязания на исключительность, вот обличение экуменизма, космополитизма и наследия великих русских религиозных философов, как сатанизма, вот уже узкий национализм, антисемитизм, открытое допущение ритуального убийства царской семьи, и достаточно точное название для всего этого — “православие без христианства”. Христианизация только предстоит. Важно всегда помнить, что П. Н. Милюков еще до революции констатировал: “Русский народ остался язычником под тонкой пленкой христианской обрядности” [8].

Конечно, все это не отражает всей жизни православия. В любой религии есть свои фундаменталисты и все измы самого разного толка. Но среднее звено священников в значительной мере составляют очень достойные люди. Ведь те беспрецедентные преследования, которые выпали на долю русской православной церкви, углубляли ее духовность. Наиболее чиста именно гонимая церковь. Протекционизм государства быстро приводит к прямо противоположному результату.

Острая эмоциональная реакция на обсуждение этой темы делает целесообразным обсуждение на сравнительных примерах. Так, известно, что “со времен Лютера благо для протестантизма отождествлялось с благом протестантского государства. После 1871 года... в Германии протестантизм окончательно превратился в государственную религию... Он прямо обслуживал нужды национального государства и именовал себя “национальной церковью”. Это лишило протестантскую церковь необходимой духовной самостоятельности, принижало веру до уровня идеологии. Фактической задачей церкви в Германии стало воспитание не христианина, а подданного — а значит, и солдата... Ряд авторитетных протестантских теологов пытались соединить несоединимое, примирить христианство и войну, используя социал-дарвинистские идеи... и додумались до того, что назвали войну “особой формой любви к ближнему”. У официальной протестантской церкви и большинства рядового духовенства главенствующими были не нравственные, а национально-государственные политические соображения... Основным пунктом антипацифистской критики были утверждения о “ненемецком” характере пацифизма, автоматически превращавшиеся в подозрения о его антинемецкой направленности и участии в международном заговоре против немецкого народа” [9].

Вернемся к нашей действительности. Одним из проявлений протекционизма государства традиционной церкви стало использование с 1995 года психиатрии для подавления новых религиозных движе-

ний. На основании доклада проф. Полищука, уже после его дезавуации Российским обществом психиатров как научно несостоятельного, была разослана инструкция руководителям медицинских учреждений и руководителям ВУЗов, составленная МВД и МЗ (в обход собственного отдела по психиатрии) о якобы грубом вреде психическому здоровью и деформации личности, причиняемом участием в новых религиозных движениях, именованных тоталитарными сектами. Прокуратуры по всей стране возбудили десятки судебных исков против различных религиозных организаций, переписывая слово в слово неграмотную кальку, а суды в ходе наиболее громких процессов отказывались приобщать к делам решающие документы, включать в комиссии независимых экспертов и не останавливались перед фальсификацией показаний свидетелей в ходе судебных заседаний.

Нам удалось провести масштабное научное исследование со случайной выборкой монахов московской буддийской организации “Учение Истины АУМ” и показать в этом самом громком деле полную научную несостоятельность утверждений о принесении вреда психическому здоровью религиозными техниками [10].

Более того. На открытом клиническом разборе вскрылась фальсификация единственного случая, где утверждалась прямая причинно-следственная связь такого рода [11].

Мы также подробно показали, что это дело, как и многие последовавшие за ним, носило чисто политический характер, и сами подверглись широкому арсеналу средств воздействия [12].

Тем не менее, наша позиция стала общей позицией обоих всероссийских психиатрических обществ. Она состоит в решительном отпоре очередной попытке использования психиатрии в немедицинских целях. Мы не хотим быть некоей пятой властью, которая свидетельствовала бы граждан на предмет их психической благонадежности [13, 14].

Инструкция МВД и МЗ уже используется в качестве отрицательного примера при обучении студентов в европейских университетах, а в государственном центре им. Сербского организована специальная группа проф. Ф. В. Кондратьева, которая развивает его “теорию” о сектомании, как прямой аналогии наркомании [15]. От формулы Карла Маркса “религия — опиум для народа” эта “теория” отличается только буквальным пониманием слова “опиум” и двойным стандартом: на коренные религии обвинения такого рода не распространяются. И именно этой тенденциозно настроенной группе поручаются экспертизы по религиозной проблематике.

Другой издержкой протекционизма стало формирование так называемой “православной медицины” и “православной психиатрии”. Так незаконным образом стало именовать себя националистическое движение, выхолащивающее вселенский характер православия. Существо этого движения состоит в том, что

православный больной должен лечиться только у православного врача, а такие психотерапевтические методы как гипноз, психоанализ, аутогенная тренировка, НЛП и ряд других православным запрещаются [16 – 17].

За этим стоит убеждение в нераздельности истины и ценностных ориентаций, в именовании идеалов неангажированной науки позитивизмом и отрицании всего, что выросло не на своей почве. Фактически это повторение положения советской идеологии о необходимости сознательной тенденциозности, то есть, принципа партийности любой науки, даже математики. Если право захочет снова опираться на религию, а не науку то можно будет судить за колдовство. И это уже происходит в нашем отечестве. Так в Минусинске был принят иск за наведение порчи на корову. Но пытаться судить за гипноз и зомбирование это тоже самое. Мы переживаем сущее наводнение суевериями даже среди, казалось бы, культурного слоя.

Наряду с описанным негативом существует большое число примеров позитивного взаимодействия психиатрии и религии. Это, прежде всего, помощь религиозных организаций алкоголикам и наркоманам, организация православной церковью специальных центров для этого, это помощь православных сестер милосердия самым тяжелым больничным отделениям.

С 1-го номера 1995 г. наш Независимый психиатрический журнал ведет постоянную рубрику “Психиатрия и религия”, а в 1997 г. этой теме был посвящен съезд НПА России. В течение последних двух лет каждые два месяца в Центре акад. Сахарова нами проводятся Мелеховские семинары, где психиатры и священнослужители различных конфессий обсуждают проблемы помощи психически больным, сосредотачиваясь только на конструктивных подходах. Руководитель этих семинаров д-р Б. А. Воскресенский читает курс лекций по психиатрии для катехизаторов высшей православной Свято-Филаретовской школы, а постоянным участником наших ежегодных Конструкторских чтений является отец Георгий Кочетков. Ряд психиатров приняли священнический сан, и деятельность большинства из них служит делу конструктивной интеграции.

Ценой широкомасштабных злоупотреблений в 60 – 80-е годы психиатрия с 1993 года оказалась наиболее продвинутой в области медицинского права, которое в целом у нас находится в зачаточном состоянии. В течение двух лет мы были участниками разработки двух редакций Закона о психиатрической помощи. В течение семи лет — свидетелями его применения. И в течение этого года — участниками комиссии по изменениям и дополнениям к нему, которая вопреки нашему протесту и особому мнению попыталась снять в ключевой формулировке оснований недобровольной госпитализации “представляет непосредственную опасность” ключевое слово “непосредственную”, что резко расширило бы границы принужде-

ния. Это отражает, в соответствии с усилением с 1995 года полицейского духа в стране, соответствующие колебания позиций ведущих психиатров.

Фундаментальный характер для любого закона имеют гарантии его исполнения: неудовлетворительные гарантии губят хороший закон, хотя и выручают от плохого. Гарантиями служат: четкость терминов и формулировок, включение в текст закона основных дефиниций, прямое действие, прописанность процедур, конкретные санкции за неисполнение, согласованность с другими законами, знание закона и его широкая доступность, а главное его легитимность и соответствие социальным реалиям. На опыте своего закона мы знаем, что принятие законов преследует побочные цели, а отсутствие гарантий содействует произволу официального толкователя закона. Наши (четыре члена комиссии) призывы к гарантиям ни к чему не привели.

Ответ на вопрос, нужны ли новые законы, не может быть однозначным. Например, проекты таких законов как “Об информационно-психологической безопасности” и “Об охране психосферы” имели сверхзадачей введение цензуры, отталкиваясь от совершенно ненаучных и заведомо лживых данных типа психотронного оружия, зомбирования, тайного внушения, компьютерных психотехнологий. Президент Академии целительства недавно пытался убедить меня, что нашел бабку, которая в состоянии влиять на код ДНК. Ни о каких компромиссах в таких случаях говорить не приходится. Это значило бы закреплять в законе веру в колдовство, что беспредельно расширяет возможности произвола и служит обогащению соответствующих лиц. Другим примером может служить законопроект “О правовых основах биоэтики”. Актуальность этой темы несомненна. Но это самая сложная, тонкая и ответственная тема. А кто были разработчики? Они подобрались словно по контрасту к теме. Этот пример ставит проблему обоснованных отводов и ответственного формирования комиссий по разработке законопроектов. Необходим интердисциплинарный состав участников, привлечение помимо юристов и медиков, социологов, философов, религиоведов, историков. Необходима сбалансированность представителей разных подходов и представителей государственных и негосударственных профессиональных и непрофессиональных организаций. Сама же разработка законов на такие темы должна проходить без спешки, носить максимально открытый характер с публикацией стенограмм обсуждений.

Наконец, хорошо известно, что ни одна ветвь власти не пользуется доверием населения страны. Такой состав Думы, технология оплачиваемого лоббирования и т.п. не располагают к рассмотрению судьбоносных законов. В современных условиях главная задача — не допустить ухудшения Конституции, впервые включившей последовательность приоритетов личность — общество — государство.

Нетрудно предвидеть, что если возобладавшая сейчас тенденция на сращивание государства с церковью сохранится, мы проделаем очередной гомологический ряд предреволюционной эпохи. Вовлечение церкви в политику неизбежно чревато очередной гапоновщиной и т.п.

В этой связи нельзя не выразить восхищение по поводу дипломатичности наших американских несомненных доброжелателей. Я имею в виду последнюю монографию проф. Гарольда Бермана “Вера и закон: примирение права и религии” [5]. В этой чрезвычайно информативной и полезной книге перспективы политизации Русской Православной Церкви, сращивания ее с государством, превращения в этническую религию не вызывают у автора никакого беспокойства. Более того, он пишет, что разделение светской и духовной сторон жизни лишилось в наше время всякого смысла. Вряд ли это верно для России. И вряд ли можно согласиться с исходной антивеберовской позицией автора. Достаточно сказать, что концепция Вебера отвечает нашим отечественным реалиям, и что направление развития современной социологии еще в большей мере, чем функционализм Т. Парсонса, опирается на Вебера. Проф. Берман прав, что нас разделяют не географические, а временные измерения. Восток — это прошлое, Запад — настоящее. Будущее не может быть ни возвращением к прошлому, ни перечеркиванием прошлого. Не будет оно и аморфным результатом простой конвергенции. В этом существе нового стиля мышления и жизни. Представьте, что было бы, если начинающий научный работник захотел избежать, перепрыгнуть жесткую научную выучку в духе Вильгельма Рентгена на том основании, что она принадлежит позитивистической эпохе. Да его данным просто нельзя было бы верить!

Необратимое изменение мира в сторону информационной, экономической и политической интеграции сопровождалось формированием инварианты различных религий (экуменизм), правовых и этических систем. Таким инвариантным ядром стала Декларация прав человека.

У нас богатый и разнообразный опыт в отношении позиции компромиссов, в результате которых нас многократно подставляли, использовали в качестве ширмы, искажали наши позиции, предлагали объединиться с заведомыми провокаторами. Тем не менее, мы остались сторонниками компромиссов, но не безграничных и ни с кем попало, и всегда в сочетании с максимальной открытостью и гласностью. Мы разделяем представление, что и в непопулярных учреждениях и организациях есть люди, с которыми можно работать, что предпочтительно работать не против структур, а за их перерождение. Но все же мы считаем более точным выражение “конструктивная позиция”. **Политика компромиссов** — это всегда политика.

Это торг, взаимные уступки, где серединой легко манипулировать, меняя берега. **Конструктивная позиция** вырабатывается строго научно, к сути дела и консенсусу заинтересованных лиц. С нашей точки зрения не только религиозная, но также правозащитная, научная и медицинская деятельность должны стоять вне политики. Достаточно сохранять антифашистскую, антитоталитарную позицию.

“Вехи”, а позднее Пителим Сорокин [18] обосновали основную ошибку российской интеллигенции — “придавать слишком исключительное значение государственной власти”: надеяться на власть, ходить во власть, бороться против власти. Отсюда политизация интеллигенции. Внегосударственные “органы общественного тела” нередко важнее государственных. Необходимы автономия, независимость от власти и личная инициативная энергия каждого из нас. В этом последнем существе недавнего грандиозного поворота социологии в сторону возвращения “человека действующего”. Без этого не только Конституция, но и законы останутся на бумаге.

Итак, ни в коем случае, не смешения науки, философии и религии, и, соответственно этому, — медицины, этики и права, а их конструктивное взаимодействие под знаком Декларации права человека.

Смуту нашего времени возможно преодолеть только на путях ясности, то есть нового рационализма.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ясперс Карл. Философская вера (1948) // Смысл и назначения истории — М., 1991.
2. Physician and human rights — Sedam, 1990.
3. Медицина и права человека — М., 1992.
4. Берман Г. Западная традиция права — М., 1994.
5. Берман Г. Вера и закон: примирение права и религии — М., 1999.
6. Поспеловский Д. В. Русская Православная Церковь в XX веке — М., 1995.
7. Поспеловский Д. В. Испытание православия властью // НПЖ. 1997. № III. С. 61 — 63.
8. Милуков П. Н. История русской культуры — М., 1993.
9. Сдвижков Д. А. Против “железа и крови”. Пацифизм в Германской империи. — М., 1999.
10. Экспертные материалы об АУМ // НПЖ. 1995. № II. С. 40 — 60.
11. НПЖ. 1996. IV. С. 72 — 75; III. С. 49 — 51.
12. Савенко Ю. С. Антисектантство в психиатрии как политическое движение // НПЖ. 1997. IV. С. 38 — 43.
13. Менделевич В. Д. Пятая власть // НПЖ. 1995. II. С. 37 — 38.
14. Открытое письмо в ВПА // НПЖ. 1999. III. С. 49.
15. Савенко Ю. С. Новая нозологическая единица и мышление по аналогии // НПЖ. 1996. I. С. 47 — 50.
16. В сторону православной психиатрии // НПЖ. 1997. I. С. 55 — 56; В сторону православной медицины // НПЖ. 1997. III. С. 59 — 60.
17. Полищук Ю. И. Православная психиатрия // НПЖ. 1999. IV. С. 56 — 60.
18. Сорокин Пителим // НПЖ. 1998. III. С. 72 — 78.

Ю. И. Полищук

За последние годы все больше возрастает роль и влияние Русской православной церкви в жизни общества. Православная идеология и религиозное мировоззрение постепенно распространяются на многие сферы духовной и культурной жизни, включая науку. Православие снова, как это было во времена царской России, стремится стать идеологическим стержнем нового общественного строя. «Христианство не может быть кое-чем, оно претендует быть всем», — писал Н. А. Бердяев [1].

В марте 1998 г. состоялись слушания Всемирного русского народного собора по проблемам соотношения науки и религии, в которых приняли участие патриарх Алексий II, президент РАН Ю. Осипов, министр по науке и технологиям В. Фортов. Было отмечено, что все больше ученых теми или иными путями приходят к вере. Митрополит Кирилл заявил, что в качестве первоочередной задачи по привитию нравственного чувства ученым предполагается начать духовное окормление православных ученых, в особенности сотрудников крупных научных центров, которые работают над проблемами, потенциально опасными для человечества, в том числе над проблемами психотехнических воздействий на человека [2].

В настоящее время все более отчетливо проявляется идейное и организационное оформление так называемой православной медицины, в том числе православной психиатрии, историческими корнями которой была монастырская психиатрия средних веков. Раздаются призывы вернуться к православным традициям и тесно соединить медицину с христианством [3]. Для подготовки православных врачей, в том числе и психиатров, планируется открыть медицинский факультет при Российском православном университете имени апостола Иоанна Богослова. Создано и активно функционирует Московское общество православных врачей во главе с профессором Московской медицинской академии имени И. М. Сеченова А. В. Недоступом. Образован церковно-общественный совет по биомедицинской этике, в состав которого, наряду с представителями Русской православной Церкви, вошли академик РАМН В. А. Таболин, член-корреспондент РАМН Н. А. Мухин, профессор Ф. В. Кондратьев и другие медики и биологи. Задачами этого совета являются выработка официальной позиции Церкви по актуальным проблемам биомедицинской этики, организация духовно-просветительской работы среди духовенства и мирян. При медицинских учреждениях создаются православные храмы и часовни. В 1992 г. патриарх Алексий II освятил храм иконы Божией Матери при НИИ клинической психиатрии

НЦПЗ РАМН. При этом научном учреждении создано отделение православной психиатрии, которое возглавляет кандидат медицинских наук Г. И. Копейко. В помещении этого института функционирует часовня, в которой проводятся богослужения для психически больных. Православные храмы и часовни созданы и создаются в других психиатрических учреждениях Москвы и других городов. В Твери при областном психоневрологическом диспансере построена церковь, в которой проводятся богослужения с участием больных. Настоятель церкви выпускник Тверского медицинского института священник отец Сергей (Заматаев) убежден, что молитва оказывает лечебный эффект при психических расстройствах [4]. Настоятель православной церкви при областной психиатрической больнице в Екатеринбурге священник и врач-психиатр Д. Байбаков также отмечает положительное влияние богослужений и церковных таинств на психическое состояние больных и эффективность социальной работы прихода в психиатрической больнице. Во время церковных праздников священнослужители прихода обходят все отделения психиатрической больницы с песнопениями, поздравляя больных и вручая им подарки. Более 60 сотрудников больницы получили от церковного прихода и епархии денежные премии и ценные подарки. Планируется открытие церковно-больничного приюта для инвалидов по психическому заболеванию. Все эти сведения были сообщены на заседании Екатеринбургского областного общества психиатров под председательством профессора Б. А. Трифонова в 1997 г.

В Москве при Крутицком монастыре создан душепопечительский Центр имени Иоанна Кронштадтского, которым руководит доктор медицинских наук детский невропатолог иеромонах А. Берестов. В нем оказывается помощь психически больным, больным алкоголизмом, наркоманиями. В этой работе участвуют руководитель отдела Центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского профессор Ф. В. Кондратьев и несколько психиатров и психотерапевтов, имеющих духовный сан. Прием больных они ведут с обязательным благословением духовных отцов. Заведующий кафедрой психологии Уральской государственной медицинской Академии доктор медицинских наук профессор С. Вогулкин, будучи одновременно диаконом Свято-Троицкого Архиперейского подворья в Екатеринбурге, считает, что душепопечение о больном — это область весьма ответственной духовно-душевной работы, которой должны заниматься священнослужители и верующие медицинские работники. В процессе этой работы следует поддерживать и разви-

вать в больном веру в Бога, страх Божий, как осознание ответственности перед Богом и признание бессмертия своей души. Стремление выздороветь должно включать молитву, пост и обращение болящего к таинствам Исповеди, Елеосвящения, Причащения тела и крови Христовых [5]. Православным обществом “Радонеж” организована работа постоянного семинара “Психиатрия и религия”. Целью его деятельности является выработка православного взгляда на психические заболевания и на методы современной психиатрии. В Российской Федерации в настоящее время существует несколько православных центров религиозной реабилитации наркоманов и алкоголиков. Международный институт резервных возможностей человека в С.-Петербурге, переименованный в Александро-Невское братство трезвости, по благословению патриарха Алексия II и митрополита Иоанна с 1991 г. проводил широкую практику православного кодирования больных алкоголизмом и наркоманиями на коммерческой основе. Перед сеансом коллективного кодирования в зале кинотеатра проводился молебен священником, членом ученого совета указанного института, под звуки православных песнопений с выставлением икон. В разработке и применении методики православного кодирования больных алкоголизмом и наркоманиями принимали участие известный гипнолог профессор П. И. Буль и председатель С.-Петербургского общества психотерапевтов доцент А. В. Архангельский. При теоретическом обосновании методики православного кодирования утверждалось, что согласно принципу гомеопатии кодирование — это внедрение бесов в малых дозах в целях изгнания укоренившихся в больном бесов алкоголизма и наркомании. Процесс и эффект православного кодирования через который прошли десятки тысяч больных, сравнивались с эффектами религиозной проповеди и церковного причастия [6].

Идейные основания и принципы православной психиатрии содержатся в ряде публикаций. Д. Е. Мелехов в работе “Психиатрия и проблемы духовной жизни” высказывал мнение, что религиозные переживания могут помогать сопротивляться болезни, приспособиться к ней, компенсировать дефекты” [7]. По утверждению вице-президента Московской психотерапевтической академии доцента Б. А. Воскресенского, религиозная вера приносит если не исцеление, то смягчение болезни [8]. В статье М. Г. Гальченко “Проблемы оглашения и воцерковления психически нездоровых людей” [9] утверждается, что понимание сущности психического заболевания невозможно без знания основ христианской антропологии, ибо первопричина психических заболеваний заключена в грехопадении человека. Психофизические нарушения являются следствием личных или семейных грехов. Поэтому не следует возлагать слишком больших надежд на лечение в психиатрических клиниках с отрывом больных от полноценного оглашения, от жизни в

Церкви и регулярного причащения. В статье “Пастырская помощь душевнобольным” [10] игумен Евмений, психиатр по образованию, считает, что единственным постоянно действующим реабилитационным общественным институтом для людей с психическими отклонениями может стать Церковь. Перед пастырем стоит сложная задача — быть не только пастырем, но и психиатром. Автор заявляет, что православное понимание душевной болезни значительно шире, чем в научной психиатрии. В большинстве случаев в происхождении душевной болезни имеют место не только интеллектуальные, моральные, соматические факторы, но и определенные демонические влияния. Тем самым в психиатрию снова, как и в средние века, вносится мистика и демонология. Психиатрическая наука, утверждает далее, небогатая святоотеческим аскетическим знанием о душе, Боге, вечном предназначении человека, довольно упрощенно трактует сложнейшие проблемы. Психиатр часто рискует “залечить средствами естественной медицины” человека, поврежденного духовно, нуждающегося в исключительно религиозном подходе к лечению его заболевания. В то же время любого, самого больного человека “Бог может в одно мгновение исцелить от любой болезни, психически больного может сделать здоровым”. Как свидетельствуют опытные православные психиатры, указывает автор, большинство психических патологий являются ничем иным как запущенной формой тех или иных грехов. Под видом реактивных состояний, тревог, депрессий, страхов к сознанию человека приступают демонические силы и “лепят из человека” все, что им заблагорассудится. Всякая душевная болезнь с точки зрения православной аскетики рассматривается как состояние незащищенности по отношению к демоническим влияниям и помыслам. Депрессии предлагается лечить чтением акафистов с их бесконечным “радуйся”, побуждающим к сорадованию святым.

Кандидат медицинских наук Д. А. Авдеев, издавший книги “Православная психиатрия” и “Из дневника православного психиатра” [11], высказывает сожаление о том, что современная психиатрия утвердилась на материалистических позициях и не признает существования бесов. Поэтому и не может объяснить происхождения многих психических нарушений, которые часто возникают в результате действия злых духов на человека. В результате этого действия возникают два вида состояний: бесноватость и бесоодержимость. Бесноватость — это результат “сильнейшего демонического воздействия”, когда человек теряет всякое самообладание, самосознание и критическое отношение к себе. Бесоодержимость — это “частичная плененность души злой силой” с сохранением критического отношения к своему состоянию. Это состояние является разновидностью душевной болезни, которая проявляется в том, что воля человека парализована и душой владеет один или несколько злых ду-

хов. Одним из начальных проявлений бесоодержимости являются частые приступы тоски и боязливости [11, 12]. В православии выделяются также состояния “прелести”, во время которых на фоне религиозной экзальтации или экстаза возникают видения Христа, святых ангелов, слышатся их голоса. Такие состояния расцениваются как духовное расстройство со стремлением к ярким религиозно-экстатическим переживаниям. Описания таких состояний встречаются в жизнеописаниях святых и подвижников благочестия, монахов. Признается, что состояниям одержимости и прелести нередко предшествуют и сопутствуют психические нарушения [13]. Д. А. Авдеев ссылается на мнение доктора медицинских наук архиепископа Луки (Войно-Ясенецкого), который считал, что в числе буйнопомешанных есть определенный процент бесноватых. Утверждается также, что причиной многих форм депрессий является грех. Депрессия — это “грехи вопиют, нераскаянность мучит душу, и демоны нашептывают в ухо: “Все плохо, надеяться не на что, все равно помирать, так лучше сейчас”. Глубинная сущность неврозов — тайна, известная только Господу. Навязчивые состояния, стойкие страхи могут быть следствием “дьявольского ополчения”. Иначе, вопрошает автор упомянутой книги, как можно расценить непреодолимое желание мыть руки до нескольких десятков раз? Этот факт, по мнению православного психиатра, ясное доказательство бытия бесов. Бесы отступают, когда приходит благодать. Также вопреки имеющимся научным данным этот же автор, имеющий ученую степень кандидата медицинских наук, утверждает, что социальные факторы не имеют сколько-либо решающего значения в феномене самоубийства. Он заявляет, что 90 % самоубийц делают свой последний шаг под непосредственным влиянием злых духов — “исконных человекоубийц”. Почти всякое самоубийство есть убийство демоном человека руками самого человека. Психосоматические расстройства — это материализация греха.

Православные наркологи со ссылкой на каноны православной церкви причиной пьянства и алкоголизма объявляют вселение в человека алкогольных бесов, которых нужно изгонять с помощью исцеляющих молитв и исцеляющей положительной энергии, которой можно заряжать воду, мыло и соль [14].

Подобного рода теоретические, вернее теологические, богословские представления можно было бы расценивать как допустимые проявления конституционно закрепленного идеологического и религиозного плюрализма, свободомыслия, если бы не прямой их выход в православную врачебную практику, бросающую вызов научной медицине и официальному здравоохранению. В книге Д. А. Авдеева, распространенной тиражом в 10000 экземпляров, открыто дается совет всем читателям, что лучше лечиться у православного врача-психиатра. В психиатрических больницах следует формировать православную среду. В них дол-

жно быть больше верующих врачей и медсестер. В таком случае лекарства будут действовать эффективнее. Следует приглашать в клиники священников, распространять православную литературу. Страдания больных нужно облегчать молитвами. Необходимо читать заклинательные молитвы, обращенные к злым духам и изгоняющие их. Крещенных больных с сохранной критикой надо призывать к покаянию. Безапелляционно, необоснованно и вызывающе выглядит следующее утверждение этого православного психиатра: “Врач-атеист принесет больше вреда, а пользы не будет... Только та психотерапевтическая помощь будет по-настоящему действенной и полезной, которая проводится православным врачом или психологом”. Подобное заявление выглядит уже прямым публичным вызовом научной психиатрии и психотерапии, с одной стороны, и неприкрытым рекламированием православных психиатров и психотерапевтов с целью привлечения к ним пациентов, с другой стороны. В развитие этого заявления утверждается, что занятия аутотренингом не “душеполезны”, так как этот метод глубоко чужд православному человеку. Столь же категорично утверждается, что “лечиться фрейдовским психоанализом и гипнозом нельзя”. Высказывается большое сожаление в связи с тем, что гипноз широко используется официальной медициной, психотерапевтами. Тем самым православная психиатрия намерена зачеркнуть всю историю достижений клинической гипнотерапии, отвлечь от нее больных, которым она может быть полезна. При этом делается вид, будто православным психиатрам не известна многовековая практика целительства, которую проводили христианские жрецы и православные священники с использованием гипносуггестивных воздействий с заклинаниями и наложениями рук, результатом чего были “чудесные” исцеления от функциональных заболеваний. Подобных примеров немало в Библии.

Большую экспансию и активность православные психиатры проявляют в области малой психиатрии [15]. В качестве одной из причин низкой эффективности помощи больным неврозами называется малое число христиан среди психиатров и психотерапевтов. Ключи к пониманию истинного целительства многих неврозов кроются в страхе Божиим. Когда человек имеет в душе страх Божий, этим великим страхом поглощаются невротические фобии подобно тому, как большая волна на море поглощает мелкую рябь. Страх Божий вбирает в себя невротические страхи. В качестве способов по преодолению невроза навязчивых состояний называются пост и молитва, посещение святых мест, регулярное употребление Божоявленной воды с просфорой, окропление святой водой жилища, самого больного, его личных вещей. Истериический невроз трактуется, как проявление бесоодержимости. Православные психиатры резко критикуют и осуждают В. М. Бехтерева, который считал, что все

евангельские чудеса, касающиеся исцелений и воскрешений из мертвых, объясняются истерическими нарушениями у поверивших во Христа людей. При истерии, утверждают православные психиатры, “почва для бесов подготовлена как нельзя лучше, ибо диавол — “отец лжи”, а все истеричные лживы [15]. При этом делается категорическое предупреждение о недопустимости применения гипнотерапии для лечения истерии. Поясняется, что православная Церковь определяет гипноз как сознательное служение злу, как тонкий сон, наводимый бесами, которых гипнотизер вызывает методами волшебства [6]. В изданном Свято-Троицким Собором Александро-Невской Лавры буклете “Покаяние” гипноз называется видом колдовства и чародейства, приравнивается к черной магии. Обращение к гипнотерапевтам строжайше запрещается православным христианам.

Активное сотрудничество с Русской православной Церковью ведут профессиональные психологи и психотерапевты. Известный психолог Б. С. Братусь на страницах “Московского психотерапевтического журнала” [16] заявил, что никакой христианской психологии и психотерапии строить не надо — она давно есть. Это аскетика, учение святых отцов. Христианским психологом и психотерапевтом должен быть священник, неслучайно произносящий каждый раз перед таинством исповеди, что обращающиеся к нему пришли во врачебницу. Что же касается психологии и психотерапии светской, то она, лишенная благодати, совершает, по выражению Б. С. Братуся, “служение тьме, только уводя людей от пути спасения”. По выражению А. Меня, безрелигиозная психотерапия — это всадник без головы [17]. В Москве создана “Христианская ассоциация психотерапевтов”.

Все вышеприведенные данные свидетельствуют об активном стремлении Русской православной Церкви распространить на рубеже третьего тысячелетия, используя кризисную ситуацию в обществе, свое идейное влияние на область наук о человеке, в частности на психологию, психиатрию, психотерапию. Православная психиатрия и психотерапия в настоящее время формируются на основе ортодоксальных христианских догматических представлений о душе и психических расстройствах как следствии греховности людей, вселения бесов в душу человека, которое приводит к состояниям бесоодержимости и бесноватости в форме различных душевных и личностных расстройств. Научное, материалистическое понимание причин и механизмов развития психических заболеваний, научно обоснованные методы и средства лечения психических расстройств, как можно было видеть из приведенных данных, отвергаются или принимаются с оговорками и ограничениями. Тем самым представители православной психиатрии открыто противопоставляют себя научной психиатрии. Они стремятся создать в общественном мнении, прежде всего у верующих людей представление о более высо-

ком и глубоком уровне православной психиатрии и психотерапии, якобы преодолевающих ограниченность и недостаточность научной психиатрии и психотерапии в понимании причин, лечении и профилактике психических заболеваний. Православные богословы, на словах отдавая дань уважения науке, неизменно подчеркивают превосходство религиозных истин над научным знанием. Подобные претензии являются совершенно безосновательными, если не сказать абсурдными.

Вместе с тем можно согласиться, что религиозно-духовная психотерапия может быть эффективной при лечении верующих больных с психическими нарушениями пограничного уровня. Глубокая религиозная вера, истинная православная духовность могут служить положительным лечебным, психогигиеническим и психопрофилактическим фактором [18]. Православные психиатры и наркологи правильно ставят вопрос о большом значении духовного развития личности для сохранения и укрепления психического здоровья. В то же время православная психиатрия игнорирует положительную роль и значение светской духовности, культуры, искусства. Православные психотерапевты игнорируют или принижают значение многих всемирно признанных видов психотерапии. Вопреки хорошо и широко известному положительному опыту применения гипнотерапии при ряде психических и психосоматических заболеваний православная психиатрия отвергает и запрещает гипнотерапию как лечебный метод считая ее черной магией и колдовством.

Вряд ли все это свидетельствует о профессиональном невежестве православных психиатров и психотерапевтов с учеными степенями. Дело тут в другом. Начавшийся исподволь православный поход против научной психиатрии и психотерапии является частным проявлением нарастающей экспансии религиозной идеологии и религиозного мировоззрения. Налицо попытка со стороны Русской православной Церкви затормозить и повернуть вспять развитие отечественной психиатрии, ограничить ее религиозными догмами и библейскими представлениями. На практике эта попытка может обернуться и уже оборачивается большим ущербом для многих тысяч психически больных. При этом нельзя не видеть, что психиатрия используется также и в немедицинских, религиозных целях. Нельзя исключить и корыстных целей со стороны православных врачей.

Взаимоотношения между психиатрией и религией могут и должны строиться на основе взаимной дополнительности, когда врач и священник, оказывая помощь верующим больным, не подменяют, а дополняют друг друга. Именно это требование подчеркивал выдающийся православный психиатр Д. Е. Мелехов. Он указывал на то, что “христианский подход не заменяет и не подменяет медико-биологического подхода к психически больным, а лишь его дополняет и

обогащает” [7]. Современные православные психиатры должны это хорошо усвоить.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бердяев Н. А. *Философия свободы. Смысл творчества.* — М.: 1989.
2. Колобова В. // *Русская мысль.* 1998. № 4215. С. 19.
3. Берестов А. // *Русь державная.* 1999. № 2. С. 6.
4. И молитва лечит душу // *Медицинская газета.* 1998. № 66. С. 2.
5. Вогулкин С. // *Русь державная.* 1997. № 10 – 11. С. 7.
6. Записка о ритуальном кодировании. — М.: 1995.
7. Мелехов Д. Е. // *Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни.* — М.: 1997. С. 5 – 61.
8. *Воскресенский Б. А.* // *Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни.* Предисловие. — М.: 1997. С. 2 – 5.
9. *Гальченко М. Г.* // *Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни.* — М.: 1997. С. 117 – 128.
10. *Евмений игумен* // *Моск. психотерап. ж.* 1997. № 4. С. 65 – 101.
11. *Авдеев Д. А.* Из дневника православного психиатра. — М.: 1999.
12. *О душевных болезнях.* — М.: 1998.
13. *Пестов Н. В.* // *О душевных болезнях.* — М.: 1998. С. 15 – 22.
14. *Розенталь В.* // *Нива России.* 1997. № 12. С. 12.
15. *Авдеев Д. А., Невярович В. К.* Нервность, ее духовные причины и проявления. — М.: 1999.
16. *Братусь Б. С.* // *Моск. психотерап. ж.* 1997. № 4. С. 7 – 19.
17. *Краткие беседы о духовной жизни для простого народа.* — М.: 1995.
18. *Оллпорт Г. В.* *Личность в психологии.* М. – С.-Пб: 1998.

Комментарий редактора

Помещая работу нашего давнишнего непримиримого оппонента проф. Ю. И. Полищука, нельзя не высказать собственной позиции.

Статья рисует широкую, неизвестную многим панораму, но мы не можем согласиться с рассмотрением противостояния науки и религии, где религиозная жизнь, многообразнейшая даже внутри православия, подается “скопом”, где не делается различия между позицией фундаменталистов и политиков от науки и религии (А. Берестов, Ф. В. Кондратьев) и позицией таких православных психиатров, как Д. Е. Мелехов и Б. А. Воскресенский. Мы считаем, что дистанция между политиканством и подлинной преданностью науке и религии намного больше, чем между наукой и религией. Наука, медицина, права человека, искусство — для многих лучших их представителей не просто светские формы духовности, — это гражданская религия: Истина, Жизнь, Права Человека, Красота для них святыни. То же самое, что о политиканстве, можно сказать и о православном фундаментализме, как и о всяком другом фундаментализме. Это всегда политический экстремизм, а нередко еще и национализм, это “православие без христианства”.

Экспансия такого рода позиции в самом деле очень тревожная тенденция. НПА России не приемлет и противостоит этой политизации. В то же время она успешно сотрудничает как с православными (о. Георгий Кочетков) и католическими (Йорг Мюллер) пастырями, так и представителями протестантства и многих других конфессий.

Публикуемый текст проф. Ю. И. Полищука был озвучен им на заседании Ученого Совета Института психиатрии МЗ РФ в ноябре 1999 г. К сожалению, уже не первый раз обсуждение этой остро актуальной темы, вопреки усилиям главного ученого секретаря РОП, комкается во времени, проходит при полупустом зале, не вызывает активной реакции присутствующих. Выступления д-ра О. Д. Сосюкало, д-ра Ю. С. Савенко и д-ра В. Н. Краснова продемонстрировали общность позиции обоих всероссийских обществ по этому вопросу.

Особняком прозвучало выступление проф. Ф. В. Кондратьева, впрочем, очень характерное для тактики, изб-

ранной его кругом. Он попросту отрицал само существование такой проблемы, наличие самого предмета — православной психиатрии. Вся многообразная фактологическая панорама, развернутая проф. Ю. И. Полищуком, была им полностью проигнорирована. — “О чем Вы говорите? Да ничего этого просто нет”. В 1998 году проф. Кондратьев аналогичным образом отрицал массовость использования психиатрии в политических целях — “психического террора у нас не было” (Известия, 24.07.98). А зам. директора Государственного Центра им. Сербского проф. З. И. Кикелидзе еще недавно самым решительным образом отрицал сам факт существования в структуре Центра “Группы проф. Кондратьева по исследованию негативного действия деструктивных сект”. Это отечественная традиция: еще до революции основоположник системы обучения глухих Гаюи в ответ на свое предложение создать на свои средства в России школу для глухих получил официальный ответ — “В России нет глухих”.

Почему проф. Кондратьев не хочет замечать православной психиатрии? Ведь призывы православных фундаменталистов отказываться от лечения у неправославных врачей и от многих психотерапевтических методов вполне могут повредить психическому здоровью. Это вполне понятно: только так можно спокойно держаться двойного стандарта в “пользу” государственной безопасности в трактовке госбезопасности.

Мы видим, что отечественные лидеры “антикультулизма в психиатрии” полностью размежевались в отношении “православной психиатрии”: Ю. И. Полищук остался верным и последовательным сторонником принципов “научного материализма”, а Ф. В. Кондратьев стал православным “патриотом” с двойной бухгалтерией для “своих” и “чужих”.

Итак, мы за активное сотрудничество со всеми религиозными конфессиями в деле помощи нашим больным, но мы решительно против любых форм идеологизации и политизации как психиатрии, так и медицины в целом.

В. Е. Каган (С. Петербург)

IV. ПСИХОТЕРАПИЯ И ОДИТИНГ: СТРУКТУРНО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

IV.1. Границы и критерии психотерапии

В рамках стоящих перед экспертизой задач важно иметь “точку отсчета” — определить границы психотерапии и признаки, совокупность которых позволяет считать тот или иной вид взаимодействия людей профессиональной деятельностью, именуемой психотерапией.

В 70-х годах С. Ледер выделил 4 модели психотерапии: а) лечебный метод, воздействующий на психическое и физическое состояние организма — медицинская модель; б) метод, приводящий в действие процесс научения — психологическая модель; в) метод манипулирования, которому придается значение инструмента, используемого с целью общественного контроля — социологическая модель; комплекс явлений, происходящих в ходе взаимодействия между людьми — философская модель¹. Это вполне отвечало состоянию проблемы и возможностям ее анализа в условиях идеологических ограничений и запретов. Сегодня существует широкий спектр видов деятельности, построенных на психологических механизмах: психотерапия — соответствует медицинской модели; психологическая практика, психологическое консультирование, психологическая коррекция — соответствуют психологической модели; организационные консультирование и терапия, выборные технологии и др. — соответствуют социологической модели; философская модель реализуется в структуре анализа феномена межличностного взаимодействия. Но перечисленным психологическая по своим механизмам деятельность не ограничивается — укажем, например, на такой вид помощи как ко-консультирование² (взаимопомощь в рамках общинной жизни, обеспечиваемая подготовкой непрофессиональных волонтеров), работу обученных волонтеров в службах экстренной психологической помощи, в частности — телефонных службах, и др. Считать их все психотерапией было бы, мягко говоря, наивно. Психологическое воздействие одного человека на другого/других происходит в любом межличностном общении, не обязательно являясь психотерапией.

Границы психотерапии сегодня очертить не просто. На специальной конференции в 1985 г. в США

* Первая часть заключения опубликована в НПЖ, 1999, III, 49 – 57

¹ приводится по: Каган В. Е. Что такое психотерапия. — М., 1999.

² Fundamentals of Co-Counseling: Manual. — Seattle, 1982.

множество ведущих психотерапевтов пыталось дать определение психотерапии³, и, хотя все говорили об одном и том же, определения звучали по-разному и подчеркивали разные ее аспекты. Суммируя так или иначе выделяемые большинством черты, получим: *клинические лечебные действия психологов, клинических социальных работников, семейных терапевтов, психиатров и других; планируемое целенаправленное лечение, осуществляемое обученными профессионалами; отношения пациента с профессионалом с целью уменьшения душевного страдания или разных симптомов, описанных в психиатрических классификациях; приложение научно оцененных процедур; информированное и умышленное приложение клинических методов и межличностных позиций, берущее начало в установленных психологических принципах; информированное и планомерное приложение методов, исходящих из установленных психологических принципов, совершаемое специально подготовленным человеком...*

Более очерченное определение психотерапии дают отечественные исследователи:

“...лечение обязательно должно в необходимой при данном состоянии больного мере учитывать влияние слов врача и окружающих, а также несловесных факторов в их особом смысле, который они приобрели в процессе развития данного индивидуума, и вследствие этого способных в нужном направлении воздействовать на психику больного и через психику... на весь его организм. Использованное сознательно и планомерно врачом в целях излечения больного или улучшения его состояния и самочувствия, такое воздействие и называется психотерапевтическим. Психотерапией, таким образом, является целенаправленное, планомерное, учитывающее не только особенности и состояние организма в целом, но и социальную природу, личность человека врачебное воздействие на психику в целях лечения его психики, его нервной системы, в соответствующих случаях и всего организма в целом”⁴;

“Наиболее принятым в нашей литературе является определение психотерапии как системы лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного. И, следовательно, будучи методом лечения, психотерапия традиционно входит в компетенцию медицины”⁵.

Ключевые слова, таким образом: *болезнь, медицина, лечение, больной, профессионал, план.* Они

³ См.: Эволюция психотерапии. т. 1 – 4. — М., 1998.

⁴ Лебединский М. С. Очерки психотерапии. — М., 1959. С. 3 – 4.

⁵ Карвасарский Б. Д. Психотерапия. — М., 1985. С. 3.

определяют тот специфический контекст, в котором проявляют себя используемые в психотерапии психологические феномены, механизмы, закономерности.

Ниже приводятся необходимые требования к психотерапии, суммированные по работам ведущих отечественных специалистов⁶: 1. наличие целей, задач и методов (последних в настоящее время насчитывают более 450), постановка и выбор которых определяются: а) конкретными клиническими симптомами, б) личностными особенностями больного и его реакциями на болезнь, в) участвующими в развитии и оформлении заболевания психологическими факторами, г) медицинской квалификацией болезни и ее этапом; 2. определяемые требованиями п. 1 диагностические процедуры — собственно медицинские и медико-психологические и их диагностическая интерпретация; 3. принцип индивидуализации лечения — даже при проведении ее в семейном или групповом формате психотерапия всегда направлена на лечение отдельного, именно этого больного со всеми особенностями и механизмами развития и лечения его заболевания; 4. проведение специально обученным психотерапевтом врачом.

Таким образом, определяющие психотерапию параметры связаны как с необходимым условием с использованием психологических (небиологических, нефизических) средств воздействия на болезнь или симптом, но необходимые и достаточные условия создаются лишь при наличии перечисленных требований. Создается внешне парадоксальная, но внутренне совершенно закономерная ситуация, когда одни и те же действия квалифицируются не как психотерапия в одной ситуации и как психотерапия в другой: если “простой человек” делает что-то — это не психотерапия, если специалист — психотерапия. И это, безусловно, так, ибо психотерапия это не только и не столько использование того или иного психологического механизма как такового, сколько использование его как **структурного элемента психотерапевтической системы**, для которой “...главным методом и лечащим средством становится не та или иная психотехника, а особая форма взаимоотношений терапевта и пациента в процессе психотерапевтического контакта...”⁷. Отвечает ли одитинг такой характеристике?

IV.2. ОДИТИНГ

Понятие одитинга (от латинского *audire* — слушать; в английском *audit* — проверять, проводить ревизию, посещать курс в качестве вольнослушателя⁸)

⁶ Буль П. И. Основы психотерапии. — М., 1974; Вольперт И. Е. Психотерапия. — М., 1972; Карвасарский Б. Д. см. выше; Лебединский М. С. см. выше; Свядоц А. М. Неврозы. — М., 1971.

⁷ Соколова Е. Т. К психотерапии личностных расстройств: методологическая и теоретическая парадигма / XII съезд психиатров России. — М., 1995. С. 612.

⁸ Большой англо-русский словарь. Том 1 / Под ред. И. Р. Гальперина. — М., 1979. С. 112.

— одно из ключевых в дианетике. Он определяется, как “действие, которое заключается в том, что человеку задают вопрос (который он может понять и на который он может ответить), получают ответ на этот вопрос и дают ему подтверждение ответа”⁹. Во всех дианетических текстах подчеркивается, что одитинг — не лечение и не психология. Он направлен не на болезнь или те или иные ее симптомы, а на избавление человека “от вредного воздействия инграмм, инграмм болезненных эмоций и локов”¹⁰. Цель одитинга — приближение к состоянию клира, т.е. освобождение от того, что Хаббард называет реактивным умом, в результате чего разум перестает испытывать искажающие влияния прошлого опыта¹¹. Уже только поэтому¹² при самом тщательном анализе одитинг не может быть отнесен к психотерапии — он не отвечает ни каждому из критериев психотерапии в отдельности, ни, тем более, их совокупности.

Подход одитинга подчеркнуто не клиничен, что непосредственно следует из общих положений Дианетики. Это четко регламентированная 10-шаговая процедура, в которой действия одитора подчинены строгим правилам, не зависящим от индивидуальных особенностей клиента (преклира) и не связанным с его проблемами и жалобами, даже если таковые есть¹³ — “Для одитора не имеет большого значения, что именно болит у пациента; единственное, что ему нужно, — это использовать хроническую болезнь для того, чтобы найти цепь инграмм сочувствия”¹⁴, “...можно остановить прогрессирование различных склонностей, неврозов, привычек, пагубных занятий или предотвратить их появление. Это делается путем проведения индивидууму стандартных саентологических процессов, не уделяя особого внимания тому типу неспособностей, с которым мы имеем дело”¹⁵. В одитинге нет обычных для психотерапии этапов, нет формулировки и прояснения жалоб и проблем, нет выбора адекватных им методов, нет обращения к личностным содержаниям и их значениям, нет формулировки диагноза (физического, психиатрического, психологического), нет предписаний или рекомендаций, нет личностных реакций, личностной поддержки или конфронтации и т.д., т.е. нет всего того, что в психотерапии необходимо и занимает очень значительное место.

Одитор по существу и формам своего поведения демонстративно отличается от психотерапевта: клиент продвигается от воспоминания к воспоминанию, а одитор лишь регулирует количество и глубину про-

⁹ Хаббард Л. Р. Дианетический Семинар. С. 80.

¹⁰ Хаббард Л. Р. Дианетический Семинар. С. 79.

¹¹ Хаббард Л. Р. — там же. С. 81.

¹² Хаббард Л. Р. Саентология, Дианетика, Дианетический Семинар, Курс Дианетического Одитора, Руководство по Основам Обучения..

¹³ Хаббард Л. Р. Дианетический Семинар. С. 91 – 94.

¹⁴ Хаббард Л. Р. Дианетика. С. 217.

¹⁵ Хаббард Л. Р. Саентология. С. 118.

хождений каждого из воспоминаний. Чем меньше одитор говорит — тем лучше устанавливается *отмена* после сессии всего сказанного одитором. Это последнее диаметрально противоположно линии психотерапевта, который обычно стремится к тому, чтобы его слова и действия оказывали свое влияние и после сессии (работе пациента между сессиями придается очень большое значение). Согласно же Дианетике слова и поведение одитора способны становиться новыми инграммами клиента, и поэтому их следует минимизировать или избегать (*“Одитор должен сохранять молчание во время терапии, не разговаривать сверх того, что совершенно необходимо для Дианетики во время сессии... Одитор не должен говорить лишнего, никогда нельзя давать пациенту никакой информации о его кейсе, включая оценку событий и поступков, а также прогнозы о дальнейшем времени, нужном для терапии”*¹⁶). Развернутые протокольные записи одитинга, в том числе и проводимого Хаббардом¹⁷, убедительно свидетельствуют о том, что собственно личностного вмешательства одитор не производит. Это следует из основных положений Дианетики, где, в частности, указывается: *“Нас интересует механическое действие ума. (...) ...акцент ставится на приведение ума к оптимальному, действующему состоянию у нормальных или просто невротических людей... Ум — это отлично построенный компьютер... Инграммный банк, а не пациент является целью... Задача и единственная цель терапии — ликвидировать содержимое реактивного инграммного банка”*¹⁸.

Многие оппоненты Дианетики¹⁹ на этом основании упрекают ее в игнорировании человеческой уникальности, принижении, подавлении, роботизации личности, хотя Дианетика достаточно четко оговаривает этот момент: *“Каждый человек очень отличается от любого другого. Отличается их жизненный опыт, и их динамики имеют различную силу. Единственная постоянная величина — механизм реактивного инграммного банка, только это остается без изменений. Содержимое банка колеблется от человека к человеку как по количеству содержания инграмм, так и по интенсивности этого содержания, но механизм действий банка (а потому и основные законы Дианетики) во все века остается постоянным для всех людей...”*²⁰ [выделено мной — В.К.], *“В Саентологии конечным результатом обучения и выполнения упражнений является восстановление осознания самого себя как духовного и бессмертного существа”*²¹.

Упреки в дегуманизации не кажутся корректными. Во-первых, потому что многие методы, считающиеся сегодня лечебными (вспомним, что первая реакция ученого мира на психоанализ З. Фрейда выразилась в словах: это предмет для уголовной полиции, а не науки) при желании можно упрекнуть в том же: психоанализ — в игнорировании сознания, поведенческую терапию — в сведении личности к рефлексам, когнитивную психотерапию — в сведении ее к иррациональным стереотипам, не говоря уже о нейролингвистическом программировании или терапии движением глаз по Ф. Шапиро²² (в дискуссиях между представителями разных психотерапевтических школ такие и подобные упреки — скорее правило, чем исключение). Во-вторых, потому что одитинг — процедура освобождения от того мешающего и искажающего в работе разума, что открывает пути совершенствования и личностного роста (*“Артистизм, сила личности, индивидуальность присущи исходной личности человека, а не реактивному уму”*²³; чтобы помочь личности — не обязательно обращаться к личностным содержаниям. В-третьих, наконец, потому что одитинг в собственном понимании Саентологии — разновидность религиозно-философской практики, а не психотерапия; без учета этого те же упреки можно предъявить йоге в Индии или шиатцу в Китае, многим православным практикам.

Игнорирование религиозного характера Саентологии и отличий одитинга от психотерапии по описанным выше критериям приводит к тому, что одитинг рассматривается через призму известных психотерапевтических методик²⁴. В нем усматривают элементы релаксационного тренинга, метода систематической десенсибилизации, эриксоновского гипноза, разрыва стереотипов, введения в транс и др. А смешение понятий, связанных с психологией, приводит к утверждениям о том, что дианетические технологии *“...являются по своей сути социально-психологическими и психотерапевтическими услугами”*²⁵. Мне уже приходилось (вне рамок настоящей экспертизы) отмечать, что методы и техники психотерапии “кристаллизуются” из жизни, процесс психотерапии может моделироваться, и сплошь и рядом моделируется, в широком круге нетерапевтических ситуаций, даже принося участникам облегчение, но от этого не становясь психотерапией²⁶. Поведение священника, исповедующего прихожанина своей церкви, или молитва оказывают мощный целительный эффект, но не явля-

²² см.: Психотерапевтическая энциклопедия, СПб, 1999; Шапиро Ф. Терапия эмоциональных травм движением глаз. — М., 1998.

²³ Хаббард Л. Р. Дианетический Семинар. С. 83.

²⁴ Скородумов А. А. Социально-психологический анализ некоторых аспектов деятельности саентологов в Санкт-Петербурге. В кн.: Анти-Саентология. — СПб, 1999. С. 120 – 150.

²⁵ Там же. С. 125.

²⁶ Психотерапевтические тетради. Вып. 1. — СПб, 1993.

¹⁶ Хаббард Л. Р. Дианетика. С. 209.

¹⁷ см. Дианетика. С. 219 – 220, 254 – 256, 260 – 262; Дианетический Семинар. С. 97 – 109; Курс Дианетического Одитора. С. 263 – 339.

¹⁸ Хаббард Л. Р. Дианетика. С. 204, 206, 221, 229.

¹⁹ см. Анти-Саентология.

²⁰ Хаббард Л. Р. Дианетика. С. 204 – 205.

²¹ Хаббард Л. Р. Саентология. С. 11.

ются психотерапией, как не являются ею релаксирующее баюкание матерью ребенка или дружеский разговор в трудную минуту. Психотерапия, я уже отмечал, процесс умышленный и осознаваемый. Она не просто спонтанное поведение и не отлаженное функционирование методов и техник, но промысел (от промысливать), намечающий конкретную цель, пути и этапы ее достижения, планируемые результаты. В ней каждый следующий шаг определяется результатами предыдущего: стратегические и тактические цели достигаются на путях гибкого ситуативного реагирования и творчества, язык которого задан психотерапевтическим направлением и школой. Метод же работы одитора с кейсом — стандартное использование выработанных процедур (это не отменяет развития технологий: *“Метод атаки на проблему может быть всегда усовершенствован за счет: дальнейшего изучения характера факторов проблемы; новых искусств и технологий, которые можно применить в проблеме; усовершенствования нашего умения применять существующие технологии и искусства. Не нужно считать существующую технологию и искусство оптимальными просто потому, что они справляются с задачей. Время и простота в работе могут быть улучшены новыми методами или при помощи совершенствования мастерства в применении старой технологии. (...) Нужно, чтобы ни один одитор не почивал на лаврах с данной процедурой и никогда не оставлял попыток ее улучшить”*²⁷).

IV.3. Одитинг и осложнения

Отождествление одитинга и психотерапии приводит к искажению представлений об одитинге и его опасности. Так, А. А. Скородумов²⁸ видит в одитинге *“причудливую комбинацию элементов релаксационного тренинга и систематической десенсибилизации”*. При этом одитингу приписываются черты систематической десенсибилизации, не содержащиеся в использованных при экспертизе руководствах по Дианетике, а именно *“строгая иерархическая последовательность воспроизведения ситуаций, вызывающих состояние тревожности”* — от более легких к более тяжелым. Однако, 1) одитинг следует в принципиально ином направлении — не от легкого к тяжелому, но от поиска, нахождения и ликвидации самой ранней инграммы — к стиранию остальных²⁹, 2) преклира не просят найти самое легкое воспоминание, чтобы потом подниматься по ступеням тяжести, но работают согласно принципу от простого (не сложнее, чем клиент может выполнить) к сложному — обращение к инциденту всегда регулируется инструкцией: *“Найдите инцидент, который, как вы чувствуете, вы можете рассматривать без неудобств”*³⁰,

²⁷ Хаббард Л. Р. Дианетика. С. 295.

²⁸ см. выше.

²⁹ Хаббард Л. Р. Дианетика. С. 294.

³⁰ Хаббард Л. Р. Курс Дианетического Одитора. С. 56 – 57.

это касается всех инцидентов, с которыми проводится работа, 3) в развернутом примере одитинга³¹ работа с преклиром начинается со смерти ее матери за 4 месяца до одитинга — едва ли можно считать это легкой ситуацией, 4) систематическая десенсибилизация всегда сфокусирована на определенном симптоме, чего нет в одитинге, и проводится совершенно иными средствами, чем одитинг, что и определяет ее как методику поведенческой терапии, в отличие от одитинга или, например, обычной подготовки человека к получению тяжелой вести путем постепенного утяжеления сообщений.

Там же А. А. Скородумов, трактуя одитинг как релаксационный тренинг, приводит цитату из *“Психотерапевтической энциклопедии”*³² об осложнениях при *“поведенческой релаксации”*. В таблице слева приводится текст оригинала, справа — приводимый А. А. Скородумовым текст цитаты.

Комментарии к столь, мягко говоря, недобросовестному *“цитированию”* излишни — автор, *“перекладывая”* текст оригинала так, как это ему удобнее, не только нарушает этику научной работы и закон об авторских правах, но и грубо дезориентирует читателя, ибо, искажая текст, еще и умалчивает о том, что говорится в начале *“цитируемой”* им статьи о поведенческой релаксации: *“Чаще всего используются такие методы аутогенной (самостоятельно вызываемой) релаксации, как нервно-мышечная релаксация, аутогенная тренировка, медитация, контроль дыхания и различные формы биологической обратной связи. Поведенческие аутогенные методы релаксации широко практиковались в восточных культурах. На Западе эти методики стали изучаться и использоваться сравнительно недавно”*³³.

В своем комментарии к измененному п. 2 автор отмечает, что запрет на прием лекарств накануне дианетических занятий обусловлен именно этим, но Хаббард мотивирует это иначе: *“...цель Саентологии — достижение преклиром более высокого селф-детерминизма. Это немедленно исключает гипноз, наркотики, алкоголь и прочие механизмы контроля... в этих вещах не только нет необходимости, но... они прямо противоречат целям, заключающимся в повышении способностей преклира”*³⁴, *“Однако существуют некоторые препараты, которые помогают реверри. Самый распространенный из них и наиболее доступный — это крепкий кофе. (...) Аптечные стимулирующие лекарства использовались с некоторым успехом... Они достаточно пробуждают ум, чтобы он мог преодолеть инграммные команды. Эти возбудители обладают и отрицательным качеством: они*

³¹ Хаббард Л. Р. Курс Дианетического Одитора. С. 265 – 339.

³² Психотерапевтическая энциклопедия. — СПб., 1998. С. 537 – 538.

³³ Психотерапевтическая энциклопедия. — СПб., 1998. С. 536.

³⁴ Хаббард Л. Р. Саентология. С. 133.

Текст оригинала	Цитата
<p>“1. Утрата контакта с реальностью. Этот тип нарушения характеризуется развитием острых галлюцинаторных состояний (как слуховых, так и зрительных) и бреда (обычно параноидного типа). Могут возникать также деперсонализация и необычные соматические ощущения. Поэтому больным с аффективными психозами или психозами с нарушениями мышления не рекомендуется использовать методики, вызывающие глубокую релаксацию. Необходимо также уделять особое внимание пациентам, склонным к чрезмерному фантазированию, так как глубокая релаксация может обострить их состояние.</p>	<p>“1. Утрата контакта с реальностью, что влечет за собой развитие острых слуховых и зрительных галлюцинаций, бреда параноидного типа, необычные соматические ощущения и деперсонализацию. Именно поэтому больным с аффективными психозами или психозами с нарушениями мышления не рекомендуется погружение в состояние глубокой релаксации, как не рекомендуется это делать и людям, склонным к чрезмерному фантазированию.</p>
<p>2. Реакции на лекарственные препараты. Индуцирование у пациента трофотропного состояния может усилить действие любого лекарственного препарата или другого химического вещества. Особое внимание надо обращать на больных, принимающих инсулин, седативно-снотворные или сердечно-сосудистые препараты. В таких случаях систематическое применение релаксации может в конечном счете привести к устойчивому снижению доз принимаемых препаратов (Чем, кстати, достаточно часто и успешно пользуются в клинике — В.К.)</p>	<p>2. Усиление действия любого лекарственного препарата вследствие индуцированного трофотропного состояния</p>
<p>3. Панические состояния. Панические состояния характеризуются высоким уровнем тревоги, связанной с ослаблением поведенческого контроля при релаксации, проявляются в частичной утрате чувства безопасности, а в некоторых случаях и в появлении сексуально окрашенных эмоций. При работе с такими пациентами желательно использовать конкретный релаксационный метод (например, нервно-мышечную релаксацию или биообратную связь), а не более абстрактный подход (такой как медитация).</p>	<p>3. Возникновение панических состояний, что объясняется ослаблением поведенческого контроля и утратой чувства безопасности.</p>
<p>4. Преждевременное высвобождение вытесненных представлений. Нередко в состоянии выраженной релаксации в сознание пациента проникают глубоко вытесненные мысли и эмоции. Хотя в некоторых психотерапевтических школах такие реакции могут рассматриваться как желательные, они могут быть восприняты пациентом как носящие деструктивный характер, будучи неожиданными или слишком интенсивными для того, чтобы конструктивно работать с ними на данном этапе терапевтического процесса. Прежде чем применять релаксационные методики, психотерапевт может проинформировать пациента о возможности появления таких представлений. Он также должен быть готов оказать помощь пациенту, если такие явления возникнут.</p>	<p>4. Проникновение в сознание глубоко вытесненных мыслей и эмоций, которые могут быть восприняты как носящие деструктивный характер. Вследствие неожиданности их появления или интенсивности даже не каждый терапевт может быть готовым к тому, чтобы конструктивно работать с ними на данном этапе.</p>
<p>5. Чрезмерное трофотропное состояние. В некоторых случаях применение релаксационных методов в терапевтических целях может вызывать чрезмерное снижение уровня психофизиологического функционирования пациента. В результате этого могут наблюдаться следующие феномены: 1) Состояние временной гипотензии. Прежде чем применять релаксационные методики, психотерапевту следует знать, каково артериальное давление пациента в состоянии покоя; если оно ниже 90/50 мм рт. ст., должны быть приняты меры предосторожности. Головокружение и обморок можно предотвратить, если предложить пациенту открыть глаза, потянуться и оглядеть комнату при первых признаках головокружения. Необходимо также попросить его подождать 1 – 3 минуты, прежде чем вставать после сеанса релаксации. 2) Состояние временной гипогликемии. Глубокая релаксация оказывает на некоторых людей инсулиноподобное действие и может вызывать у них гипогликемическое состояние, если пациент предрасположен к реакции такого рода или если он не поел в этот день как следует. Это означает, что он должен быть осведомлен о мерах предосторожности и возможных нежелательных побочных эффектах”</p>	<p>5. Чрезмерное снижение уровня психофизиологического функционирования может привести к гипотензии (гипотонии) и гипогликемии”</p>

уменьшают количество Q [Q , по Хаббарду, невыясненная пока форма энергии] в организме”³⁵. Замечу, что приведенные слова Хаббарда вполне согласуются с оригиналом статьи “Релаксация” в “Психотерапевтической энциклопедии”.

Перечисленные осложнения связаны с глубокими степенями релаксации, редки и преходящи, так что они крайне редко описываются даже в руководствах (в “Психотерапевтической энциклопедии” они приводятся по единственной работе 1985 г.). Аутогенная тренировка, связанная с достаточно глубокой релаксацией³⁶, рассматривается как действенное психогигиеническое и психопрофилактическое средство: “В

настоящее время аутогенные тренировки прочно вошли в систему подготовки спортсменов, все шире применяются в производственных коллективах и на транспорте в виде психогигиенических эмоционально-разгрузочных процедур”³⁷ и используются для самостоятельных упражнений³⁸; в “Психотерапевтической энциклопедии” они характеризуются как позитивно влияющие на состояния стресса. Более того, метод углубленной саморелаксации А. Бираха³⁹, связанный, как минимум, с достижением летаргического состояния (сонливость, расслабленность, равнодушие) прямо предназначен для самостоятельного ис-

³⁵ Хаббард Л. Р. Дианетика. С. 437.

³⁶ Линдеман Х. Аутогенная тренировка. — М., 1980; Шульц И. Г. Аутогенная тренировка. — М., 1985; Лобзин В. С., Решетников М. М. Аутогенная тренировка. — Л., 1986.

³⁷ Гримак Л. П. Резервы человеческой психики. — М., 1989. С. 234.

³⁸ Беляев Г. С., Лобзин В. С., Копылова И. А. Психогигиеническая саморегуляция. — Л., 1977; Гримак Л. П. — см. выше.

³⁹ Бирах А. Победа над бессонницей. — М., 1979.

пользования; обсуждая его, Л. П. Гримак, подчеркивает: *“Только в исключительно редких случаях человек, который ввел себя в состояние глубокой физической и психической расслабленности, остается в этом состоянии дольше, чем ему хотелось бы. Как правило, такие случаи указывают лишь на то, что он еще недостаточно подготовил себя к данному виду самовоздействия. Чувство расслабления бывает настолько приятным, что не всегда в одинаковой степени хочется возвращаться к действительности. В этом случае чаще всего развивается нормальный сон, который заканчивается через определенное время естественным пробуждением”*⁴⁰.

В искаженных пп. 1, 3 и 4 А. А. Скородумов проводит мысль о якобы доступной не каждому терапевту конструктивной работе с состояниями *“проникновения в сознание глубоко вытесненных мыслей и эмоций”*. В этой связи сошлюсь на основанную на клиническом опыте работу В. П. Колосова⁴¹, который отмечает, что при утрате раппорта, отмеченной им у 12 из 50 пациентов с соматическими расстройствами, в ходе гипноза *“Фабула переживаний всегда соотносится с аффектом; в “рубедо” (К. Юнг), где доминируют феерические картины полета, космоса, храмов, богов, ангелов, солнца, золота, пациенты испытывают чувство свободы, любви, необычного подъема. Картины “альбедо” или “нигредо” интегративно отражают относительно безразличную или негативную фабулу специфического гипнотического опыта”*. Он подчеркивает: *“Форма самовыражения в виде гипнотического спонтанного опыта не носит патологического характера и наиболее близка к сновидениям в просоночных состояниях или напоминает глубокую аффективную захваченность, которая бывает, например, при просмотре интересного кинофильма у детей”*. Напомню, что речь идет о гипнозе, т.е. о состоянии особенно глубокой релаксации.

По сравнению с перечисленными видами релаксации ее элемент в одитинге минимален и направлен лишь на фиксацию внимания на самой процедуре одитинга — все, что должен сделать преклир, это закрыть глаза. Собственно поведенческой релаксации, о которой говорит А. А. Скородумов, нет: *“Бессознательность, ‘одурманенность’ или возбуждение преклира не являются признаком хорошего состояния. Это потеря обладания. Никогда нельзя доводить преклира во время процессинга до бессознательности или ‘одурманенности’. Нужно всегда поддерживать его бодрость”*⁴². Перед началом процедуры одитинга человек информируется о том, что будет полностью осознавать все происходящее и сможет прекратить процесс, когда сам этого захочет. Судя по уже упоминавшимся протоколам сессий одитинга, сколько-нибудь глубокой релаксации в нем не происходит,

⁴⁰ Гримак Л. П. С. 260.

⁴¹ Колосов В. П. Новая сторона старой проблемы гипнотерапии. / XII съезд психиатров России. — М., 1995. С. 592 – 593.

⁴² Хаббард Л. Р. Саентология. С. 146.

а стало быть вероятность упоминавшихся осложнений ничтожно мала. С этими преходящими побочными эффектами, как замечают Хаббард, Эверли и Розенфельд (по их работе описывает осложнения “Психотерапевтическая Энциклопедия”), знакомыми целителям-непрофессионалам и “простым людям” по их обыденной жизни, нетрудно справиться, и нет никаких оснований думать, что аналогичные состояния, если бы они и возникали в одитинге, представляют собой ту опасность, о которой говорит А. А. Скородумов. Надо заметить, что никаких доказательств своих утверждений, с которыми можно считаться как с научными, он не приводит.

Наконец, в числе опасностей одитинга указывают на то, что *“посредством одитингов саентологи получают информацию, которая создает эмоциональную уязвимость их адептов, а также позволяет программировать сознание в соответствии с целями организации, не встречая сопротивления со стороны самих адептов”*⁴³. Учитывая стилевые особенности текстов Хаббарда, к этому часто добавляют, что в них используются методы эриксоновского гипноза. Однако, такие утверждения не доказываются фактическими данными и не отвечают на ряд вопросов: 1) чем получаемая в одитинге информация отличается от получаемой по любым другим каналам?, 2) какая именно информация создает эмоциональную уязвимость и что этот термин имеет в виду?, 3) как она позволяет программировать сознание и что именно имеется в виду под программированием сознания?, 4) какие цели организации имеются в виду, чем они отличаются от заявляемых в текстах Церкви Саентологии целей и каковы доказательства существования целей, обуславливающих “программирование сознания”, 5) какие именно техники эриксоновского гипноза использованы в текстах Хаббарда? Ответ на эти вопросы необходим, ибо одна из утверждаемых целей Дианетики, как отмечалось выше, повышение селф-детерминизма, а проведение одитинга завершается отменой любых внушений, который мог сделать одитор в процесс работы — то есть, так наз. “программирование” противоречит целям Саентологии, принимаются меры для снятия даже ненамеренных и случайных эффектов внушения.

Кроме того, это последнее опасение грубо противоречит предшествующим утверждениям А. А. Скородумова об одитинге как поведенческой релаксации. Сошлюсь еще раз на статью в “Психотерапевтической энциклопедии”: *“Часто отмечают сдвиги в структуре личности пациентов, использующих релаксационные методы в течение продолжительного времени. Согласно научным данным, эти сдвиги способствуют укреплению психического здоровья. Самым заметным является повышение степени интернальности (принятия ответственности на себя — В.К.) в поведении, развитие более адекватной само-*

⁴³ Скородумов А. А. Анти-саентология. С. 150.

⁴⁴ Психотерапевтическая энциклопедия. — СПб., 1998. С. 536.

оценки. Хотя результаты этих исследований имеют предварительный характер, они представляют интерес для психотерапии, а также для охраны психического здоровья⁴⁴.

Без серьезной научной проверки любые утверждения об опасностях такого типа представляют собой частные мнения и не могут считаться обоснованными. Способностью такой проверки современная психодиагностика располагает и, судя по тому, что даже активные оппоненты Саентологии имеют возможность установления рабочих контактов с центрами Дианетики⁴⁵, перспективы обследования представляются вполне реальными.

IV.4. Одитинг и “новые” психотерапии

За последние несколько десятилетий круг психологических практик значительно расширился не только в смысле количества используемых, но и в смысле необычайного расширения методического поля с выходом в зоны, ранее в системы психотерапевтического лечения не входившие. Таковы, например, группы встреч (encounter groups)⁴⁶ и практика психологического консультирования⁴⁷, быстро нашедшие свое место в системах психологической помощи. Сюда же можно отнести арттерапию, поэтическую терапию, сказкотерапию, музыкотерапию и др. Объединяет эти новые терапии то, что они имеют достаточно очерченные клинические и клинико-психологические цели и задачи.

Вместе с тем, складывался ряд новых систем, в основу которых наряду с собственно психологической базой ложились представления о Боге, Духе, других высших инстанциях. Часть из них представляла собой ветви уже признанных систем (как, например, Школа психосоциопатологии — Аналитическая трилогия, базирующаяся на психоанализе⁴⁸). Другие — например, Онтопсихология, Психосинтез, Духовная психология⁴⁹ — были самостоятельными школами, пытающимися учесть в психологической и психотерапевтической работе высшие измерения человеческого бытия. Третьи обращались в попытках понять человека и помочь ему к трансперсональному опыту⁵⁰, тесно соприкасающемуся с опытом мистическим. Четвертые представляли собой попытки адаптации к современным условиям и проблемам тради-

ционных и религиозных подходов, в частности — восточных, коренных народов Африки и Северной Америки⁵¹; предпринимались усилия по выявлению и анализу психотерапевтических аспектов народных верований и обрядов⁵². Этот список можно было бы продолжить. Все большую популярность приобретают подход к человеку как космопланетарному феномену⁵³ и представление о том, что и наука и религия претерпевают принципиально однотипные изменения⁵⁴; возможно, именно с этими (или такого рода) изменениями и связаны представления о мышлении и человеческой практике в третьем тысячелетии.

Важнее, однако, подчеркнуть, что психологические и духовные (религиозные) области и практики стали образовывать новые зоны “на стыках” того и другого. Это настолько мощный процесс, что он находит отзвук в определениях психотерапии. Например, Г. Мосак на уже упоминавшейся конференции “Эволюция психотерапии” дал такое определение психотерапии: “...это ‘религиозно’ обращенный процесс, который приглашает людей освободиться от старых верований, восприятий и жизненных практик или изменить их в надежде достичь ‘спасения’; он проводится ‘попами’ или ‘священниками’ (по-разному определяемыми университетами, профессиональными организациями и законом) и непрофессиональными служащими (парапрофессионалы и самозванные ‘мастера’), искушенными в религиозных принципах и ритуалах и обученными совершать обращение других”.

Наложение кальки так безгранично расширенной психотерапии на дианетические технологии может привести к мнению о ней, как о психотерапии. Здесь, однако, следует учесть тот факт, что во всех западных и европейских обществах подавляющее большинство такого рода “новых” практик не включается в понятие психотерапии — они не представлены в профессиональных ассоциациях, деятельность их представителей регулируется в лучшем случае их собственными ассоциациями и обществами, не будучи включенной в систему официальных регламентаций и страховые системы, практикуют их отнюдь не врачи-психотерапевты — в лучшем случае психологи, а то и различные парапрофессионалы. Считают такие практики себя религиозными, психологическими или психотерапевтическими — решающим образом зависит от того, как они сами рассматривают и идентифицируют себя. Но вне зависимости от того, как они себя идентифицируют, они остаются маргинальными по отношению к науке, психотерапии, психологии и систе-

⁴⁵ см.: Анти-саентология.

⁴⁶ Роджерс К. Взгляд на психотерапию: становление человека. — М., 1994.

⁴⁷ Мэй Р. Искусство психологического консультирования. — М., 1994; Кочюнас Р. Психологическое консультирование. — М., 1998; Меновщиков В. Ю. Введение в психологическое консультирование. — М., 1999.

⁴⁸ Кенне Н. Освобождение. — М., 1994.

⁴⁹ см.: Психотерапевтическая энциклопедия.

⁵⁰ Гроф С. Духовный кризис. — М., 1995; и др.

⁵¹ см.: Wilber K. No Boundary: Eastern and Western Approaches to Personal Growth. — Boston — London, 1979; Yonck Д. — Психотерапия: Восток и Запад. — Львов, 1997.

⁵² см., например: Торен З. Русская народная медицина и психотерапия. — М., 1996.

⁵³ Казначеев В., Спиринов А. Космопланетарный феномен человека. — Новосибирск, 1991.

⁵⁴ Capra F. The Tao of Physics. Berkeley, 1975; Capra F. — The Turning Point. — New York, 1982; Capra F., Steindl-Rest D. см. выше.

мам здравоохранения, не вступая с ними в официальное сотрудничество, не встречая с их стороны предложений о таком сотрудничестве и подвергаясь скептическому, если не агрессивному, отношению.

К этому надо добавить, что в отличие от них Саентология концентрируется не на обмирщении религии с попытками использовать религиозные постулаты, догматы и практики как психотерапевтические факторы, а на том 'технологическом' аспекте понимания человеческого разума и его очищения, который рассматривается как условие духовного освобождения и восхождения. С учетом этих различий Саентологический процессинг (одитинг) не может рассматриваться как психотерапия даже по отношению к множеству "новых" психотерапий.

IV.5. Тест ОСА и одитинг

В адрес этого теста оппонентами Саентологии высказывается много претензий: *"Тест БРК (см. ст. Тест ОСА) — хаббардистско-саентологический личностный тест, мало о чем говорящий; собственно говоря, этот тест — лишь орудие саентологической вербовки: он убеждает потенциальных клиентов в необходимости заплатить за курс обучения или за систему упражнений. Тест ОСА (англ. сокр. От Oxford Capacity Analysis — 'Оксфордский анализ способностей') — то же, что тест БРК. U-test — хаббардистско-саентологическая методика тестирования, почти идентичная тесту БРК и будто бы призванная экономить время и деньги и избегать дорогостоящих ошибок; характеризуется как "одна из точнейших и надежнейших тестовых систем на международном рынке и к тому же самая быстрая". Однако, эксперты считают эту методику, применяемую в Саентологии и Дианетике, малоприменяемой. Продается также под названием тест ОСА или под сходными наименованиями"*⁵⁵.

Известно распространяемое в сетях Интернета письмо Т. Бетца в ответ на статью д-ра Э. Терино в "Нью Йорк Таймс" от 02.02.1997 г. о профилактической медицине. Автор письма утверждает, что тест ОСА "написан" саентологом, бывшим торговым моряком Р. Кэмпом и является плагиатом теста Дж. Сэливен American Capacity Analysis, который, в свою очередь, происходит от опубликованного в 40-х годах теста

⁵⁵ Анти-саентология. С. 209,216.

⁵⁶ (1) Jon Atack's essays "Possible origins for Dianetics and Scientology", available at: <http://www.xs4all.nl/~kspaink/cos/comments/jaorigin.html>, and "The Total Freedom Trap", available at <http://www.mpikg-teltow.mpg.de/people/katinka/fishy/TFTrap.html>; (2) Sir John G. Foster, K. B. E., Q. C., M. P., "Report of the Enquiry into the Practice and Effects of Scientology", Published by Her Majesty's Stationery Office, London, December 1971, available at <http://www.demon.co.uk/castle/audit/foster.html>; (3) Chris Owen, "L. Ron Hubbard's Guide to Ambulance Chasing, part 2", available at <http://www.xs4all.nl/~kspaink/cos/comments/chroamb2.html>.

Johnson Temperament Analysis. Т. Бетц ссылается при этом не на научную литературу, а на материалы Интернет⁵⁶. В этих материалах содержатся упреки в несоблюдении правил создания тестов, определения надежности и валидности, подвергаются критике содержание отдельных вопросов и наименования шкал, содержатся ссылки на то, что тест ОСА не входит в официальные психодиагностические справочники и утверждения, что он не имеет никакой научной ценности и не используется психологами, проводится мысль о том, что тест ОСА — замаскированное средство обмана для "выкачивания денег" из доверчивых простаков⁵⁷. Позволю себе заметить в этой связи, что многие из этих упреков, в частности — отсутствие данных о валидности, надежности и др., могут быть адресованы и многим психодиагностическим методикам, предлагаемым вне какой бы то ни было связи с Саентологией⁵⁸.

В научной литературе по психодиагностике мне не удалось обнаружить ни обоснований теста ОСА, ни его критики. Среди вопросов, возникающих в связи с этим, выделю один, на мой взгляд — главный: почему отсутствует критика, обоснованная серьезной научной проверкой теста ОСА, которая не представляет особого труда при параллельном его использовании с тестами, зарекомендовавшими себя в качестве научных, валидных и надежных, у одних и тех же групп испытуемых? Ответ на этот вопрос, на мой взгляд, связан с той же причиной, по которой нет научных обоснований теста ОСА: такая проверка, которая могла бы окончательно расставить точки над *i*, просто не проводилась. В этом есть своя логика, ибо требовать научной обоснованности теста ОСА — значит признавать Саентологию наукой в ряду прочих наук: ни Саентология, ни ее оппоненты этого не признают, а стало быть, и не заинтересованы в такой проверке, особенно, если она мотивируется презумпцией виновности Саентологии.

Специальная задача проверки теста ОСА в рамках настоящей экспертизы передо мной не ставилась — ее решение представляет собой самостоятельное научное исследование. Я ограничусь лишь некоторыми общими данными, полученными при анализе случайно выбранных протоколов заполнения теста ОСА на разных этапах одитинга (89 человек, 264 протокола; в среднем по 3 обследования на одного человека).

Из этих данных следует, что при повторном использовании в ходе одитинга тест дает изменяющиеся и внутренне логичные результаты. Такое "поведение" теста согласуется с целями его применения и показывает, что он по своей организации отличается от тес-

⁵⁷ Считаю необходимым обратить внимание на сходство языка, аргументации и подходов российских оппонентов Саентологии именно с этими материалами — В.К.

⁵⁸ см., например: *Бойко В. В.* Энергия эмоций в общении. — М., 1996; *Практическая психодиагностика.* — Самара, 1998.

тов характера личности, фиксирующих стабильные или относительно стабильные личностные черты и свойства. Корреляции “тест-ретест” для ОСА должны быть низкими или отсутствовать — в противном случае его нельзя было бы применять для повторного тестирования в динамике.

Реакции на начальные этапы проведения одитинга, судя по данным ОСА, достаточно индивидуальны: это может быть снижение настроения и его повышение; снижение ответственности и повышение ее; снижение стабильности и повышение ее; повышение активности и некоторое ее снижение; по шкале “настойчивость” результаты либо не изменяются, либо улучшаются; то же касается шкалы самообладания и т.д. Анализ показателей по шкале общительности не обнаруживает той картины, о которой пишет А. Дворкин: “*Результат этого теста, независимо от того, как вы ответите, один: вам скажут, что у вас страдает сфера общения*”⁵⁹. В целом, анализ полученных протоколов и приведенных на диаграммах примеров указывает на то, что тест ОСА дает вполне правдоподобные и понятные, доступные интерпретации результаты. Так, снижение ответственности регистрируется у части заполнивших тестовые бланки на начальных этапах одитинга, когда перенос ответственности на одитора вполне психологически понятен (комплекс начинающего, отмечающийся отнюдь не только в дианетических технологиях), но при продолжении одитинга уровень ответственности повышается. То же касается и других характеристик личности по ОСА при продолжении одитинга.

Хотя, как уже отмечалось, мне не удалось найти каких-либо данных о принципах конструирования и апробации теста ОСА, имеющиеся сведения о нем позволяют высказать ряд соображений: 1. при 200 вопросах, образующих 11 шкал, создаются условия для высокого уровня статистической достоверности теста (число вопросов в каждой шкале должно быть не менее числа шкал — в ОСА приходится около 18-ти вопросов на каждую шкалу); 2. использование банка вопросов из других тестов — достаточно обычная процедура при конструировании тестов (так, вопросы ММРП — Миннесотского Многофакторного Личностного Опросника — используются во множестве более портативных и узконаправленных опросников); 3. правомерно допустить, что используемый в Саентологии тестовый аппарат должен отвечать критериям и требованиям Саентологии, а не психологии, свою идентичность с которой Саентология отвергает.

Как указывалось выше, сопоставление теста ОСА с принятыми в научной психологии тестами могло бы в известной мере прояснить существующие разногласия; но и при этом однозначный ответ едва ли возможен — например, известно, что результаты принятых в психологии опросников тревожности не коррелиру-

ют или слабо коррелируют между собой. Обстоятельства такого рода при корректном подходе к психодиагностике приводит к обязательному указанию на то, при помощи какого именно теста получен результат.

Вместе с тем, следует отметить, что структура способностей по тесту ОСА в динамике одитинга имеет достаточно убедительные тенденции оптимизации.

IV.6. Одитинг и другие тесты

В разделе IV.3 было показано, что подозрения о вредных последствиях одитинга не были подтверждены сколько-нибудь убедительными доказательствами или, по крайней мере, попытками их получения. Выше также указывалось на возможность проверки результативности одитинга научными методами. Ссылки на такую проверку содержатся в одной из ранних книг Хаббарда⁶⁰. В этой книге приводятся данные исследований интеллекта и личности по принятым в психологии методикам.

Результаты изменений Коэффициента Интеллекта у 88 человек по сравнению с исходными после проведения 60 часов одитинга показывают, что у значительной части уровень интеллектуального функционирования повысился.

Данные Калифорнийского Теста Личности по категориям социальной и индивидуальной адаптации у 76 испытуемых (количество, обеспечивающее статистическую достоверность в исследованиях такого рода) до одитинга и после 60 часов одитинга обнаруживают убедительное повышение (больше, чем на 10 баллов) показателей по всем шкалам социальной адаптации и большинству шкал индивидуальной адаптации.

Данные тестирования по одному из самых авторитетных клинических тестов — Миннесотскому Многопрофильному Личностному Опроснику у 21 мужчины и 7 женщин до и после 60 часов одитинга указывают на смещение показателей после одитинга из зон умеренной и выраженной дизадаптации в зону нормы по большинству шкал.

Приведенные данные не содержат оснований для утверждений, что одитинг повышает уязвимость личности и делает ее легко управляемой извне, и показывают, что серьезная проверка научными методами в состоянии внести в понимание проблемы ту степень ясности, которая сделала бы возможной определенную и объективную оценку вместо гипотетических допущений.

IV.7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сравнительный анализ структурных и технологических характеристик психотерапии и одитинга не

⁵⁹ Дворкин А. Введение в сектоведение. — Нижний Новгород, 1998. С. 125.

⁶⁰ Hubbard L. R. Science of Survival: Prediction of Human Behavior. 11th Edition. — The Publication Organization World Wide, 1968.

дает оснований для его отнесения к медицинской психотерапии.

Сопоставление дианетических технологий с так наз. “новыми” психотерапиями, обращающимися к духовности и вере, показывает, что при существовании между ними некоторого формального сходства, дианетические технологии имеют принципиально отличные от них обоснования, цели и методы, исходя из чего они не могут признаны медицинской или медицинской психотерапией.

Опасения, связанные с медицинскими осложнениями одитинга и потому требующие для его проведения врачебной квалификации, не имеют под собой сколько-нибудь серьезных и достоверно доказанных оснований.

V. ОДИТИНГ И АКТЫ МЗ РФ, РЕГУЛИРУЮЩИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

V.1. Преамбула

Поле мировоззренческих (доктринальных, профессиональных, теоретических) взглядов и разногласий, как было показано, достаточно широко и не лишено противоречий, позволяющих и сторонникам и оппонентам трактовки одитинга как требующей лицензирования психотерапевтической деятельности придерживаться своей точки зрения. В области теории психотерапии это закономерно и полезно, так как способствует реализации ресурсов и творческого потенциала психотерапии, создает условия для ее развития и совершенствования. В области психологической практики это позволяет разрабатывать и развивать новые методы, приводящие, по мнению Ф. Е. Василюка⁶¹, к формированию новой — психотехнической — теории психологической работы.

Вызывающие дискуссии соотнесения Саентологии и Дианетики с наукой и религией, происходящие в психологической практике и психотерапии изменения приводят к ряду неясностей, связанных с легальностью использования одитинга. Одни считают их религией, другие — наукой, третьи отказывают и в том, и в другом, четвертые (как, например, В. А. Богданов⁶²) считают Саентологию религией, а Дианетику наукой. Исходя из последнего, В. А. Богданов оценивает вклад Хаббарда, как “вполне сравнимый с вкладом Дж. Б. Уотсона, Берхауса Ф. Скиннера или Карла Роджерса, работавших в области поведенческой технологии обучения и консультационной психотерапии”⁶³. Исходя из анализа текстов Хаббарда и его последователей, можно вполне определенно заклю-

чить, что сами они такой точки зрения не придерживаются. Позволю себе заметить также, что современная литература оперирует понятием “психологическое консультирование”, основы которой закладывали К. Роджерс, Р. Мэй и др., а не понятием “консультационная психотерапия”. Досадные терминологические недоразумения такого рода лишь осложняют и без того непростую ситуацию.

В последние годы, связанные с началом введения в России институтов сертификации и лицензирования, делаются однозначные и категоричные утверждения такого, например, типа: “Преступные действия также содержит процедура одитинга, по сути относящегося к нелегализованной практике в психиатрии”⁶⁴. Вопрос, таким образом, выходит в область правового регулирования.

V.2. АНАЛИЗ

В области же правового регулирования профессиональной деятельности необходимо обращение к существующим документам, регулирующим психотерапевтическую деятельность и работу психолога в системах здравоохранения. Существующие документы исходят из уже приводившихся определений психотерапии и ее отличительных черт как профессии медицинской, требованиям которых одитинг, как было показано, не соответствует.

Приказ МЗиМП РФ № 286 от 19.12.1994 г. утверждает Положение “О порядке допуска к осуществлению профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельности”. В нем, в частности, говорится:

“К занятиям профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельностью допускаются лица, получившие высшее или (и) среднее медицинское и фармацевтическое образование и специальное звание (квалификацию) в Российской Федерации, имеющие диплом и сертификат специалиста, а на занятие определенными видами деятельности, перечень которых устанавливается Министерством Здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации — также и лицензию”.

“К квалификационному экзамену (проверочному испытанию) допускаются лица, прошедшие полный курс обучения в соответствии с программой послевузовского профессионального образования (докторантура, аспирантура, ординатура) или дополнительного образования (повышение квалификации, специализация, интернатура) ...” (Приложение 1).

Согласно этого приказа, психотерапия как врачебная деятельность, входит в рубрику “лечебное дело”.

Из приказа следует, что лица, прошедшие обучение одитингу и не имеющие медицинского образования, к работе и квалификационным экзаменам в каче-

⁶¹ Василюк Ф. Е. — От психологической практики к психотехнической теории. // Моск. психотерап. ж. 1992. № 1. С. 15 — 32.

⁶² Богданов В. А. — см. выше.

⁶³ Богданов В. А. — там же. С. 9.

⁶⁴ Хвилья-Олинтер А. И., Лукьянов С. А. Опасность тоталитарной формы религиозных сект. — Нижний Новгород, 1996. С. 53.

стве врачей-психотерапевтов допущены быть не могут. Наличие медицинского образования также не создает условий для допуска к работе и квалификации по специальности “одитинг”, так как такой специальности в списках МЗиМП не существует. В перечне методов психотерапии одитинг также не содержится⁶⁵. Таким образом, приказ не содержит квалификации одитинга как психотерапии.

Приказ МЗиМП РФ № 296 от 30.10.1995 г. “О психиатрической и психотерапевтической помощи”

Приложение 6 — “Положение о враче-психотерапевте” гласит:

“Врач-психотерапевт — специалист с высшим медицинским образованием по специальности “лечебное дело”, имеющий стаж практической работы врача-психиатра не менее 3 лет и дополнительную подготовку по психотерапии на факультете последипломного образования, владеющий различными методами диагностики и терапии психических расстройств, теоретическими и практическими знаниями в области психиатрии и психотерапии, предусмотренными программой подготовки в соответствии с квалификационной характеристикой и получивший сертификаты по психиатрии и психотерапии”.

Работает врач-психотерапевт в больничной и внебольничной сети:

“Психотерапевтический кабинет организуется в составе территориальной поликлиники (в том числе консультативно-диагностической помощи), поликлиническом отделении центральной районной больницы, непосредственно обслуживающих не менее 25 тысяч человек взрослого населения, поликлиническом отделении областной (окружной, краевой, республиканской) больницы, психоневрологическом диспансере (диспансерном отделении), ведущих амбулаторный прием, в специализированном центре (отделении) кардиологического, гастроэнтерологического, пульмонологического, онкологического, неврологического профиля, в инфекционной больнице с отделением ВИЧ-инфекции, в стационарах мощностью не менее 200 коек”.

Очевидно, что одитор не подпадает под определение его как психотерапевта ни по одному его пункту, начиная с того, что в курсах обучения лечебному делу, психиатрии и психотерапии Дианетика и одитинг не значатся.

Приложения 1 и 2 касаются медицинского психолога, участвующего в психиатрической и психотерапевтической помощи:

“Медицинский психолог — специалист с высшим психологическим образованием по специальности “психология” и получивший дополнительную подготовку на факультете последипломного образования по медицинской психологии, владеющий различными методами психопрофилактики, психодиагностики, психокоррекции, психологического консультирова-

ния, предусмотренными программой подготовки в соответствии с требованиями квалификационной характеристики и получивший сертификат по медицинской психологии”.

В перечне должностных обязанностей и объема знаний медицинского психолога Дианетика и ее технологии не значатся, и считать одитинг медико-психологической практикой нет оснований.

Утверждение о том, что одитинг является психотерапией, не согласуется с Приказом МЗиМП РФ № 318 от 17.11.1995 г. “О положении о квалификационном экзамене на получение сертификата специалиста”, где сказано:

“К квалификационному экзамену (проверочному испытанию) допускаются лица: не имеющие стажа профессиональной (медицинской или фармацевтической) деятельности, закончившие интернатуру (один год обучения), клиническую ординатуру (2–3 года обучения), аспирантуру по клиническим дисциплинам (3–4 года подготовки); имеющие стаж профессиональной (медицинской или фармацевтической) деятельности и прошедшие общее усовершенствование, аттестационные или сертификационные циклы по специальности в государственных медицинских и фармацевтических образовательных учреждениях; закончившие докторантуру по клиническим дисциплинам... Каждый экзаменуемый получает из тестовой программ по специальности 100 тестов по всем разделам специальности”.

Приказ МЗ РФ № 391 от 26 ноября 1996 г. “О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь” определяет требования к врачу-психиатру, врачу-психотерапевту и медицинскому психологу и регламентирует программы их подготовки, предусматривающие, в частности, такие формы обучения как тренинг личностного роста, методический тренинг, социально-психологический тренинг, балинтовская группа, супервизия психодиагностической и психокоррекционной работы. Одитинг в этот перечень не входит, а саентологи не включены в перечень специалистов бригад/коллективов специалистов, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь.

Приказ МЗ и МП РФ № 245 от 13.06.1996 г. “Об упорядочении применения методов психологического и психотерапевтического воздействия” предписывает органам здравоохранения не допускать использования в учреждениях здравоохранения (выделено мной — В.К.) не разрешенных МЗиМП РФ методов и методик, в частности “методов и средств оккультно-мистического и религиозного происхождения”. Одитинг, как известно, в число разрешенных для этого методов не входит. Подчеркну, что приказ регулирует деятельность органов здравоохранения, но не отдельных граждан и общественных организаций, имеющих право на свои подходы и практики в области здоровья: например, шаманские практики, изгнание бесов, заговоры от болезней, молитвы о здо-

⁶⁵ см.: Психотерапевтическая энциклопедия. — СПб., 1999.

ровье и проч. не регулируются этим приказом, если они осуществляются вне учреждений здравоохранения и их сферы деятельности.

Приказ МЗиМП РФ № 254 от 19.06.1996 г. “Об отмене Методических рекомендаций ‘Программа детоксикации’ (они были утверждены 05.08.1994 г. заместителем министра МЗиМП РФ В. К. Агаповым) прямо гласит: “Не допускать пропаганды методов детоксикации, иных вытекающих из учения Р. Хаббарда методов саентологии и дианетики в практике здравоохранения”, определенно отказывая этим методам в праве считаться лечебными/психотерапевтическими.

Приказ МЗ РФ № 142 от 29.04.1998 г. “О перечне видов медицинской деятельности, подлежащих лицензированию” не упоминает Саентологию и Дианетику, равно как и оказание психологических услуг населению в разных формах, не охваченных поименованными выше документами. Таким образом, даже если расценивать Дианетику и ее технологии как оказание психологических услуг населению (что расходится с положениями самой Саентологии), они не подлежат лицензированию.

Насколько мне известно, готовится приказ МЗ о праве психологов заниматься психотерапией после прохождения дополнительной медицинской подготовки в достаточно большом объеме, сдачи сертификационных экзаменов и получении лицензии; в проектах этого приказа Саентология и Дианетика с их технологиями не входят в круг психотерапевтических методов.

V.2. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, на основании регулирующих психотерапевтическую деятельность актов МЗ РФ Саентология и Дианетика, а также вытекающие из них методы работы психотерапевтическими не являются и лицензирования не требуют.

VI. ИТОГОВОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Проведенный анализ опирался на методологический, структурно-технологический и организационный (медико-юридический) анализ Саентологии и Дианетики, а также вытекающих из них методов работы.

2. С методологической точки зрения: Проведенный анализ свидетельствует о том, что Саентология наукой в ее классическом смысле не является, представляя собой мировоззренчески-этическую систему интерпретаций широкого круга научных и паранаучных сведений и фактов без претензий на постижение непостижимой сущности Бога, но с утверждением его существования как Творца и фокусировкой внимания на реализующем Его замысел Творении, каковым является человек в своем бытии, отношениях с миром и развитии.

По отношению к материалистической науке и медицине, как ее практике, Саентология может быть

признана системой паранаучной, парамедицинской — лежащей за их пределами и использующей принципиально отличающуюся методологию.

Официально признанная религией и в качестве таковой зарегистрированная в РФ, Саентология является религией светской, синкретической (религией третьего поколения), опирающейся на представления и язык своего времени и, по формулируемому в саентологических текстах ее замыслу, не входящей в конфронтацию или конфликт с другими религиями и светскими установлениями.

Дианетические технологии преследуют цель развития и совершенствования человека, повышение его действительной ответственности за себя, других и мир в целом, а так называемые терапевтические эффекты — лишь ступени на пути к этой цели и знаки продвижения по этому пути.

Методологический анализ общефилософских положений Саентологии не дает оснований рассматривать саентологические технологии как психотерапию.

3. С точки зрения структурно-технологической: Сравнительный анализ структурных и технологических характеристик психотерапии и одитинга не дает оснований для отнесения последнего к медицинской психотерапии.

Сопоставление дианетических технологий с так наз. “новыми” психотерапиями, обращающимися к духовности и вере, показывает, что при существовании между ними некоторого формального сходства, дианетические технологии имеют принципиально иные обоснования, цели и методы, исходя из которых они не могут признаны психотерапией.

Опасения, связанные с медицинскими осложнениями одитинга и потому требующие для его проведения врачебной квалификации, не имеют под собой сколько-нибудь серьезных и достоверно доказанных оснований.

4. С организационной (медико-юридической) точки зрения, обоснованной регулируемыми документами МЗ РФ: Саентология и Дианетика, а также вытекающие из них методы работы психотерапевтическими не являются и лицензирования не требуют.

5. Таким образом, ответы на поставленные перед экспертизой вопросы: Являются ли Саентология и Дианетика как ее часть научной теорией? — НЕТ.

Удовлетворяет ли саентологическая (дианетическая) технология — одитинг — критериям и требованиям, предъявляемым к медицинским вмешательствам, в частности — к психотерапии? — НЕТ.

Существуют ли в процессе проведения одитинга моменты риска, связанного с осложнениями физического и психического свойства, требующие обязательного врачебного контроля одитинга? — НЕТ.

Является ли одитинг психотерапевтическим методом, требующим профессиональных сертификации и лицензирования в установленном документами МЗ РФ порядке? — НЕТ.

Дело Платона Обухова

Описываемое дело представляет чрезвычайный интерес для каждого психиатра, не только судебного. Мы сожалеем, что не можем привести все материалы, которыми располагаем. Публикация таких случаев отдельными изданиями сыграла бы крупную роль в деле не только прояснения профессиональных проблем, знания стилистики текущей практики, обучения кадров, но и оздоровления атмосферы судебной психиатрии.

Все есть в деле Платона Обухова — клинически неординарный больной, неповоротливость и нерациональность организационных шаблонов, все технические ухищрения заказных дел.

И все это в на редкость ярком, откровенном виде.

Правозащитники защищают от произвола не только узников совести, чья высокая доблесть понятна обществу. Само существо правозащитной деятельности состоит в том, что часто разделяет правозащитное и массовое сознание: любой преступник не лишается в силу преступления всех своих прав. Между тем, оказываясь в СИЗО, в местах лишения свободы, он не просто попадает в категорию наиболее уязвимых в правовом отношении людей, а тут же самым непосредственным образом испытывает несправедливость. Давно известно, что отношение общества к своим заключенным — это лицо самого общества. То же самое касается психически больных. Когда же это сочетается, когда речь идет о принудительном лечении вместо наказания, то — скажу то, что знает каждый коллега, работавший с этими людьми, — фактически все из них, даже находящиеся на принудительном лечении в стационарах общего типа, предпочли бы лагерь.

Лечение нейрорепрессивными, когда оно осуществляется принудительно, воспринимается как пытка. Но худшей пыткой оказывается полная неопределенность срока пребывания и непонимание, от чего этот срок зависит. Если же речь идет о больницах принудительного лечения с “интенсивным наблюдением”, то все сказанное возрастает на порядок.

Люди, попробовавшие, что это такое, отчаянно диссимилируют, то есть симулируют выздоровление.

А бывает ли наоборот: симуляция психической болезни человеком, отдававшим режим такой больницы?

За столетие практики судебной психиатрии стало хрестоматийной истиной, что психические заболевания вообще не симулируют психически благополучные люди. Практически всегда речь идет о сюрсимуляции, симуляции психического заболевания лицом, которое в самом деле страдает психическим заболеванием, не сознавая этого.

Поэтому диагноз “симуляция шизофрении” крайне редок. В практике Института им. Сербского — это

обычно случаи, где речь шла о высшей мере наказания в период, когда смертная казнь приводилась в исполнение. В других случаях выставлялся диагноз “реактивного состояния, возникшего в ходе следствия”, но большинство таких больных возвращались обратно в институт с отчетливой шизофренической или шизофреноподобной картиной состояния.

Таким образом, диагноз “симуляция” и дифференциация его с кругом шизофренических расстройств представляет несомненный клинический интерес.

Кроме того, материалы, которые мы здесь помещаем, пройдя через ФСБ, различные медицинские и немедицинские учреждения, различных экспертов, адвокатов и судей, протестировали их самих.

Наконец, это драматический человеческий документ. Напомним читателю эскиз ситуации.

Сотрудник МИД, сын крупного дипломата, в апреле 1996 г. арестовывается за шпионаж в 1995–1996 гг. Хотя следствие сразу узнает о его психической болезни (“шизофрения”), только спустя полгода его направляют на судебно-психиатрическую экспертизу в Центр им. Сербского. Здесь он проводит три месяца, так как решение 1-й комиссии (“шизофрения”), видимо, не подошло, и он был направлен на другую комиссию, которая сочла его заболевшим в ходе следствия (“реактивное состояние”). После годичного пребывания в Бутырской тюрьме (1997 г.), где его почему-то лечили внутримышечными введениями галоперидола, его переводят в Санкт-Петербургскую спецпсихбольницу (январь 1998 г.) и продолжают то же лечение. Здесь его клинически и экспериментально-психологически исследует экспертная комиссия НПА России (апрель 1998 г.) и ставит диагноз “психопатоподобная форма малопрогрессирующей шизофрении”. Но накануне приезда этой комиссии руководство больницы проводит собственную промежуточную комиссию с приглашением проф. В. А. Точилова и ставит диагноз: “симуляция у психопатической личности”. Прежний диагноз “реактивное

состояние” отрицается. Суд назначает экспертную комиссию с приглашением независимого эксперта проф. А. Г. Гофмана. Он и председатель комиссии проф. В. К. Смирнов ставят диагноз “шизофрения”. Другие члены комиссии (все те же, в нарушение УПК, что были на предыдущей комиссии) говорят о “глубокой психопатии” и почти все склоняются к неменяемости. Комиссия решает повторно встретиться спустя месяц. Но спустя месяц проф. Гофман оказывается в одиночестве. Он был поражен поведением и уровнем аргументации проф. В. А. Точилова и пишет особое мнение, которое к делу не приобщается. Спустя еще почти полгода следует перевод П. Обухова в Лефортово. Суд предстоит только в середине января 2000 г., то есть когда исполнится почти четыре года со времени ареста.

Давление на адвокатов (с двух сторон) таково, что они меняются за это время трижды. На родителей несколько раз выходят с предложением крупного выкупа.

Основная для нас, то есть, клиническая сторона дела состоит в следующем: наследственность отягощена (бабушка по матери лечилась в молодости у психиатров, умерла в ПБ), Платон, начиная с подросткового возраста характеризовался полным и сочным набором того, что обозначается как психопатоподобная форма малопрогрессирующей шизофрении или, по МКБ-10, как шизотипическое расстройство личности. Арест и следствие вызвали у П. Обухова с мая-июля 1996 года картину предельно гротескной симуляции. Симуляции или сюрсимуляции? Симуляции у психопата или симуляции у психически больного? Это — в публикуемых материалах, зафиксировавших один из центральных фрагментов психического состояния Платона Обухова.

Совершенно недостойные и крайне грубые методы следствия вызывают недоверие к отстаиваемой им позиции. Следственное управление ФСБ выступило в деле Платона Обухова в привычном советском стиле: в роли не выяснителя истины, а режиссера судебного дела. Иначе не было бы активного и нечестного сопротивления включению в экспертную комиссию независимых экспертов. Не потребовался бы типичный провокационный прием в так наз. “Независимой газете” (см. НПЖ, 1997, III, 67). Сопротивление всему, что подтверждает психическое заболевание Платона Обухова, связано с тем, что его “обвинение во многом строится и будет строиться на основе его первоначальных

признательных показаний. В случае официального подтверждения психического заболевания обвиняемого, имеющиеся у следствия показания больного человека не смогут быть положены ... в основу обвинительного заключения. Поэтому следствие использует недобросовестные приемы, определенным образом формируя материалы дела, контролируя проведение психиатрических экспертиз... Защита нашла подтверждение того, что следствие избирательно относится к представленным по делу доказательствам, и по сути “формирует” материалы дела, ... изымает из дела или отказывается приобщать объективные доказательства, ... в частности, особое мнение эксперта-психиатра проф. Гофмана А. Г. (“шизофрения приступообразная с картиной псевдопсихопатии”)... К материалам дела не приобщено заключение д. м. н. Кагана В. Е., который при помощи компьютерной психолингвистической экспертной системы методами контент-анализа и математической лингвистики проанализировал художественные тексты Обухова П. А. — более 1500 страниц изданных и более 1000 страниц рукописных текстов, разделенных примерно двумя годами (1986 – 1988)... Располагая широкими возможностями, предоставленными действующим УПК, следствие определенным образом “дозировало” информацию относительно состояния здоровья Обухова П. А., отказывая в допросе свидетелей и истребования документов, которые могли бы выявить истинную картину заболевания... Параллельно с производством экспертизы в ГНЦ им. Сербского руководством ФСБ давались интервью средствам массовой информации, где еще до получения официального заключения экспертизы точно излагался ее ход и версия. Это подтверждает непосредственный контроль и воздействие со стороны ФСБ на экспертов...” (адвокат Г. А. Крылова).

Итак, ведомственное следствие ФСБ привычным образом осуществляет давление на суд. Раньше интересы КГБ в области психиатрии обслуживало отделение проф. Д. Р. Лунца, теперь — проследим, куда был помещен Платон Обухов — “военное” отделение проф. Ф. В. Кондратьева, успевшее уже прославиться на нескольких постыдных поприщах.

И все же нельзя сказать, что все беспрочно, что ничего не изменилось. Ведь можем же мы писать обо всем этом. И что еще важнее: ведь в самом Центре им. Сербского нашлись независимые эксперты!

Ю. С. Савенко

Ю. С. САВЕНКО

Президенту НПА РФ

От Обуховых А. А. и О. И.

Обухов Платон Алексеевич, 1968 года рождения, с детства страдал психическим заболеванием. В начале он казался просто проблемным ребенком, однако аномалии в его поведении были столь велики, что родственники настояли на консультации психиатра. Приглашенный в 1986 году врач Гимерверт А. А. поставил ему диагноз: шизофрения. Болезнь Платона, однако, тщательно скрывалась от окружающих. Будучи

венники настояли на консультации психиатра. Приглашенный в 1986 году врач Гимерверт А. А. поставил ему диагноз: шизофрения. Болезнь Платона, однако, тщательно скрывалась от окружающих. Будучи

весьма одаренным человеком, Платон закончил МГИМО с красным дипломом, И с 1991 по 1996 гг. работал в МИДе. Однако проявления его болезни были настолько несовместимы с карьерой дипломата, что в семье было принято решение об уходе Платона из МИДа к лету 1996 года с целью посвятить себя литературному творчеству (к тому времени Платон уже опубликовал несколько детективных романов).

В апреле 1996 года он был арестован ФСБ РФ и привлечен к уголовной ответственности по п. "а" ст. 64 УК РСФСР. Ему предъявлено обвинение в том, что он, будучи завербован английской разведкой и действуя в ущерб государственной безопасности, в 1995 – 1996 гг. собрал сведения о политической ситуации в России и российской международной политике, в том числе составляющие государственную тайну.

Родители с самого начала заявили следствию о болезни Платона, о том, что именно ее использование английскими спецслужбами легло в основу его трагедии. Однако в течение длительного времени следствие ФСБ игнорировало просьбы хотя бы показать П. Обухова психиатрам. Одновременно проводились его интенсивные допросы. В то же время следствие широко и громко освещало дело Платона Обухова в прессе, заявляя, что пойман один из самых значительных в истории разведки шпионов. Под предлогом свободы прессы осуществлялась инспирированная пропагандистская компания.

Однако состояние здоровья Платона было настолько очевидным, что осенью 1996 г. он все же был направлен на судебно-психиатрическую экспертизу в военное отделение Центра им. Сербского. Экспертиза проводилась в течение трех месяцев — беспрецедентный по длительности срок. После неоднократной смены экспертов было признано, что Платон впал в реактивное состояние. При этом принимавшие участие в экспертизе ведомственные врачи из Министерства обороны оставались неизменно в составе комиссии. Показательно, что даже в этом акте описанный анамнез свидетельствовал о наличии шизофрении.

Признанный Центром им. Сербского находящимся в реактивном состоянии, Платон Обухов был отправлен в Бутырскую тюрьму и содержался фактически в пыточных условиях — перенаселенные камеры с посменным ночлегом, контингент сокамерников, состоящий из уголовников и "косящих" под них "подсадных уток". По определению Московского городского суда от 30.07.97 г. реактивное состояние у Платона Обухова было подтверждено и в судебном порядке. Но его содержание в Бутырке было продлено. Ему делали инъекции галоперидола и других нейролептиков с чрезвычайно болезненными последствиями, его запугивали отправкой в Сычевку. После одиннадцати с половиной месяцев Бутырок без какой-либо систематической медицинской помощи Платон Обухов был направлен в С.-Петербургскую психиатрическую больницу специализированного типа с интенсивным наблюдением. Там комиссия врачей,

представляющих ведомственную медицину, вскоре пришла к выводу о его "выздоровлении" с сохранением у него симулятивных тенденций. Однако ведомственные врачи не указали, исчерпывается ли отмеченная ими картина многочисленных отклонений от нормы симуляцией или наряду с ней присутствуют признаки психической болезни. Между тем известно, что симулятивное поведение в гротескной форме характерно для психических больных и что это — сюр-симуляция, то есть симуляция действительно страдающего психическим заболеванием человека.

Обследовавшая тогда же Платона в С.-Петербурге комиссия Независимой Психиатрической Ассоциации России дигностировала у Платона психопатоподобную форму малопрогрессирующей шизофрении. Назначенная затем официальная судебно-психиатрическая экспертиза, описав в анамнезе классические черты шизофрении, сделала вывод о его "выздоровлении". Единственному независимому эксперту в составе комиссии — проф. Гофману А. Г., признавшему у Платона шизофрению, даже не сочли нужным показать сам акт экспертизы.

О предвзятом подходе к исследованию состояния здоровья Платона Обухова в С.-Петербурге говорит и то, что в обоих мероприятиях — в комиссии врачей под председательством Стяжкина (апрель 1998 г.) и в СПЭ (осень 1998 г.) — в качестве центральной фигуры принимало участие одно и то же лицо — петербургский психиатр Точилев В. А.

Московский городской суд 27 ноября 1998 г. отменил принудительное лечение в психиатрическом стационаре и 18 февраля 1999 г. направил дело для производства предварительного следствия. Судебные заседания Московского городского суда и Верховного Суда РФ носили формальный характер. Несмотря на то, что заключение комиссии относительно вменяемости Платона Обухова и отсутствия в настоящее время признаков заболевания не было единогласным, особое мнение эксперта Гофмана А. Г. судом вообще не рассматривалось. При решении вопроса о психическом состоянии Платона эксперты-психиатры в суд не вызывались.

В настоящее время дело расследуется Следственным Управлением ФСБ РФ и назначенный срок окончания — 15 января 2000 г.

Не только следствием, но и Московским городским судом и Верховным Судом РФ допускаются грубые нарушения процессуального характера. Многочисленные ходатайства и жалобы защиты игнорируются, поставленные в них вопросы по существу не разрешаются, основным доводом отказов приводится тяжесть инкриминируемого Платону преступления. Но ведь то, что Платон его совершил, еще предстоит доказать в суде. Тем временем **судебно-следственные действия производятся в отношении психически больного человека, который в силу своего состояния лишен возможности защищаться и который особенно уязвим. Отсутствие необходимой**

медицинской помощи может привести к необратимому распаду личности.

Объективные данные свидетельствуют о том, что его заболевание — это не защитная версия, а реальный факт. Платон не мог с 4-х лет предвидеть, что он будет обвиняться в шпионаже и не мог с детства с целью выдвижения в 30-летнем возрасте защитной версии сознательно разрушать жизнь свою и своих близких отталкивающими проявлениями шизофрении. Любой человек, у которого родные страдают этой болезнью, знает, какое это невероятное горе. Кроме того, процессуальные нарушения при производстве экспертиз, фактические расхождения экспертных заключений и умышленные несоответствия в актах исследований опровергают вывод о сознательном установочном поведении Платона.

Не имея возможности в силу тюремной изоляции пригласить врачей для личной его консультации, родители и защита обратились к эксперту с просьбой исследовать литературную продукцию П. Обухова за последние три года. Мнение вице-президента Независимой Психиатрической Ассоциации Кагана В. Е., который при помощи компьютерной психолингвистической экспертной системы методами контент-анализа и математической лингвистики проанализировал тексты Обухова П. А., — весьма неутешительно. В психическом состоянии автора, отраженном в художественном творчестве, налицо признаки, указывающие на малопрогрессирующую шизофрению с достаточно неблагоприятным прогнозом. Это исследование и следствие, и суд также отказались принять во внимание.

Отвергаются следствием и судом ходатайства защитников о проведении повторной стационарной судебной психолого-психиатрической экспертизы. По сути уже год, как к Платону не приглашаются психиатры даже для консультации. Достоверно зная о том, что Платон болен, следствие ведет с ним дело как со здоровым человеком, отказываясь даже проконсультировать его у психиатра.

В соответствии с российскими процессуальными нормами максимальный срок досудебного заключения может составлять полтора года. Дальнейшее продление срока не допускается и обвиняемый подлежит немедленному освобождению. Незавершение предварительного следствия к моменту истечения указанного срока содержания под стражей не является препятствием к немедленному освобождению.

Платон был задержан 11 апреля 1996 г., а 10 июля 1997 года по истечении 15-месячного срока уголов-

ное дело было направлено в суд в порядке ст. 406 УПК РСФСР. На основании определения Московского суда от 30.07.97 г. Обухов П. А. был направлен на принудительное лечение. В С.-Петербургскую психиатрическую больницу с интенсивным наблюдением он поступил 14.01.98 г., где и находился на принудительном лечении вплоть до его отмены 27 ноября 1998 г. определением Московского городского суда, вступившего в законную силу по определению Верховного Суда РФ 21 января 1999 г. Таким образом, Обухов П. А. находился на принудительном лечении более 11 месяцев. (При этом в срок содержания под стражей не включили время в Бутырской тюрьме, потому, что в деле этот факт документально не отражен. Так же как не отражены и все пересыльные этапы). После возвращения дела следствию срок продлевался неоднократно и теперь он окончательно продлен до 15 января 2000 г. якобы для ознакомления с делом. Таким образом, к этому времени Платон проведет в тюрьме 3 года и 9 месяцев.

О нарушении сроков содержания под стражей защита неоднократно ставила вопрос и перед следствием, и перед Московским городским судом, и перед Верховным Судом РФ. Ведь в соответствии с ч. 2 ст. 413 УПК РСФСР **время, проведенное в медицинском учреждении, включается в срок содержания под стражей.** Но суды отказываются даже истребовать документы об этом. Общий срок содержания под стражей Платона **превысил все максимальные сроки, предусмотренные УПК РСФСР.**

Как показывают изложенные факты, суд по своему духу по-прежнему является составной частью следственного аппарата. Как можно понять, единственной его задачей в деле Обухова П. А. является поставить штамп на выводы следствия.

Между тем речь идет о защите прав больного человека, о нарушении его прав на лечение.

С ноября 1998 г. у матери нет доступа к сыну: свидания запрещены. Запрещена переписка, знакомство с прессой (до августа 1998 г.), ношение часов, передача “кока-колы” или других напитков, кроме минеральной воды. Запугивая Платона психушкой, следствие намеренно ссорит его с родителями и адвокатами, пытаясь оставить его накануне суда без *всякой* юридической помощи.

Просим опубликовать все имеющиеся у Вас материалы о состоянии здоровья П. Обухова с тем, чтобы привлечь внимание общества к вопиющей необъективности суда и следственных органов.

26 октября 1999 г.

АКТ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ

20 апреля 1998 г. комиссия врачей-психиатров в С.-Петербургской психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением МЗ РФ освидетельствовала ОБУХОВА ПЛАТОНА АЛЕКСЕЕВИЧА, 1969 г. рожд., обвиняемого по ст. 64 п. “а” УК РФ (измена Родине в форме шпиона-

жа) и находящегося на принудительном лечении по определению Московского городского суда от 30.07.97 г. Первичную судебно-психиатрическую экспертизы проходил стационарно в государственном научном Центре социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, в отделе СПЭ ЦСМЛ МО РФ, где

актом № 107/14 от 04.02.97 г. дано заключение, что у Обухова П. А. выявляются шизоидные расстройства личности, однако, они выражены не столь значительно, чтобы в период инкриминируемого ему деяния лишать его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими; Обухова П. А. в отношении инкриминируемого ему деяния следует считать вменяемым. Однако после привлечения к уголовной ответственности примерно с июля 1996 г. у Обухова П. А. развилось временное болезненное расстройство психической деятельности сложной клинической структуры с психогенной истерической симптоматикой и признаками защитного поведения, поэтому Обухову П. А. рекомендуется принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением до выхода из указанного болезненного состояния. В данную больницу поступил 14.01.98 г.

Анамнез (из акта СПЭ и со слов матери): родился в Москве в семье дипломата, занимавшего посты посла и зам. министра МИД. Мать — в прошлом журналист, — инвалид 2 группы по соматическому заболеванию. Среди родственников по обеим линиям были лица со странностями в характере и поведении, а двоюродная прабабушка по линии матери лечилась в психиатрической больнице с диагнозом: “Старческое слабоумие”. Беременность протекала с токсикозом I и II половины. Роды в срок, нормальные. Перенес ряд детских инфекционных заболеваний без осложнений. До 4 лет рос спокойным, тихим, “нормальным домашним ребенком”, особо не привлекая к себе внимания. С 4 лет, с начала посещения детского сада резко изменился в отношении к родителям. С тех пор и в последующем на всю жизнь не выказывал к ним, особенно к отцу, любви, теплой привязанности. Стал “зловредным, жестоким, агрессивным”, в ответ на замечание мог запустить любым предметом в лицо. Злобно-негативистичное отношение к родителям особенно проявлялось в подростковом возрасте. В последующем несколько сгладилось, но отношения дальше формальных не шли. В 4–8 лет любил фантазировать, “чрезмерно” уходить в игры, особенно “в разведчика”. С 4 лет профвился “талант юного художника”, но в 7 лет резко оставил это увлечение. Жестоко относился к животным, гонял камнями кошек. Часто ломал свои игрушки и вещи родных назло, испытывая при этом удовольствие. Лет с 7–8 появилась “бессмысленная страсть к накопительству”. Приносил всякий хлам, складывал под кроватью, копил деньги. Уже в 9 лет интересовался вопросами наследства в семье. Узнав, что младший брат тоже является наследником, “взненавидел” его, хотя до этого относился к нему заботливо и даже тепло. После стал бить, красть его вещи. Уже будучи школьником, сам сколотил сундук, в котором под замком хранил скопленные вещи, даже сухари. Воровал вещи из дома, продавал, а деньги складывал в сундук. При этом мог украденные у брата фломастеры предложить купить своему дяде,

шокируя последнего. Рано проявилось и сохранилось в последующем пренебрежение к одежде, к своему внешнему виду. Одет всегда как “бомж”, вызывая этим недоумение и неприятие у окружающих. В школу пошел с 7 лет, учился всегда с желанием, легко, проявляя большие способности, особенно в изучении гуманитарных предметов и иностранных языков. Окончив в 1985 г. школу на “отлично”, поступил сразу в МГИМО, который окончил с красным дипломом. И в школе, и в институте теплых дружеских отношений с соучениками не сложилось из-за его эгоизма, черствости, замкнутости, неряшливости. В 16 лет неприятно удивил мать тем, что стал обнаженно говорить с ней о своих сексуальных проблемах и, в частности, заявил, что у него рак полового члена. После консультации врача, ничего не обнаружившего, не стал настаивать на дополнительных обследованиях, но и в последующем время от времени говорил о наличии у него этого рака. Примерно с того же времени стал усиленно заниматься спортом, закалкой организма. В подростковом возрасте был случай, когда весной поджег на балконе мусор, скопленный им за зиму. Пришлось вызывать пожарников. На замечание выдал бурную реакцию с криком, побегом из дома в сторону железной дороги. Возвращен и успокоен в тот же день. В связи с указанными особенностями в поведении и, особенно, из-за оппозиционности в отношениях с родителями, мать в 1986 г. устроила сыну на дому негласную консультацию у знакомого психиатра, который высказал мнение о наличии у Обухова или психопатии со сложным синдромом (паранойальность, эпилептоидность), или вялотекущей шизофрении с психопатоподобным синдромом и порекомендовал принимать ему неуплептил. Мать некоторое время тайно подсыпала ему неуплептил в кофе и отметила смягчение его поведенческих реакций. В 1987–88 гг. был сильно влюблен в девушку, получил взаимность и согласие на брак. Но на регистрацию не явился. Три дня сидел, закрывшись в своей комнате, на упреки матери, пригрозил выбраться из окна, даже влез на подоконник. После грубо потребовал вернуть ему обручальные кольца, так и не объяснив никому свое поведение. После окончания в 1990 г. МГИМО работал последовательно секретарем Консульства СССР на Шпицбергене; с осени 1991 г. в посольстве РФ в Норвегии; с 1993 г. в Департаменте Северной Америки, в отделе военно-политических проблем. В конце 1991 г. ему присвоен дипломатический ранг — атташе. В марте 1994 г. переведен в Управление по культурным связям МИД на должность второго секретаря. Всюду отмечен как дисциплинированный, добросовестный, классный специалист. Наряду с этим, все отмечали бросающиеся в глаза пренебрежение к своему внешнему виду, неряшливость, скупость. Еще во время учебы в институте по совету матери стал заниматься спортивной журналистикой, публиковал статьи в газетах. В 1991 г. опубликовал свою первую детективную повесть; в последующем опубликовал еще 13 повестей. Литературное творчество все боль-

ше занимало, но особо не сказывалось на работе. В некоторых своих повестях прозрачно вывел в неприглядном свете своих сослуживцев, включая начальников, чем вызвал их неудовольствие. С января по июнь 1995 г. находился на стажировке в Женевском Институте международных исследований. В это время был завербован английской разведкой. За денежное вознаграждение с помощью технических средств передавал секретные сведения военно-политического характера. 11.04.96 г. задержан сотрудниками ФСБ. Признал себя виновным, в течение нескольких месяцев давал подробные, последовательные показания, вел себя адекватно. С июля 1996 г. стал писать в различные инстанции, включая Президента России, многочисленные заявления сумбурного, “нелепого” характера. Предъявлял необоснованные претензии к своему адвокату и отказался от его услуг. Заявлял о преследовании его “чертом Шевченко”, угрожал самоубийством. В связи с этим, был направлен на стационарную судебную комплексную психолого-психиатрическую экспертизу в Отдел СПЭ ЦСМЛ МО РФ на базе ГНЦ им. В. П. Сербского. Поступил 05.11.96 г. На экспертизе в период всего времени пребывания (ноябрь 96 г. – февраль 97 г.) Платонов П. А. продуктивному речевому контакту малодоступен. Ходит, ссутулившись, неряшлив. На собеседника не смотрит, не обращает внимания на врачей, садится в любое место, задает встречные вопросы. Внезапно начинает отвечать на отдельные вопросы. Себя называет “Пинкус Шустерман”. Утверждает, что следователь, которого он называет “отец Шкарий”, направил его на экспертизу в военное отделение специально, чтобы его “убрать”, т.к. “военные врачи могут исполнить любой приказ”. Продолжал утверждать, что отца “убрали”, а мать убьют 01.01.97 г., что у него с матерью установлена “телепатическая связь”. Временами вежлив, обращается со словами “добрая госпожа”, когда надо попросить бумагу, карандаш. Сексуально расторможен, делает циничные замечания и предложения медперсоналу. При осмотре палаты, где он находился один, были обнаружены веревка и гайка. От объяснений отказался. При изменении палаты пребывания стал озлобленным, угрожал заточкой из зубной щетки выколочь глаза подэкспертным, а себе разбить голову. В последний месяц пребывания на экспертизе целыми днями лежал в постели, перестал писать романы, редко читал. Находясь на экспертизе, написал большое количество заявлений в различные инстанции, где в основном, жаловался, что в “тюрьме” им. Сербского не создают условий для его писательской работы, что в палату к нему из Лефортово приходит “черт Шевченко”. От обследования сексопатологом отказался. При исследовании психолога выявил грубые установочные тенденции, которые не позволили дать развернутую характеристику структуры мышления. Эмоциональные проявления подэкспертного гротескны, “ответы зачастую нарочито нелепы”. При клинико-психопатологическом анализе письменной продукции Обухова П. А. (несколько книг 1995 и

1996 гг.) каких-либо признаков, свидетельствующих о наличии у Обухова П. А. психического заболевания, не выявлено.

На принудительном лечении:

Соматическое состояние: Среднего роста, гиперстенического телосложения, повышенного питания. Хорошо выражена мышечная система. Носит очки (близорукость высокой степени). Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Тоны сердца ясные, АД 130/90 – 150/100 мм рт. ст. Пульс — 88 уд. в минуту, ритмичный. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. ЭКГ от 16.01.98 г. Умеренно выраженные ишемические изменения в области задней стенки левого желудочка. ФЛГ органов грудной клетки без видимых патологических изменений (20.01.98 г.). Анализы мочи и крови в пределах нормы. Заключение терапевта от 13.02.98 г.: “гипертоническая болезнь I ст. Миокардиодистрофия”. Заключение невропатолога от 19.01.98 г.: “знаков очагового поражения головного мозга не выявлено”.

Психическое состояние: При поступлении был правильно ориентирован в ситуации. Выглядел монотонным, сидел в согбенной позе, отвечал односложно, формально, тяготился беседой. Жаловался на головную боль, боли в области сердца, на кошмарные сновидения, настойчиво просил полечить от стрептодермии. Беспокоился за свои вещи, боялся, что их разворуют, сопротивлялся осмотру и описи вещей, требовал все в палату. Сразу сообщил, что он — английский шпион и что участвовал в разработке убийства Листьева. По специальности он писатель, опубликовал много романов. Госпитализацию в психиатрическую больницу объяснил происками следователя Шкарина, который через институт им. Сербского упрятал его в больницу, чтобы не мешал Шкарину заниматься “плагиаторством”, т.е., опубликовать под своим именем отобранные у Обухова рукописи книг. Заявил, что не хочет видеть родителей. Перспективами не поинтересовался. Попросил выдать ему бумагу для написания книг и обеспечить теплой водой для чистки зубов. В последующем во время бесед с врачами выглядел однообразным, во многом стереотипным. Заходил в кабинет вразвалку, чрезмерно раскачиваясь из сторонфы в сторону, плохо сгибая ноги. Сидел скованно, не вращая головы, устремив взгляд в одну точку, упорно, игнорируя просьбы, не смотрел на собеседника. Выражение лица напряженно амимичное. Беседы, особенно впервые недели и в более официальной обстановке (при совместных осмотрах с главным врачом, начмедом) протекали непродуктивно. Отвечал обычно без задержки, но крайне лаконично, стереотипно повторяя 1 – 2 – 3 фразы. Чуть коснувшись содержания вопроса, а то и сразу игнорируя его, переходил на одни и те же свои темы: он — великий писатель, первый в России; следователь Шкарин украл у него рукописи, отца у него убили, а мать скоро убьют. Говорил об этом привычно-стереотипно, бесстрастно. Раздражался на уточняющие вопросы, на просьбы поговорить на другие темы. Начинал гру-

бить, допускал циничные выражения. И вообще с собеседниками держался пренебрежительно, не соблюдая принятой дистанции. Раз пришел на беседу с главным врачом и сразу жен достал из кармана большое яблоко, демонстративно с хрустом съел его. На замечание заявил: “Что, не имею право яблоки есть?... Они полезные. Могу Вам дать”. В другом случае. Уклоняясь от ответа на неприятный для него вопрос, скороговоркой зачастил: “Прикажите прекратить жечь мусор. Не можете?... Значит плохой руководитель. Уступите место другому.” Тем не менее, определенной границы с бестактности не переходил и на замечания реагировал. В беседах последнего периода (в апреле) и с одним лечащим врачом держался намного мягче и гибче, временами выглядел совершенно адекватным. Полноценных сведений о себе не давал. Уклонялся, отсылал к документам, говорил фрагментами об очевидно известных ему вещах: о его возрасте, значимых для него дальше. Сразу спокойно признал, что он обвиняется как английский шпион, что ему грозит 15 лет колонии. Но это его не беспокоит, так как в колонии он будет писать свои книги. До апреля, несмотря на все расспросы, большего о деле не говорил. Затем неожиданно пояснил, что вступил в контакт с английской разведкой с целью найти у нее защиту от КГБ, который стал преследовать его за его книги. Всегда говорил, что он психически здоров, а в институт им. Сербского и в данную больницу специально помещен по распоряжению следователя Шкарина. На вопрос о наличии у него слуховых обманов сразу же рассказал, что слышит почти постоянно мелодию “ламбады”, передаваемую телепатически. Как обычно, никаких уточнений не дал, до конца апреля ограничивался только “ламбадой”, а после неожиданно заявил, что главный врач на него действует телепатически — и так же без всяких уточнений. В качестве доказательства гибели отца ссылается на слова матери, якобы, рассказавшей ему об этом. Иногда заявлял о наличии телепатической связи и с матерью. О матери отзывался с неподдельным раздражением, говорил, что она делает все не так. На свидания к ней выходил. На первом свидании разговаривал с ней на английском языке. Выслал ей доверенность на продажу его квартиры. Касаясь своего пребывания в следственном изоляторе, заявил, что с ним в камере сидел некто Шевченко, являющийся чертом. Черт потому, что он видел у него хвост и рожки. При этом показал пальцами размеры рожек. А хвост мол видел, когда делал массаж Шевченко по его приказу. В отделении с первых дней и практически ежедневно пишет “роман”. Требуется создать для этого условия: выдать бумагу, поместить в светлую палату. В персоналом и больными на дистанции. Эгоистичен, капризен, мелочно-придирчив. Недоволен подселением соседа в палату (2-местную), требует только некурящего. Ревностно следит за предоставлением прогулок, во время которых, раздевшись по пояс, усиленно занимается зарядкой. Тщательно несколькими щетками чистит зубы. Противится досмотру личных вещей. В нескольких эпизодах

привлек к себе особое внимание. Один раз, протестуя подселению соседа, припер кроватью дверь в палату и запустил подушкой в персонал. Во второй раз цинично поинтересовался у старшей сестры о возможности привести ему за его деньги на ночь женщину. В третий, после небольшой стычки с больным, пожаловался лечащему врачу, что дежурная медсестра обозвала его “жидовской мордой”, и написал прокурору жалобу на главного врача, который, якобы, оскорбил его теми же словами. На просьбу объяснить оговор отомчался. Помимо написания книги, написал заявление Президенту, в котором с фамильярным обращением: “Борис”, предложил поскорее заселить Марс для утверждения приоритета России. Болезненно отреагировал на назначение нейролептиков, которых практически не принимал, так как персоналу было дано указание не настаивать на приеме лекарств при его отказах. Чем он и воспользовался. Получил две инъекции галоперидола 0,5 % по 1 мл в связи с демаршем на подселение соседа в палату. Сразу же предъявил массу жалоб на самочувствие, просил отменить инъекции, заверял, что сосед его устраивает. 15.04.98 г. в его бумагах были обнаружены тщательно упакованные листы с написанной его рукой памяткой о том, что надо говорить и как себя вести, чтобы ему выставили диагноз шизофрении. Практически все неадекватности в его поведении и высказываниях по пунктам перечислены в этой памятке. На просьбу пояснить этот факт выдал вегетативную реакцию с учащением пульса с 70 до 110 ударов в минуту, пристально рассмотрел листки и заявил, что это не его бумаги. В последующих беседах характер высказываний качественно не изменился, но сам стал несколько мягче и доступнее в общении, поднял взгляд на собеседника; в мимике появился налет озабоченности. Стал меньше заниматься рукописью.

Психологическое обследование. Из данных обследования, проведенного 30.01.98 г.: “...Демонстрируемая испытуемым стратегия не соответствует никаким известным патопсихологическим симптомокомплексам, в том числе и реактивной дезорганизации психических процессов. Даже после нескольких предъявлений “10 слов” упорно воспроизводит одно единственное. Инструкции к “пиктограммам” затруднений не вызвали, тщательно и неспешно прорисовывает линии, нарочито стараясь закрашивать фигуры. Абсолютно игнорирует указание закончить или делать задание быстрее, не реагируя ни малейшими изменениями своего поведения. Заключение: сопоставление прямых (количественные показатели) результатов обследования с косвенными (усвоение инструкций и ориентация в беседе) свидетельствуют об установочном поведении испытуемого”. Из данных обследования, проведенного 07.04.98 г.: “...Не отказываясь прямо от работы с методикой (тест Роршаха), дает ответы, которые никак не привязаны к предлагаемому изображению. От уточнений отказывается, мотивируя тем, что “каждый дурак знает”. “В целом: сопоставление характера беседы, усвоения инструкций

и способа выполнения теста свидетельствуют об установочной позиции и негативном отношении испытуемого к обследованию”.

Заключение. На основании вышеизложенного комиссия пришла к заключению, что Обухов Платон Алексеевич болезненным расстройством психической деятельности, достигающим психотического уровня, в том числе и реактивного (психогенного) характера, не страдает. Имеющие место несоответствующие психической норме поступки и высказывания Обухова не укладываются в закономерности какого-либо известного психического заболевания и являются осознанно предъявляемым творчеством защитно-установочного плана. Из данных анамнеза и некоторых особенностей психического состояния следу-

ет, что Обухов П. А. является психопатической личностью шизоидного круга. Учитывая сказанное, комиссия считает, что Обухову П. А. принудительное лечение следует отменить и направить его в распоряжение судебно-следственных органов.

Председатель комиссии:

главный врач В. Д. Стяжкин;

Члены комиссии:

зав. кафедры психиатрии
Государственной мед. академии
им. И. И. Мечникова

В. А. Точиллов,

зам. глав. врача по м/части

А. Г. Голубев,

докладчик, зав. отделением

Г. Ф. Логаш.

СУДЕБНОЕ КОМПЛЕКСНОЕ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО ОБУХОВА ПЛАТОНА АЛЕКСЕЕВИЧА 28 – 29 АПРЕЛЯ 1998 Г.

В Независимую психиатрическую ассоциацию России обратилась Ольга Ивановна Обухова с письменной просьбой о проведении психолого-психиатрического исследования ее сына, Платона Алексеевича Обухова, 1968 г. рожд., находящегося в С.-Петербургской ПБ строгого наблюдения на принудительном лечении.

Судебное комплексное психолого-психиатрическое исследование больного Обухова П. А. произвела комиссия НПА в составе:

председателя комиссии президента НПА России,
члена Палаты по правам человека при
Политическом Консультативном Совете
при Президенте РФ,
канд. мед. наук Ю. С. Савенко

членов комиссии
психиатров: Н. В. Спиридоновой
Б. А. Астапенко
психолога Л. Н. Виноградовой.

Указанный в наименовании статус комиссии представителей Независимой психиатрической ассоциации России из трех психиатров и медицинского психолога — тестолога следует из учебного пособия “Судебно-психиатрическая экспертиза (понятие и виды)” (М., 1996, стр. 9 – 10) ведущего юриста Государственного научного Центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского канд. юр. наук С. Н. Шишкова. В соответствии со ст. 46 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях права граждан при ее оказании” и Уставом НПА, утвержденным Минюстом РФ, члены НПА вправе осуществлять контроль за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании им психиатрической помощи.

Исследование проводилось по согласованию и в присутствии главного врача СПбСН д-ра В. Д. Стяжкина, заместителя главного врача д-ра А. Г. Голубева, заведующего отделением д-ра Г. Ф. Логаша и с согласия самого больного.

Члены комиссии ознакомились со стационарной историей болезни П. А. Обухова и актом стационарной судебной комплексной психолого-психиатрической экспертизы Центра им. Сербского, где подробно изложены анамнестические сведения.

Клиническую картину больного определяет, прежде всего, **грубо установочное гротескное поведение и речевая продукция.** Такие грубость и гротескность традиционно квалифицируются в психиатрии как **сюр-симуляция**, то есть, симуляция психически больного человека. Психически здоровый симулянт дает обычно так называемые “ответы рядом”, он намеренно ошибается, но не грубо, чем больше “белых ниток” в его симуляции, тем с реально более грубыми психическими расстройствами мы имеем дело. В данном случае таких “белых ниток” очень много.

- Это несуразница грубо фантастических утверждений о рогатом соседе по тюремной камере;
- нарочитые обвинения матери и брата в краже последнего романа, могущего претендовать на Нобелевскую премию;
- явственное фантазирование на ходу, например, ни разу не отмеченное до этого заявление, что он регулярно пьет собственную мочу в лечебных целях, а когда нет посуды прямо из ладоней;
- откровенно гротескная импровизация, не заботящаяся ни о системе, ни об элементарной непротиворечивости не только в словесной продукции, но и в самом поведении. Так в истории болезни отмечалось, как поза и походка больного менялись сразу же после выхода из кабинета врача¹; как доморощенная инструкция по симуляции, во многих пунктах явно соблюдаемая, безмятежно сохранялась в палате, разве что из графоманских побуждений, как заготовка к тексту очередного романа; как обнаружение этой инструкции вызвало вегетативную реакцию. Это последнее доказывает, что сохранялась эта инструкция не нарочно для запутывания, то есть, что здесь наверняка нет второго

уровня рефлексии, что больной действует в одной плоскости, в одной жесткой шаблонной роли, чересчур для себя примитивно.

В этой связи нельзя не отметить, что представители больницы, представлявшие больного, демонстрировали обнаруженную ими инструкцию по симуляции с нескрываемым торжеством, что многие записи в истории болезни несут печать однозначной тенденциозности: например “больной пытается запутать врача”, что — на словах признавая факт сюр-симуляции — они остались под преобладающим впечатлением этой на деле естественной и универсальной защитной позиции больного. “Он ведь понимает, что ему грозит либо 15 лет лагеря, либо полгода психиатрической больницы”. Налицо гиперболизация обоих сроков и полная психологизация поведения больного.

Между тем, характер симулятивного поведения и высказываний больного подлежит психопатологическому анализу. Помимо отмеченных грубости, гротескности, небрежности, противоречивости, что является клиническим выражением **некритичности** и **диссоциативности мышления**, выступает **полное отсутствие** как в момент обследования, так и в истории болезни, каких либо проявлений **депрессии, тоски**, каких-либо **проявлений виновности** перед близкими за принесенный им катастрофический ущерб.

Наоборот, все дышит грубо **эгоцентрической** потребительской иждивенческой **позицией, стеничной**, даже агрессивной (как непосредственно, так и проективно) **установкой, персекуторной настроенностью**. Больной конфликтен и крайне противоречив.

Отмечаются два лейтмотива активности больного: графоманский и ипохондрический. Характер романов примитивен и представляет смакование перверзно-сексуальных и жестоких садистических и некрофильных сцен.

Грубо произвольные ответы или полная несостоятельность на элементарных заданиях, типа запоминания пяти цифр, девальвируют попытку использования многих традиционных психологических методик, однако только тех, где понятно, какой ответ является хорошим, а какой плохим. Непонятность этого называется в тестологии объективностью теста. В наиболее высокой мере такой объективностью обладает тест Роршаха и ряд других проективных методов, включая метод пиктограмм. В тесте Роршаха не существует правильных или неправильных ответов, его невозможно симулировать, любые произвольные ответы, любая попытка симуляции несут в себе внутреннюю структуру, изоморфную структуре личности испытуемого, особенностям его психической деятельности (БМЭ, М., 1984, т. 22, С. 372 – 373). Предшествующие попытки предъявления больному этого теста свидетельствуют о его непрофессиональном использовании (напр., сказано, что испытуемый давал “нелепые ответы”, хотя в тесте Роршаха такие ответы невозможны); психологические заключения полно-

стью лишены каких-либо примеров и ограничиваются расплывчатыми впечатлениями.

Согласно экспериментальным данным по тесту Роршаха отмечены **выраженные нарушения мышления**, в проективном рисунке “Дом и три человека” — **персекуторная настроенность** (см. прилагаемое экспериментально-психологическое заключение).

Все виды психической продукции больного — его сюр-симуляция, его графомания и ипохондрия представляют стилистически однородное, изменчивое **бредоподобное фантазирование**, питающееся текущими актуальными ситуациями, вовлекающее новые персонажи, перетекающее в новые темы и т.п.

Дифференциальный диагноз целесообразен между выставленной в Центре им. Сербского и в С.-Петербургской ПБСН шизоидной психопатией и психопатоподобной формой малопрогрессирующей шизофрении или — пользуясь термином МКБ-10, — шизотипическим расстройством.

Формально следуя МКБ-10 можно было бы удовлетвориться констатацией лежащего на поверхности факта, что психическое состояние больного вмещает в себя не только все 9 характеристик шизоидного расстройства личности (F 60.1), тогда как для такой квалификации достаточно четырех, но и все 6 характеристик диссоциального расстройства личности (F 60.2) вместо необходимых трех. Диагностически значимым и решающим является наличие не менее 6 характеристик шизотипического расстройства (F 21) вместо необходимых четырех из девяти.

Говоря содержательно, решающим является **наличие расстройств мышления**, выступающих как клинически в разнообразных формах гротескной сюр-симуляции, так и в экспериментально-психологическом исследовании проективными тестами. Это: **некритичность, диссоциативность, категориальная нечеткость мышления, снижение его целенаправленности**.

Как известно, больной был признан вменяемым по инкриминируемому ему деянию, но заболевшим в ходе следствия и направленным в ПБСН до излечения. Правда, рыхлая формулировка диагноза вызвала настоятельные вопросы еще в зале суда: лечить от чего? На что был получен ответ: “от реактивного состояния”. В С.-Петербургской ПБСН пришли к убеждению, окончательно утвердившемуся после совместной консультации с проф. В. А. Точиловым, что реактивного состояния не только нет, но фактически не было даже при поступлении.

Тем самым игнорируется подробно описанный, например, в известной монографии проф. А. Б. Смуглевича “Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния” (М., 1987, С. 68 – 93) класс случаев, когда гротескная симуляция представляет форму реактивного состояния у больных с малопрогрессирующей шизофренией. Этим устраняется какая-либо противоречивость в описании разбираемого больного. В любом случае ситуация больного — это ситуация действия мощного психотравмирующего фактора, который неизбежно заостряет как исходные пси-

¹ Аналогично этому продавал украденные пиво, а в другом случае мясо, в непосредственной близости от проходных предприятий, где совершал хищение.

хопатические черты личности, так и имевшиеся психические расстройства.

Итак, тяжелая семейная отягощенность психическими расстройствами, гротескные черты личности с пубертатного криза вплоть до лечения у психиатра, грубые причуды и несообразности поведения на протяжении всей последующей жизни, постоянно нарастающие эмоциональная выхолощенность, отсутствие друзей, эксцентричность облика, манер, поведения, разнообразные диссоциации, клиническая не критичность мышления, ярко выступающая в грубо гротескной симуляции, переменчивое бредоподобное фантазирование, персекуторная настроенность, тенденция к общему снижению уровня психической деятельности, подтверждаемые экспериментально-психологически, позволяют диагностировать у больного **ПСИХОПАТОПОДОБНУЮ ФОРМУ МАЛО-**

ПРОГРЕДИЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ. Выраженность психических расстройств в рамках этого диагноза достигает такой степени, что позволяет усомниться во вменяемости больного в отношении инкриминируемого ему деяния.

Председатель комиссии:

к. м. н. Ю. С. Савенко;

Члены комиссии: психиатры

Н. В. Спиридонова

Б. А. Астапенко

психолог Л. Н. Виноградова

Приложения:

1. Экспериментально-психологическое исследование б-ного П. А. Обухова, 30 лет. 28 апреля 1998 г.

2. Заключение психолога в отношении 11 писем Платона Обухова к матери из СИЗО (июнь 1997 – январь 1998).

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Экспериментально-психологическое исследование б-ного П. А. Обухова, 30 лет. 28 апреля 1998 г.

Б-ной исследован тестом Роршаха, экспресс-предъявлением трех таблиц ТАТ, рисуночным тестом “Дом и три человека”, методом пиктограмм, методиками “Исключение предметов”, “Простые аналогии”, “Сравнение пословиц” и “Запоминание 10 слов”.

Больной производит впечатление напряженного. Сидит почти неподвижно, движения замедленны, говорит монотонно, глядя в одну точку. На исследование согласился сразу, однако не проявил к нему никакого интереса: все задания выполнял крайне формально, в некоторых случаях нарушал инструкцию, стимулирование в эксперименте дополнительной продукции приводило лишь к непродуктивной разработке уже данных ответов, часто с уходом далеко в сторону. К концу исследования больной несколько оживился, стал вести себя чуть более раскованно, задал несколько посторонних вопросов, а в конце пожелал успехов и счастливого пути. Предварительная беседа свелась к монологу больного на интересующие его темы: успехи в литературном творчестве, недоброжелательность матери и др. людей и т.п. Больной заявил, что его упрятала в больницу мать, так как она стремится избежать наказания за кражу его романа, который должен получить Нобелевскую премию. Говорил, что в больнице на него действуют специальной аппаратурой, пытаясь внушить, что он душевно больной, однако ему удалось “доказать врачам, что это не так” и последний месяц ему перестали давать лекарства.

Описанное ранее и проявившееся в данном исследовании **установочное поведение** весьма примитивно: это “глухая защита” с демонстрацией собственной несостоятельности во всем, часто носящая весьма грубый, гротескный характер. Так при запоминании 10 слов и в пиктограмме больной не дает ни одного

правильного воспроизведения, при сравнении пословиц демонстрирует их буквальное толкование, в “исключении предметов” дает неправильные ответы даже на самые очевидные картинки (напр., нога, ботинок, сапог, туфля — “надо исключить туфлю, так как это женская обувь, а нога здесь мужская”) и т.п. Однако информативным является и сам выбор способа “симуляции”, и динамика поведения в ходе эксперимента. Поскольку временные характеристики деятельности не снижены и выявляемые характеристики обнаруживаются на протяжении всего исследования (около 2-х часов), можно говорить о достаточной “органичности” для больного демонстрируемого поведения и считать его в свою очередь информативным. Кроме того, использование проективных методов, в первую очередь, теста Роршаха, где нет правильных или неправильных ответов, а анализ проводится по очень большому числу формальных структурных характеристик (локализация ответа, детерминанты ответа — форма, цвет, движение, светотень и т.п., временные и количественные соотношения) и, таким образом, отражает глубинные характеристики личности, не поддающиеся произвольному изменению, позволяет проинтерпретировать полученные экспериментальные данные.

При этом на первый план выступают **грубые нарушения мышления** в виде:

а) **некритичности** (формула восприятия $W - ((D)) - DdS$ — резкое преобладание целостных ответов с опорой на неопределенные плохо структурированные детали без всякого анализа);

б) **категориальной нечеткости** (процент ответов с четкой формой — $F+ \%$ — 18 вместо 70 ± 5 в норме; а также “размытые” образы во всех других методиках на мышление);

в) **выраженная формальность и стереотипия** (в “простых аналогиях” в первых 10 заданиях выбирает ответы с опорой на расположение слов в ряду; в пиктограмме 3 ответа из 16 даны по признаку отдаленного звукового сходства, напр. “голодный ребенок” — лодка “развитие” — веревка — “вить”, практически все рисунки, включая “Дом и три человека” в виде геометрических фигур, расположение рисунков в первом ряду справа налево, затем — слева направо, во всех методиках имеются повторяющиеся образы);

г) **нереалистичность** (индекс реалистичности в тесте Роршаха 2 вместо 6 – 7);

д) **тенденция к снижению уровня обобщений** (примитивные конкретные образы в пиктограмме, в исключении предметов все ответы с опорой на конкретно-ситуационные и конкретные признаки).

Выявляется также **актуальное снижение качества интеллектуальной продуктивности** (в тесте Роршаха только 1 ответ из данных 15 с опорой на движение, 1 целостный с хорошей формой, ни одного оригинального, бедность используемых содержательных категорий, примитивность ассоциаций в пиктограмме и исключении предметов), **выраженная эгоцентричность** (включение тестового материала в значимые для больного актуальные переживания, установление примитивных связей такого рода, напр. на “ядовитый вопрос” в пиктограмме рисует схематичное лицо — “Д-р Стяжкин, он всегда задает ядовитые вопросы, острит”, на “вражда” — вновь человеческое лицо — “брат мой, мы с ним всегда враждовали”, “зависть” — чуть более подробно нарисованное лицо — “это я — мне всегда завидовали, у меня много достижений”, “веселый праздник” — решетка — “это клетка с тигром, куда меня мать хотела кинуть, тогда праздник был”), и **склонность к произвольному объединению различных предметов с достраиванием ситуации** (напр., из гуся, слона, ведра и бабочки исключает гуся, так как “бабочки обычно на слоне яйца откладывают, а в цирке слоны с ведрами выступают”, из балалайки, радиоприемника, телефона и письма исключает балалайку, так как “она механическая, а не электрическая, все остальное связано с электричеством — письма когда штампуют, там тоже электрический прибор используют”; в тесте Роршаха — развитие ответов в последующий рассказ уже без опоры на картинку, напр. на X табл., начав с реально увиденного образа “два мужчины, боксеры тяжеловесы”, он продолжает: “друг другу морды разбивают, на ринге или вне ринга, да, уже вне ринга, а люди вокруг смотрят и кричат, чтобы получше друг друга молотили. Один правой плохо работает, боковые удары у него плохо получаются, а второй — с обеих рук хорошо. Перчатки у них американские...”).

В аффективно-мотивационной сфере выявляется **резкая аффективная неустойчивость** с тенденцией к аффективным вспышкам (FC < CF, значительное количество ответов, в которых ведущей детерминантой является цвет в тесте Роршаха, ответы “взрыв”,

“пожар”, “извержение вулкана”), **значительное количество тревожных показателей** (ответы с опорой на недифференцированную светотень, анатомические и архитектурные образы в тесте Роршаха), **гипобулия и снижение контроля эмоций** (нарушение целенаправленности деятельности в виде многократных нарушений инструкции, в тесте Роршаха улучшение количественных показателей продуктивности только на черно-красных таблицах).

Безусловным является также наличие у больного **деструктивных переживаний** со смакованием различных извращений и насилия, тенденция к агрессивности. Так в пиктограмме на “вкусный ужин” рисует череп и кости и говорит, что это “человеческое мясо”, в тесте Роршаха на II таблицу дает ответ “пожар” и развивает ответ следующим образом: “какое-то большое здание горит, люди заперты, заживо сгорают, как кусок мяса в духовке запекают. Жареным мясом пахнет”, а на IV табл. — “человека убили, а потом асфальтовым катком раскатали, чтоб не могли опознать, раз восемь проехали, профессионально работали” и т.п. На 13 табл. ТАТ очень быстро: “Это ясно, зарезал, потом изнасиловал и удовлетворение получил. Такое бывает, иногда не до конца убивают, а сделают надрез и в то же отверстие половой член погружают, там все в крови хлюпает, а им нравится”. Выявленное в тесте Роршаха резкое снижение контроля эмоций в сочетании с нарушениями мышления и достаточно высоким уровнем активности может указывать на **высокий риск агрессивных действий**. Кроме того, имеются указания на **персекуторный характер переживаний**. Так при выполнении рисуночного теста “Дом и три человека” больной рисует квадрат, ставит в центре точку, а затем отделяет один из углов дугообразной линией и ставит там еще две точки: “это человек в доме, а там за занавеской спрятались двое и следят за ним”, в тесте Роршаха имеется ответ “танк, спрятался в засаде и выстрелить готовится. Выявляются **трудности в межличностных контактах** (отсутствие ассоциаций в пиктограмме на слова “семья” и “дружба”, отсутствие целостных человеческих образов в рисуночных заданиях) и **некоторая озабоченность состоянием здоровья** (комментарии типа: “это вред здоровью может принести”).

Таким образом в результате проведенного исследования обнаружены **грубые нарушения мышления** (некритичность и категориальная нечеткость, формальность, стереотипия, нереалистичность), ведущие к актуальному **снижению качества интеллектуальной продуктивности** (общая обедненность, примитивность, снижение уровня обобщений), а также **тенденция к волевому снижению** (нарушение целенаправленности, снижение контроля эмоций), **резкое доминирование деструктивных и наличие персекуторных переживаний** у больного с **выраженным установочным поведением**.

Психолог Л. Н. Виноградова

Заключение психолога в отношении 11 писем Платона Обухова к матери из СИЗО
(июнь 1997 – январь 1998)

Все письма (за исключением одного, представляющего стихотворение) однотипны во всех отношениях. Все они исчерпываются стереотипно повторяемыми и звучащими сверхценно темами здоровья и творчества. Тема здоровья особенно гиперболична: он заразился чесоткой и стрептодермией, кожа в струпьях, язвах, гниет и кровоточит, он весь гниет, в крови бактерии, зрение падает, он задыхается, просит прислать вентилятор.

Его тревожит судьба его романов и возможность писать новые (“Жизнь уходит. Единственное, что я могу — это писать”), навязчиво и стереотипно повторяется призыв прислать “черные ручки и белую бумагу”. Последнее подтверждает ослабление зрения.

В одном письме возникает тема гонящейся за ним машины, пытающейся его задавить.

Все письма — без обращения к матери, ничего нежного, даже просто теплого, только нетерпеливо лихорадочный перечень необходимого.

Форма и содержание писем совершенно не похожи на продукцию не только литератора, но просто грамотного человека: почти полностью отсутствует пунктуация, большинство слов пишется с заглавных букв, много грубых орфографических ошибок (“коммерция”, “доллары”, “калбаса”), много логических нестыковок, вплоть до нарушения согласований, связности. “Зрение Ухудшается Но Ничего Не сделать Это тюрьма а не курорт и нужно Бороться с преступно-

стью поэтому Зрение ухудшается”, “Получил Передача Нужно чтобы Сало с мясными Прожилками. Спасибо. Получил для зуба чтоб Чистить Зуб и Губки спасибо чистить Вот Спасибо Бумага и Ручки”, из стихотворения:

“Сигарета рассыпалась в пепел,
И сгорела, как домна в раю.
Но колхозом вытаскивать репу
Ты не сможешь на грязном краю.
И замочная скважина видит
Что творится в огромном окне,
Пусть она всей душой ненавидит,
Тех, кто скачет на красном коне.”

Почерк неровный, местами слитный, местами с отдельно прописываемыми буквами, одновременно использованием прописного и печатного написания отдельных букв.

Заключение. Письма П. Обухова как по формальным, так и по содержательным характеристикам отражают значительную дезорганизацию психической деятельности, непоследовательность, стереотипность, огрубление и примитивизацию, сверхценную сосредоточенность на темах, лежащих вне судебного процесса, дистимический фон настроения, малопродуктивную возбужденную активность, ипохондрическую настроенность и нарушения мышления.

16 апреля 1998 г.

Психолог Л. Н. Виноградова

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

на акт психиатрического освидетельствования
ОБУХОВА Платона Алексеевича, 1968 г. рожд.
от 20 апреля 1998 г.

в Санкт-Петербургской психиатрической больнице специализированного типа
с интенсивным наблюдением комиссией врачей психиатров в составе
В. Д. Стяжкина (председатель), В. А. Точилова, А. Г. Голубева, Г. Ф. Логаша

Акт психиатрического освидетельствования Платона Обухова представлен на 7 страницах машинописи и состоит из вводной части (0,5 стр.), анамнеза (3 стр.), соматического состояния (0,25 стр.), психического состояния (2,25 стр.), психологического исследования (0,5 стр.) и заключения (0,25 стр.).

Авторы акта заключают его утверждением, что все поведение и все высказывания Обухова являются “осознанно предъявляемым творчеством”. Доказательством этого является для авторов акта **полное соответствие поведения и высказываний Обухова перечисленному в найденной у него памятке и полное несоответствие поведения и высказы-**

ваний какому-либо известному психическому заболеванию.

Таким образом, содержательная аргументация акта сводится к двум доводам, которые в значительной мере противоречат друг другу.

Первый довод — это обнаруженная “15.04.98” “памятка” “для симуляции диагноза шизофрении”, где “по пунктам” перечислены “все неадекватности в поведении и высказываниях” подэкспертного.

Второй довод — “все несоответствующие психической норме поступки и высказывания Обухова не укладываются в закономерности кого-либо известного психического заболевания”.

Авторы акта, описав сложную картину поведения и высказываний Обухова, вместо ее психопатологического анализа, требующего немалых усилий, ограничиваются констатацией факта обнаружения памятки для симуляции и заменяют этим весь необходимый анализ. Но ведь картина симуляции, причем симуляции не просто явной, а гротескной, была видна и описана и без этой памятки. Обязательное правило для эксперта психиатра, хорошо всем известное последние 100 лет, — подвергнуть саму симуляцию психопатологическому анализу, потому что симуляция это защитный механизм *per se*. Такое поведение — это универсальная реакция значительной части людей в безвыходной ситуации предстоящего осуждения. О “симуляции” говорят в тех случаях, когда этот тип поведения осуществляется вполне осознанно. Чаще используется более широкий термин: “установочно-защитное поведение”, который включает в себя не только осознанное поведение, но также весь спектр полусознательных, подсознательных и бессознательных проявлений.

Итак, грамотный человек, отлично окончивший МГИМО, сотрудник МИДа, знакомый с психиатрической литературой, пишет такую памятку для симуляции, которая не соответствует ни одному известному психическому заболеванию, и тщательно следует ей. Искусственность и натянутость такого предположения, казалось бы, очевидна. Поэтому поражает, что авторы акта вполне удовлетворяются своей находкой и видят в ней одно из основных доказательств. Они ставят точку там, где анализ только должен был начаться. Не обсуждаются разнообразные возможности, которые вытекают из анамнестической части собственного акта. Памятка по симуляции перечеркивает для авторов гротескность личности Обухова на протяжении всей его жизни с четырехлетнего возраста. Между тем — если, конечно, не допускать, что Обухов симулировал свою жизнь — авторам акта следовало бы сосредоточить внимание на характере памятки и ее психопатологическом анализе. Следовало бы хоть частично привести найденную памятку в акте. Во всяком случае, чрезвычайное значение, которое ей придается авторами акта, делает необходимым приобщение ее к делу, как важного документа для независимых экспертов. Что это? Конспект каких-либо руководств по психиатрии? Описание форм шизофрении? Какие-то выписки, конспекты? Можно почувствовать руку консультанта-профессионала? Все это действительно уличало бы симулянта. Или это продукт совершенно оригинального творчества подэкспертного, сродни его психопатологической продукции и свидетельствующий о полной некритичности?

Согласно многодесятилетнему опыту исследования симулятивного и установочного поведения в психологической лаборатории Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, обобщенного Н. Н. Станишевской, и

составившего известный цикл ее лекций для психиатров, психологов и сотрудников правоохранительных органов, одна из основных закономерностей состоит в том, что картина установочного поведения всегда соответствует представлению подэкспертного о том, каким должно быть поведение реально психически больного человека в данной ситуации. Эта закономерность подтверждается не только на сознательном, но и на внесознательном уровне. Уровень культуры и образования неизбежно сказывается у любого сознательно симулирующего. Грубая гротескность симулятивного поведения, как правило, расценивается как проявление не симуляции, а сюр-симуляции, то есть, симуляции психически больного, тем более сниженного, чем грубее искусственность этой симуляции. Однако авторы акта не озаботились обсуждением очевидной несообразности нелепого поведения Обухова, отсутствием в его установочном поведении, в его симуляции, определенной собственной логики, определенной рациональной схемы. Какой сознательный симулянт, тем более автор многих детективов, станет помимо симуляции писать памятку и сохранять ее, хорошо зная о регулярных “шмонах”?

Таким образом, мы видим несовместимость двух основополагающих доводов авторов акта. Если все поведение и все высказывания Обухова не соответствуют ни одному психическому заболеванию, то обнаруженная памятка по симуляции и четкое следование ей — свидетельство отсутствия критичности мышления Обухова. Выдвигая одновременно два столь несовместимых довода, авторы акта явно рассматривали симуляцию и болезнь как альтернативы одного измерения. На самом деле это два независимые друг от друга измерения: психическая болезнь и симуляция часто сочетаются друг с другом. Вопрос следует ставить иначе: исчерпывается ли отмеченная картина симуляцией или наряду с отмечаемой симуляцией присутствуют и признаки психической болезни?

Приводимые в самом акте анамнестические сведения совершенно игнорируются. Между тем, если провести сопоставительный анализ анамнеза и психического состояния, то есть, взглянуть на психическое состояние в свете анамнеза, то обнаруживается их высокое сходство в общем рисунке поведения, в его стилистике, в характере высказываний.

Из анамнеза следует резкое изменение характера с 4-х лет, жестокость, негативизм, бессмысленная страсть к накопительству, собирание всякого хлама, скупость, черствость, замкнутость, воровство, аморальность (пытался продать дяде украденное у своего родного брата), сексуальная обнаженность даже с матерью, ипохондричность (навязчивые мысли о раке полового члена и т.п., постоянное закалывание), импульсивные и неадекватные поступки (например, не явился на регистрацию брака, устроил пожар на балконе и т.п.), всегда одевался как БОМЖ, отталкивающим образом вопреки предписываемому самой про-

фессией дипломатическому церемониалу. В 1986 г. (с 18 лет) родители вынуждены были лечить его у психиатра. При всем этом проявлял большие способности, был гиперактивен, за пять лет (1991 – 1996 гг.) опубликовал 14 “кассовых” детективных романов. В акте говорится, что клинико-психопатологический анализ этой письменной продукции не выявил каких-либо признаков психического заболевания (стр. 4). Однако, вызывает сомнение, что такого рода попытка предпринималась, так как ничего не говорится о привлечении специалиста такого анализа.

Итак, мы видим задолго до больницы гротескность поведения в стиле самой жизни, очевидным образом выходящую за пределы, обозначаемые как шизоидная психопатия. Неверно, что это поведение не укладывается ни в одно известное психическое расстройство. Это вполне узнаваемая картина так называемого “фершробен”, то есть, психопатоподобной шизофрении. Только удачно найденное приложение усилий (писание детективов) в сочетании с исходно высокими способностями и автоматически действующим высоким положением отца позволили ему не снизиться социально. Эмоциональная выхолощенность, выступающая, в частности, в регрессивной обнаженности с матерью, явная гипобулия, то есть волевое снижение, обнаруживаемое как раз в неспособности выдерживать какую-то заданную роль или план действий, постоянные срывы, поступки, несовместимые с чем-то рациональным, часто во вред себе, диссонанс хитроумия детективов с наивным поведением в жизни, очевидная некритичность мышления, выступающая в характере его симуляции, далеко выходят за содержание понятия “шизоидная психопатия” и свидетельствуют о наличии болезненного процесса.

Обращает внимание крайне небрежная манера написания акта: про неупелтил написано, что его “подсыпали” Платону в кофе (стр. 2), хотя хорошо извест-

но что обычно это капли; про один из романов сказано, что Платон “прозрачно вывел” своих сослуживцев (стр. 3), хотя намного точнее и беспристрастнее было сказать, что он описал их под реальными фамилиями; сам Платон назван П. А. Платоновым (стр. 3). Эта небрежность доходит до серьезных смысловых искажений, значимых для клинико-генетической оценки и диагностики. Так отсутствуют психопатологические данные о родственниках по обеим линиям, которые упомянуты в акте, как “лица со странностями в характере и поведении”.

Полностью игнорируется совершенно необходимый в таких случаях анализ мотивировки деликventного поведения. Не приводятся образцы творчества подэкспертного. Психологическое обследование представлено поверхностно: данные не приводятся, а выводы неубедительны.

Подводя итог оценке акта психиатрического освидетельствования Платона Обухова, мы вынуждены с сожалением констатировать его **неудовлетворительный уровень как с формальной стороны, в силу явной небрежности, так и в содержательной части. Выводы акта характеризуются выраженной противоречивостью. С одной стороны, они не вытекают из описанных в акте клинических данных и анамнестических сведений, которые только приводятся, но совершенно не учитываются. С другой стороны, заключение акта основывается на двух доводах, которые противоречат друг другу. Все это делает необходимым повторную экспертизу с участием независимых экспертов.**

Врач-психиатр высшей категории,
доцент кафедры психиатрии ФУВ РГМУ,
кандидат мед. наук

В. Н. Прокудин

9 июля 1998 г.

5-я конференция по стоимости и оценкам в психиатрии

СТОИМОСТЬ ПСИХИАТРИИ

экономика и политика здравоохранения

10 – 12 мая 2000 г., Чикаго

тел/факс: +39 (02) 58 10 69 01; E-mail: info@icmpe.org

ОТ ЭПИДЕМИОЛОГИИ К ПРОФИЛАКТИКЕ

6 – 8 апреля 2000 г., Будапешт

Tel.: +36 (1) 212-2239; Fax: +36 (1) 356-6712

E-mail: contours@enzowel.hu

По поводу “Проекта свода этических принципов и правил поведения судебно-психиатрической экспертизы” В. А. Тихоненко

*Законы, этические принципы и прописные истины
для узкого круга*

Как быстро летит время! Только что, казалось бы, в НПЖ № III за 1994 год мы высказывали свои сомнения относительно проекта Кодекса профессиональной этики психиатра, предложенного РОП, поднимали даже вопрос о целесообразности таких кодексов, если действует Закон и уже готов другой проект — свод этических принципов и правил проведения судебно-психиатрической экспертизы, разработанный доктором медицинских наук В. А. Тихоненко, опубликованный в № 4 Российского психиатрического журнала за 1999 г.

А первый проект — давно уже принят без каких-либо поправок. Мнение НПА по этому поводу в полном соответствии с традициями Российского психиатрического общества было проигнорировано.

Нет, о запоздалых обидах речи сейчас нет. Тем более, что этот Кодекс 1994 года остается, как, впрочем, и Закон о психиатрической помощи неведомым многим практическим психиатрам, воплощающим, стало быть, этические принципы как бог на душу положит.

Речь идет о том, что от этого, пятилетнего уже срока службы, Кодекса отталкивается автор проекта, формулируя свои предложения.

И снова, как и пять лет назад, бросается в глаза, что проект возникает как бы на пустом месте. Словно не существует почти столетней практики судебно-психиатрической экспертизы в России и нет никаких законов, ее регулирующих.

Что только в 1999 году а не столетием раньше появилось определение: “судебная психиатрия — часть общей психиатрии, которая использует специальные психиатрические знания и опыт для правовых целей”.

Я, много лет занимавшийся судебно-психиатрической экспертизой, никогда не думал иначе. И, следовательно, не понимал в полной мере этического смысла своей деятельности, а просто вместе с другими членами комиссии — отвечал на поставленные судом или следствием вопросы, предупрежденный об ответственности за дачу ложных показаний соответствующими статьями уголовного Кодекса. Или — не отвечал на них, когда спрашивали то, на что сами должны были ответить. (объяснить суду мотивы убийства у лица, признанного вменяемым, например).

Я всегда оставался при этом человеком со своим мировоззрением, профессиональными познаниями и эмоциональностью.

Поэтому я не мог сохранить внутреннего бесстрастия, когда свидетельствовал четырех подростков — подонков, в пьяном кураже до смерти забившего прохожего, осмелившегося сделать им замечание.

Или пребывать в олимпийском спокойствии, давая заключение о невозможности слабоумного органика понимать значение своих действий и руководить ими, когда он подписывал официальный бланк жилищного обмена своей двухкомнатной квартиры на несколько квадратных метров в семье своих родственников (надо ли уточнять, что жил он, на самом деле постоянно в психиатрическом стационаре?).

И, каюсь, не мог не радоваться, когда после моего заключения о том, что обвиняемый в хулиганстве находится в состоянии патологического опьянения, он был освобожден из под стражи прямо в зале суда.

Был, правда на заре моей экспертной работы совместно с умудренной опытом комиссией случай, когда заключение было изложено в юридических терминах, на что мы не имели права, однако суд вполне деликатно нас поправил.

Но таких высоких слов, как “совпадение высших нравственных ценностей правосудия и экспертной деятельности” мы не знали.

Теперь они введены в оборот. Со стремлением охватить все разнообразие вариантов, которые могут возникнуть в действительно подчас сложных взаимоотношениях эксперта и испытуемого.

Только вряд ли все это разнообразие можно в реальности охватить.

Психиатры общей практики и судебно — психиатрические эксперты “обслуживают” совершенно различные человеческие контингенты.

В первом случае пациенты, как правило, активно и добровольно ищут лечебной медицинской помощи, так как ощущают неблагополучие в психическом здоровье.

Во втором — подавляющее большинство освидетельствуемых составляют лица или психически здоровые, или с такими отклонениями со стороны психики, которые не препятствуют признать их вменяемыми или дееспособными. Многолетняя статистика это подтверждает.

В первом случае пациентов объединяет психическая болезнь.

Во втором — угроза уголовной ответственности или, в небольшой части, гражданские судебные споры.

И если к людям с психическими расстройствами может быть определена какая-то единая профессиональная врачебная тактика (да и то не всегда), то по отношению к массе психически или практически здоровых единая экспертная тактика наталкивается на тысячи и десятки тысяч индивидуальных волеизъявлений, способов защиты от обвинения, и, очень часто, — и невольного (а то — и вполне осознанного) расчета на то, что экспертиза поможет как то выпутаться из весьма неприятной ситуации.

Самая высокая степень гуманности эксперта не может изменить его положения в правосудии: квалифицированного предъявителя по делу. Любая иная трактовка — отступление от закона. А он достаточно подробен. Это, в частности, требование высокого профессионализма (“эксперт — лицо, располагающее специальными познаниями”). Именно профессионализм в самом широком смысле слова (включая быстроту ориентации в диалоге и мгновенную адаптацию к поведению подэкспертного при обследовании) и обуславливает место эксперта в судебном производстве.

Все оговорено в законе: права и обязанности эксперта, процедура отказа то дачи заключения, если нет достаточных данных — в УПК, необходимость уважительного отношения к испытуемым, запрет без его согласия на лекарственные эксперименты — в Законе

о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании.

Ну, а на счет того, что эксперт должен быть порядочным (может быть даже эталоном порядочности), честным, недопустимости шантажа или прямого запугивания испытуемого — тут уже действуют общечеловеческие моральные законы, обязательные и для эксперта и, скажем, для бухгалтера или дворника. Напоминать о них всегда полезно, но не с оговоркой, что все это известно тысячелетия.

Но вводить в ранг специальных этических профессиональных правил прописные истины...

Конечно, исследование профессиональной психологии (или, если угодно, технологии) такой сложной деятельности как судебно-психиатрическая экспертиза не может быть в центре внимания такого серьезного и заслуженного учреждения как Институт имени Сербского. Да и молодое поколение экспертов надо подучить, напоминание общечеловеческих принципов — только на пользу.

Однако — сколько судебно-психиатрических экспертов в России? Во всех субъектах Федерации — вряд ли более одной (прописью, как денежных документах) тысячи.

Достаточно узкий круг. Однако и он, разумеется, нуждается в инструкциях и наставлениях.

Дело хозяйское — можно их назвать и этическими принципами.

Опять же для узкого круга.

С. С. Гурвиц (Долгопрудный)

Этический императив требует начинать с другого

Недавно проф. В. А. Тихоненко опубликовал проект “Свода этических принципов и правил проведения судебно-психиатрической экспертизы” (Российский психиатрический журнал, 1999, № 4, С. 65 – 68). Этот проект заслуживает самой высокой оценки в отношении фактически всего, что в нем есть. Тем не менее, наша собственная экспертная практика позволяет высказать два принципиальных замечания.

Во-первых, хотелось получить документ, который начинал бы с самых актуальных проблем, так как само их обозначение и дифференциация в таком тексте уже было бы тем высвечиванием, которое обладает реальным этическим потенциалом. Ведь оно публично анатомировало бы типовую технологию нарушений, а не просто создавало контраст с реальным положением вещей. Мы еженедельно сталкиваемся с грубейшими нарушениями основных принципов профессиональной этики в экспертной практике, с откровенно заказным характером судебно-психиатрических актов, где полная бездоказательность делаемых заключений превратилась едва ли не в норму. Контраст нашей действительности с декларируемыми этическими принципами проведения судебно-психиатрической экспертизы огромен. Например, в разделе

“Независимость эксперта” говорится: “5.4. Ни ведомственная подчиненность, ни оплата труда эксперта не умаляют его профессиональной суверенности и не ставят при проведении экспертизы и даче заключений в зависимое положение от должностных лиц и источников финансирования”. Корректнее было бы сказать: “не должны ставить”. Ведь факт такого рода зависимости признается законодательством при разрешении конфликтов внутри ведомства, хотя тут же попирается самим существованием внутриведомственных следствия, экспертизы и суда, прежде всего, силовых ведомств. Нельзя просто отрицать реальные факты, тем более всем известные и даже традиционные для России. Такое отрицание очевидного лишает любой документ всякого уважения к себе, а ведь такое уважение — главный, если не единственный стержень соблюдения этических принципов. Если бы “профессиональная независимость” была “важнейшим моральным достоянием эксперта” и “гарантировалась законом”, не было бы никакого смысла в таких выражениях и самих реалиях нашей жизни, как “Бюро независимых экспертиз”, “включение в комиссии независимых экспертов”, да и в самом понятии “независимая экспертиза”. Всем известно, что “кто

платит, тот заказывает музыку” и что занятие ответственного поста неизбежно сокращает степени свободы каждого реального, а не абстрактного человека. очень характерна временная динамика отношения к этим именованиям. В 1989 – 1991 гг. это было возмущение: “А мы что ли зависимые?!”. Действительно, хотя зависимость была секретом полишинеля, она либо не признавалась, либо просто голословно отрицалась. Затем само понятие “независимости” было дискредитировано самыми разнообразными способами: самонаименованиями такого рода откровенно ангажированными, чисто коммерческими, совершенно непрофессиональными и просто конъюнктурными юридическими субъектами, войной компроматов, довольствованием силового перевеса, кто бы что бы ни говорил.

Модель созданной НПА России независимой психиатрической экспертизы отличается реальной административной и финансовой независимостью, что является легко удостоверяемым фактом. Однако основывается она, прежде всего, на высокой профессионализме и на высоком личном этическом уровне, которые являются более сильными факторами. И все же, наиболее совершенную модель независимой экспертизы мы видим в состязательности экспертов разных сторон в суде. Здесь акценты переносятся с экспертов с их достоинствами на убедительность используемых ими доводов, то есть, привносится научный дух рациональной доказательности (хотя, конечно, избежать действия внерациональных факторов: харизмы, социально-психологического и риторического искусства конкретных экспертов, вряд ли возможно).

Во-вторых, в Своде полностью отсутствует вторая часть заявленная в названии документа: “Правила проведения судебной психиатрической экспертизы”. Конечно, обычно не положено критиковать за то, чего нет. Но в данном конкретном случае сам характер проблематики ощутимо диктует потребность в качестве исходного принципа не абстрактно упорядоченную схему, а практику реальных типовых нарушений. Отечественная **практика типовых способов манипулирования результатами экспертных комиссий** всегда была хорошо известна профессионалам, Это, прежде всего, подбор легко прогнозируемых членов комиссии, скажем, склонных совершенно искренне к расширительной диагностике шизофрении, либо уже сформированные коллективы экспертов, сплоченные единой идеологией, либо, если решение принятое одной комиссией не подходит, передача экспертизы другой комиссии с другим председателем и т.д. Так и государственные чиновники намного лучше своих критиков знают свою закулисную кухню. **Все дело — и в этом и наша задача — в постепенно нарастающей прозрачности, а затем в преодолении глухоты по поводу увиденного. Моральная, научная и гражданская саморефлексия по этому поводу неизбежны. Делать вид, что не знаешь, не замечаешь, удается не всем и превращается в один из критериев естественного и искусственного отбора кадров.** Среди достойных традиций — самоотводы на основании собственной пред-

взятости. Мы наследники длительного культивирования прямо противоположного подхода — воинствующей партийной предвзятости. Например, в Государственном Центре социальной и судебной психиатрии им. Сербского создана группа по исследованию негативного действия на психическое здоровье деструктивных сект во главе с проф. Ф. В. Кондратьевым, исповедующая позицию, которая обоими всероссийскими психиатрическими обществами публично признана ненаучной. Однако все экспертные дела по религиозной проблематике передаются этой группе. Так осуществляется гарантированное плановое выполнение четко определенного заказа. Ни моральная, ни научная рефлексия не подвигла никого из этой группы на самоотвод. И эта, буквально вопиющая ситуация, — с нашей точки зрения, одна из центральных, — Сводом полностью игнорируется. Зато Центр им. Сербского — учреждение с самой мрачной славой в истории психиатрии — может повсюду выступать как единственное в стране учреждение, где имеется отдел этики, где разработан этический кодекс и разбираемый здесь “Свод этических принципов и правил проведения судебно-психиатрической экспертизы”. То, что в нем представлено, сделано действительно очень хорошо, интегрирует многочисленные международные кодексы и конвенции, но это личная заслуга проф. В. А. Тихоненко. Особо отметим важность такого, например, положения как недопустимость при проведении экспертизы “использовать для исследования (в немедицинских целях) методы и средства, существенно модифицирующие сознание испытуемого, нарушение целостности его личности, парализующее его волю” (4.3а). У Центра им. Сербского богатая практика использования амитал-кофеинового растормаживания в качестве детектора лжи, которое всегда выглядело противоправным и, конечно, должно иметь соответствующее не только этическое, но и правовое оформление.

В профессиональном сообществе хорошо известно, кто твердо держится научных убеждений, а кто выполняет политический заказ, чувствуя его, что называется, кожей. Поэтому нетрудно манипулировать заключениями комиссий и даже точно их прогнозировать. Такого рода механизмы во всех сферах были типичны в советскую эпоху, вплоть до неразличения концов и начал действующими лицами. Что мы можем противопоставить этому в настоящее время? Гласность в виде публикации таких экспертиз или информацию о них. То, что это оказывается очень слабым средством, свидетельствует, что основная причина лежит в более объемлющем контексте — самом состоянии общества. Но это не основание отказываться от активного использования тех средств, которыми только и располагаешь. Медицине постоянно приходится быть в этой роли, и она себя оправдывает. Поэтому **необходимо не только этическое, но еще и правовое закрепление мер, препятствующих типовым формам произвольного манипулирования результатами экспертиз.**

Ю. С. Савенко, Л. Н. Виноградова

Пленум Российского общества психиатров

Осенью 1999 г. Российское общество психиатров (РОП) существенно активизировало свою деятельность, проведя ряд содержательных конференций, из которых следует выделить 5 октября — “Экзогенно-органические психические расстройства” (организатор А. Л. Максимова) и 26–27 октября — “Психическое здоровье россиян на пороге XXI века (клиника и социальная реабилитация психических расстройств и наркология)” (организатор Т. Б. Дмитриева). Помощь фармакофирм позволила пригласить представителей многих регионов страны. 6 октября состоялся Пленум РОП. Все эти и другие встречи коллег характеризовались активным вовлечением в обсуждение президента НПА России д-ра Ю. С. Савенко.

Пленум РОП ознаменовался неординарным характером доклада проф. В. Н. Краснова относительно терапевтической ситуации в России. С большим удовлетворением можно отметить значительную близость позиций обеих всероссийских психиатрических организаций по значительному числу важных вопросов. Мы солидарны с комментарием проф. Краснова по поводу сведений комиссии Минздрава (М. М. Мальцева), посетившей недавно региональные психиатрические больницы и выяснившей, что на лечение одного больного реально выделяется 58 копеек в сутки. “Это факт не бедности, а беззакония, — сказал проф. В. Н. Краснов, — Имперское сознание не изжито. Мы видим как растут фешенебельные медицинские центры”. Не менее определенным образом он охарактеризовал отклики губернаторов на инициированное нашими обществами “Обращение” к ним Постоянной Палаты по правам человека (В. В. Борщев) о критическом положении больных психиатрических стационаров, в связи с финансированием их пропитания, содержания и лечения на 4–30 % от необходимого. Согласно анализу ответов, полученных на это “Обращение”, который провела НПА России, все они представляют разного рода формальные отписки. В. Н. Краснов сослался еще на неуправляемость аптечной сети. В отношении правовой основы требующейся здесь деятельности он отметил большой опыт НПА России.

Однако в прениях звучала все еще не изжитая, — несмотря на все наши усилия (в частности, публикацию в НПЖ глубоко поучительных для всех нас работ Питирима Сорокина), — утопическая, точнее сказать, утопленническая надежда на помощь властей, “хоро-

ших руководителей”, “В. И. Матвиенко, например”. Предлагали снова писать в Думу и Правительство. О том, как нелепо надеяться на Думу, со знанием дела говорил проф. Б. Н. Пивень: “Председатель Комитета по здравоохранению Государственной Думы д-р Герасименко — из нашего Алтайского края, и его деятельность как у нас, так и в Думе, не оставляет никаких сомнений, что прока не будет. Надо создавать общественное мнение!” Звучали надежды на Всемирную психиатрическую ассоциацию, Европейскую ассоциацию, на гуманитарную помощь. Но ведь хорошо известно, что помощь такого рода фиксирует и даже усиливает иждивенческие установки и, в результате, собственное бессилие. Предложение проф. Ю. И. Полищука отказаться от организуемых фармакофирмами дорогих застолий вызвало чуть ли не негодование некоторых присутствующих.

Вступление РОП в так называемую “Ассоциацию реформаторов психиатрии”, недавно отпочковавшуюся от “Женевской инициативы в психиатрии” и возглавляемую генеральным секретарем С. Ф. Глузманом, казначеем С. В. Полубинской и президентом доц. Томо Томовым (Болгария), за бесплатную раздачу профессиональной литературы было одобрено посредством голосования (хотя не было ни кворума, ни внятного большинства), несмотря на предостережение не придавать искусственной значимости крошечной организации вступлением в нее грандиозного общества. И тут же наглядный урок этой всеядности: секретарь РОП, приехавший с книгами для раздачи, выкрикнул об этом прямо посреди одного из выступлений и, — увы, — многие бросились разбирать, не считаясь с приличиями, с возмутительностью этого взаимного унижения.

Для нас было важным, что на Пленуме звучали родственные нам идеи, что среди наиболее активных выступавших — члены НПА России (проф. А. О. Бухановский, проф. Б. Н. Пивень и др.), что проф. В. Н. Краснов закончил обсуждение положением, которое все мы разделяем: “Психиатры не должны идти в политику!” Прямо противоположное тому, что мы недавно слышали от акад. Т. Б. Дмитриевой, уже члена Политсовета “Отечества”.

Было обозначено время предстоящего съезда РОП: четыре дня в конце октября предстоящего года.

Ю. С. Савенко

Украинский пленум невропатологов, психиатров и наркологов в Черновцах

С 4 по 7 октября 1999 года в тихом старинном западно-украинском городе Черновцы состоялся пленум Общества невропатологов, психиатров и наркологов Украины. Единственными представителями России были члены Независимой психиатрической ассоциации России. Тема пленума: "Реабилитация и адаптация больных с психическими расстройствами и заболеваниями нервной системы. Интенсивная терапия неврологических, психических и наркологических заболеваний".

Открытие Пленума состоялось в одном из самых красивых помещений города — здании драматического театра. С приветствиями выступили Председатель Общества акад. П. В. Волошин, ректор Буковинской медицинской академии академик В. П. Пишак и члены городской администрации, а также многочисленные гости, в том числе представитель НПА России. Незабываемое впечатление оставили архитектурные памятники города, принадлежащие самым известным архитекторам Европы конца XIX начала XX века: Резиденция митрополита Буковинского, соборы, здание ратуши, Народные Дома национальных меньшинств начала века, старинные виллы и особняки.

Пленарные заседания собирали полные залы слушателей. Особенно интересными были доклады психиатров-исследователей — из Харькова и Киева, посвященные состоянию психиатрической помощи населению Украины. Нашим читателям будут интерес-

ны следующие цифры. На конец 1998 года на Украине зарегистрировано 1 206 109 психически больных, что составляет 240 человек на 10 000 населения. В 1996 году эта цифра составляла 96 человек на 10 000 населения. Распространенность психотических расстройств составила 68,8 на 10 000 населения, непсихотических — 117 на 10 000 населения. Среди детей распространенность психических заболеваний составила 244 на 10 000 детского населения (в 1994 году — 225 на 10 000 детского населения). Количество инвалидов по психическому заболеванию на Украине — 288 166 человек, что составляет 47 на 10 000 населения. На Украине 87 психиатрических больниц и 36 психоневрологических диспансеров. Коечный психиатрический фонд составляет 49 000 коек, и он каждые четыре года уменьшается на 4000 коек. Специальный день был отведен проблеме алкоголизма и наркомании. За последний год количество наркоманов на Украине возросло более, чем в 2 раза. Каждый докладчик говорил о недостаточном финансировании снабжения медикаментами. В отличие от природы, архитектуры и хлебосольного приема, психиатрические достижения Украины, к сожалению, ничем не порадовали. Преодолению такого положения способствует установление более тесного сотрудничества, вернее восстановление традиционных тесных связей всех специалистов наших стран в области психического здоровья.

А. Н. Богдан

Конференция "Медицина, религия, этика и право"

Москва, 25 – 26 ноября 1999 г.

25 – 26 ноября состоялась вторая конференция, посвященная медицинскому праву, организованная Институтом "Открытое Общество". На этот раз она называлась "Медицина, религия, этика и право" и интегрировала еще одну конференцию "Право и религия", прошедшую в феврале 1999 г. Почетным гостем и докладчиком конференции был президент Всемирной ассоциации "Медицина и Право", многолетний председатель Этического комитета ВПА судья Амнос Карми. Проникновенный курс его лекций сыграл существенную роль в наших представлениях (Всероссийский семинар НПА России в 1995 г.). И на этот раз встреча А. Карми с членами Совета НПА России была очень продуктивной. Наконец, состоявшаяся конференция окончательно подтолкнула процесс организации Российской ассоциации медицинского права. Состав участников конференции — это преимущественно

юристы, работающие в области медицины. Из медиков преобладали трансплантологи и психиатры. НПА представила на конференцию три доклада: Ю. Н. Аргунова "Проблемы ограниченной вменяемости", Л. Н. Виноградова "Опыт экспертиз религиозных организаций, обвиняемых в деструктивном действии на психическое здоровье" и Ю. С. Савенко "Психиатрия, право и религия: пути взаимодействия". Следует особо отметить вдохновенное выступление члена-корр. АМН РФ В. С. Репина, пафос которого мы разделяем: это конструктивное сотрудничество науки и религии, чуждое попыток синтеза. Наше выступление развивало те же идеи в духе знаменитой монографии Карла Ясперса "Философская вера". Широкою панораму всевозможных реальных коллизий и казусов, связанных с зачаточным состоянием медицинского права в России, обрисовал юрист и врач А.

В. Тихомиров. Впервые выступил на конференции руководитель единственной в стране кафедры медицинского права Российской медицинской академии Ю. Д. Сергеев. Правда, это выступление продемонстрировало чисто экстенсивное отношение к проблеме: “Мы уже назвали кафедру “Медицинского права и биоэтики”. Острая нужда в развитии медицинского права и подготовленных кадров, прежде всего профильных юристов, а не только медиков такого рода специализации, прозвучала в выступлениях представителей более 30 регионов России. Важный аспект — размещение медицинской информации в сети Интернет осветил С. В. Бондаренко.

Одна из секций второго дня конференции была посвящена опыту экспертиз религиозных организаций. Большинство докладов касалось медицинских и правовых коллизий, возникающих при отказе от гемотрансфузий, что было центральным пунктом обвинительного процесса против “Свидетелей Иеговы”. В представленных докладах, как ученых медиков (В. К. Карлнберз), так и представителей “Свидетелей Иеговы” (А. Ю. Назарычев, Д. Д. Проценко), содержалась подробная и вполне убедительная информация, я бы сказал, новая и неожиданная для значительного числа медиков старой выучки, носителей устаревших стереотипов в областях, далеких от их непосредственного поля деятельности. Значительная опасность, а нередко прямая вредность переливаний крови и ее фракций — факт, давно известный гематологам, предпочитающим альтернативные методы: кровозаменители и аппараты аутогемотрансфузии. Эта позиция и такого безупречного человека, как директор Гематологического Центра АМН РФ академик А. И. Воробьев.

Воистину мир перевернулся. Представители следствия и прокуратуры с подачи ангажированных специалистов, к услугам которых сами и прибегают, устраивают самые настоящие суеверные дикарские пляски (если не сознательную циничную напраслину) вокруг зомбирования, кодирования, программирования, суггестии, гипноза, шлема Асахары (впечатляюще оформленная шапочка с электродами для ЭЭГ-записи), использованных саентологами приборов для индикации кожно-гальванического рефлекса. Шум вокруг отказа от гемотрансфузии — в этом ряду. Человек вправе отказаться от любого метода по личным основаниям, но не по основаниям своей религии. Такова нелепая альтернатива, предъявляемая нашей современной действительностью. А члены “Свидетелей Иеговы”, так же как последователи “Учения Истины АУМ” — это люди с высшим физико-математическим, техническим и даже медицинским образованием, либо студенты старших курсов Высшего Бауманского технического училища и других вузов. Заказная кампания в прессе, одностороннее информирование, быстро возникающая убежденность и вот уже члены этих организаций выглядят для многих злодеями, а те, кто сомневается, — пособниками этих организаций. Упрощенные сценарии и ускоренные технологии неизбежно губят любое дело.

Буквально накануне конференции Конституционный Суд удовлетворил запрос “Свидетелей Иеговы” в отношении их регистрации, но признал конституционными положения последней грубодискриминационной редакции Закона о свободе совести и вероисповедания. Таким образом, это — пиррова победа, которая вполне в духе общей ситуации в стране.

Ю. С. Савенко

Акции к Всемирному дню психического здоровья

Вот уже 6-й год подряд НПА России участвует в праздновании Всемирного дня психического здоровья (10 октября). В этом году он был посвящен психическому здоровью пожилых людей. К широкомасштабным акциям с участием первых леди государства наше общество явно не готово, поэтому наша тактика — небольшие конкретные дела, которые со временем выльются в широкое общественное движение.

В этом году мы решили провести благотворительную акцию в одном из психоневрологических интернатов г. Москвы, где живут, может быть, самые обездоленные граждане нашей страны. Подарки интернату — магнитола и фотоаппарат, встреча с сотрудниками и персоналом — события достаточно заурядные, чтобы рассказывать о них отдельно, а вот о наших впечатлениях от осмотра интерната, хочется поговорить подробнее. Поскольку в нашу общественную приемную поступает много жалоб от людей, проживающих в интернатах (правда, чаще общего типа), мы

заранее настроились на самые мрачные впечатления. Но все оказалось совсем иначе.

В ПНИ № 25 постоянно проживает 550 больных, из которых 300 — так называемые “ходячие”, а остальные 250 — “лежачие”, все инвалиды 1 и 2 группы, 30 % пожилых. Контингент очень тяжелый: 40 % признаны судом недееспособными, 15 человек — с идиотией. Работают с больными и занимаются различными делами по обеспечению интерната 347 человек (штат укомплектован лишь наполовину), а руководит всем этим “хозяйством” — директор интерната Евгений Иванович Кузьмин. В штате 5 психиатров и 1 терапевт.

В отделениях чисто и уютно. Для “ходячих” больных — большая, оформленная прекрасными витражами столовая. На питание выделяется 45 рублей в день. Кормят 4 раза в сутки, каждый день — свежие фрукты и сласти, для тех, кому можно. В одну смену работают

два повара, и хотя на 600 человек этого явно мало, кормят сытно и вкусно.

Сохранные больные занимают отдельный корпус. Здесь уютнее, чем в других отделениях. Красивый интерьер, комнаты на 2–4 человека, которые можно оформить по своему вкусу, деревянные кровати, удобные столы и кресла, на окнах цветы, а кто-то даже держит попугайчиков. 25 % пенсии больные получают на свои нужды и, поскольку кормят в интернате хорошо, многим удается постепенно скопить достаточно денег и приобрести какие-то вещи. Тем, кто не может сам распорядиться этими средствами, персонал покупает необходимые мелочи, подарки. Можно сходить в парикмахерскую, на физиотерапию, к стоматологу. Комната отдыха — очень большая и красивая. Здесь отмечают различные праздники, устраивают дискотеки.

Постоянные гости интерната — священники Церкви Бориса и Глеба. Церковь помогает организовать досуг больных, организует экскурсии, приносит религиозную литературу, обеспечивает духовную поддержку. Есть в интернате специальная молитвенная комната.

100 человек ходят на трудотерапию. Поддерживается постоянная связь с хлебозаводом, и больные складывают коробки для кондитерских изделий. Работа, конечно, не творческая, но благодаря яркости и разнообразию красок (для каждого торта или конфет — свой рисунок и подбор цветов), не приедается. Работают по 4 часа в день. Могли бы и больше. Некоторым удается за это время сделать до 500 коробок и, соответственно, заработать 15 рублей (3 коп. за 1 коробку). Деньги небольшие, но люди очень ценят саму возможность зарабатывать.

Отделение, где живут больные со старческой деменцией, называется “Милосердие”. Самой молодой обитательнице — 76 лет, и в полном соответствии с международной статистикой, количество женщин многократно превышает количество мужчин: 47 против 3. Заведующая отделением Мария Павловна Волкова ласково называет своих подопечных “бабульками”. Здесь больше персонала, палаты оборудованы специальными кроватями, в каждой имеется туалет, много колясок. Хороший уход делает свое дело и продолжительность жизни в этом отделении необычно велика. Недавно отметили 100-летний юбилей одной из обитательниц интерната, а уж 90 лет — это вполне заурядное событие.

Конечно, в интернате есть проблемы с персоналом. Платят мало, большая текучесть кадров, иногда попадают случайные люди. Но в целом, и врачи, и персонал, который осуществляет уход за больными, очень хорошо понимают, что основной принцип реабилитации людей, вынуждено оказавшихся в условиях психоневрологического интерната, — это уважение их человеческого достоинства и создание обстановки, максимально приближенной к дому. Стараниями директора Е. И. Кузьмина, его заместителя врача-психиатра Раисы Павловны Кондратенко, главной

мед. сестры Валентины Петровны Мутьевой и многих других в интернате создана теплая доброжелательная атмосфера, благодаря которой больные не чувствуют себя брошенными и одинокими. Кажется, что многим из них здесь лучше, чем дома.

Благотворительный дом “Душа человека” и недавно созданная организация родственников и друзей душевно больных “Поддержка” отметили День психического здоровья презентацией программ “Поддержки”, сопровождавшейся благотворительным концертом и лотереей. Встреча проходила в одном из особняков старой Москвы по романтическому адресу: Таганский тупик, в доме-музее Владимира Высоцкого. Имеющий уже богатую историю Дом “Душа человека” и совсем еще молодая организация “Поддержка” представляют собой замечательный пример организаций, умело дополняющих ограниченные возможности современной психиатрии социальной, психологической и духовной помощью. В основу работы положен принцип уважения к душевно больным и активизации их собственной активности. Никто не ждет помощи со стороны, задача каждого члена организации — помогать другим, а значит, и самому себе. Новые программы возникают тогда, когда появляется реальный запрос. Некоторые из них могут потом умереть, другие — укрепляются и расширяются. Эта динамика диктуется самой жизнью. Такие программы, как “Горячая линия”, “Знать, уметь, действовать”, “Социальный менеджер территориального округа” и др., уже зарекомендовали себя, как чрезвычайно нужные и эффективные, “Душевное здоровье и общественное мнение”, “Занятость и поддержка”, “Права человека и психическое здоровье”, — проходят сейчас испытание на соответствие жизненному запросу и по мере необходимости корректируются. Несомненно найдет большой отклик новая программа “Духовное возрождение”, лидером которой является Екатерина Ивановна Камышникова. Ведущая презентации, она закончила официальную часть приглашением всех желающих на автобусную экскурсию “Храмы земли Одинцовской”. Встречу отличала атмосфера тепла и взаимопомощи. Чувствовалось, что собравшие хорошо понимают друг друга и готовы вместе делать это важное общее дело — помогать своим и не своим близким, страдающим от тяжелого недуга. Страх перед душевной болезнью отступает, когда люди чувствуют понимание и постоянную поддержку.

К сожалению, мы пока не располагаем сведениями о том, как прошел День психического здоровья, в других регионах России. Знаем лишь, что в Калининграде к этому дню вновь приурочено открытие выставки творчества душевно больных. Такие выставки уже стали хорошей традицией, которая помогает преодолеть настороженно-отчужденное отношение к нашим больным и разрушить существующие барьеры между психиатрией и обществом.

Л. Н. Виноградова

НЕКРОЛОГ

В начале года мы поздравляли Семена Самуиловича с 70-летием, теперь его нет с нами. Остались во многих номерах нашего журнала его, так тепло, так узнаваемо написанные, статьи и отклики, проникнутые задушевной интонацией, чуждые всякого формализма, даже когда он писал о статистике, компьютерной обработке данных. Читая их, мы, словно, снова слышим его покашливающий и посмеивающийся голос. В любом головоломном хитросплетении нашей действительности, этой овеществившейся софистике, он сразу точно распознавал благо или вред нашим больным, он словно сам был чувствительнейшим органом такого рода. Такому человеку неловко было читать прописи этических кодексов, он сам был эталоном кодекса. Появление кодексов, нужда в них — отражение дегуманизации психиатрии.

Несмотря на длительную мучительную болезнь, не позволявшую ему передвигаться, под угрозой ампутации и удушья, он до последнего дня жил жизнью Независимой ассоциации, не только как председатель ее Этического комитета, член редколлегии и постоянный автор Независимого психиатрического журнала, но как участник большинства ее крупных акций.

Семен Самуилович провел 50 лет в психиатрии. Об этом он лучше рассказал сам (НПЖ, 1999, I, 90–92). Его alma mater — Корсаковская клиника славной эпохи М. О. Гуревича, А. О. Эдельштейна, Е. А. Попова, пресеченной “Павловской” сессией, которая определила последующее тридцатилетие. Затем 17 лет в Пермской психиатрической больнице среди поколения врачей — продолжателей земских врачебных традиций. Интенсивный клинический опыт, в частности, донейролептической эпохи, при всегда активном неформальном отношении к своему по настоящему любимому делу, общение с А. С. Чистовичем, А. Ю. Выясновским, П. В. Бирюковичем, А. Л. Эпштейном, П. Ф. Малкиным и собственные научные катанестические изыскания сформировали скепсис к тогдашнему империализму шизофрении. Масштабный анализ с использованием компьютерных методов математической обработки клинико-ка-



Семен Самуилович Гурвиц
(10.02.1929 – 7.12.1999)

танестических данных всех больных с диагнозом вялотекущей шизофрении в отдельно взятом Долгопрудненском районе за 30 лет позволил ему усомниться в реальности этого диагноза как самостоятельной формы шизофрении (“Пути обновления психиатрии”, вып. 2, 1991; НПЖ, 1993, III – IV; 1995, I).

Семен Самуилович не прятался в раковину и в прежние, опасные для таких людей, годы. Он внес вклад в дело генерала Петро Григоренко и дело Жореса Медведева. Фактически он наследовал деятельность Александра Иосифовича Рудякова, об ученичестве у которого часто до последнего времени вспоминал, и выиграл за пять лет 16 из 20 гражданских дел, отстаивая права своих больных.

Семен Самуилович проявил себя как незаурядный общественный публицист и полемист, автор многих острых откликов в центральной прессе. Быстро, легко, доступно и

точно отвечал он на любые вопросы аудитории, в том числе по радио, развенчивая мифы общественного сознания относительно психически больных.

Два года еженедельной работы в комиссиях по разработке Закона о психиатрической помощи (Верховного Совета СССР и Государственной Думы РФ) позволили ему дать целый ряд ключевых формулировок. Но когда так наз. юридическая экспертиза противоправным образом вычеркнула главную из них, обязывающую психиатрические учреждения защищать своих больных в суде, он откликнулся памятным: “Не могу быть соучастником!” (НПЖ, 1992, III – IV).

В наших поездках по спецпсихбольницам, на наших прежде ежегодных съездах, собственно повсюду, Семен Самуилович был органичен, всегда самостоятелен и творчески заразителен.

Мы часто сетуем на отсутствие смены. Семен Самуилович передал свое диспансерное отделение, где он проработал 30 лет, в надежные руки. — Здесь его любят, следуют тем же путем и не забудут, как не забудем его и мы — его друзья и соратники по общему делу и общему чувству.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Роман Ингарден. Введение в феноменологию Эдмунда Гуссерля. — М., 1999.

Феноменология // Логос. 1999. № 10.

Васюков В. Л. Формальная феноменология. — М., 1999.

Философия и логика львовско-варшавской школы. — М., 1999.

От Я к Другому. — Минск, 1998.

Бернхард Вальденфельс. Мотив Чужого. — Минск, 1999.

Агафонов Сергей. Позиция Чужого в текстах М. Мамардашвили // Логос. 1999. № 4. С. 14 – 20.

Беседа Владимира Малахова с Манфредом Франком // *Ibid.* С. 4 – 13.

Мамардашвили М. К., Пятигорский А. М. Символ и сознание. — М., 1999.

* * *

Стивен Тулмин. Человеческое понимание. — Благовещенск, 1998.

Пол Фейерабенд. Против методологического принуждения. — Благовещенск, 1998.

Улрик Найссер. Познание и реальность. — Благовещенск, 1998.

Аналитическая философия: становление и развитие (антология). — М., 1998.

* * *

Дитрих фон Гильдебранд. Сущность христианства. — СПб, 1998.

Жак Маритен. Знание и мудрость. — М., 1999

* * *

Боб Муллан. Психотерапевты и психотерапии. — М., 1999.

Вирджиния Сатир. Психотерапия семьи. — СПб, 1999.

Леонид Кроль, Екатерина Михайлова. О том, что в зеркалах. Очерки групповой психотерапии и тренинга. — М., 1999.

Гендерные исследования. — Харьков, 1999, вып. 2.

* * *

Энтони Гидденс. Социология. — М., 1999.

Социология на пороге XXI века. Основные направления исследований / Под ред. С. И. Григорьева, Ж. Коэн-Хуттера — М., 1999.

* * *

Рагнар Гранит. Впечатления о Павлове и Шеррингтоне // Природа. 1999. 11. С. 93 – 96

Бляхман Ф. А. Много ли мы знаем о сердце? // *Ibid.* С. 23 – 30.

Ойфа А. И. Мозг и вирусы. — М., 1999.

* * *

Суд палача. Николай Вавилов в застенках НКВД. — М.: Academia, 1999.

Стефан Куртуа, Николя Верт и др. Черная книга коммунизма. — М., 1999.

Александр Янов. Россия против России. Очерки истории русского национализма. 1825 – 1921 — Новосибирск, 1999.

Есенин-Вольпин А. С. Философия. Логика. Поэзия. Защита прав человека. — М., 1999.

Казус (Индивидуальное и уникальное в истории). — М., 1999.

* * *

Эрвин Панофский. Смысл и толкование изобразительного искусства. — М., 1999.

Ханс Зедльмайр. Искусство и Истина. — М., 1999.

Книга японских обыкновений. — М., 1999.

ABSTRACTS AND TRANSLATIONS

Changing of functional condition of brain during Christian prayer

V. B. Slezin, N. I. Muzilvskaya, V. M. Uritsky, I. Ya. Rybina (St. Petersburg)

It has been proved that in the brain of persons saying Christian prayers substantial suppression of high-frequency part of the spectrum of EEG and percentage prevalence of low-frequency components of EEG without increase of the absolute level of their spectral power had been noted. At the same time normal level of consciousness of patients undergoing the test had been observed.

On the basis of the analysis of the obtained results and their comparison with scientific data the conclusion had been

made that the Christian prayer arouses a special psychofunctional condition determined by the activity of diencephalic level of emotigenic system of brain.

The hypothesis had been substantiated in the framework of which the tested phenomenon could be considered as a manifestation of the fourth physiologically normal functional condition of brain, named by the authors as "slow awakeness," which had not been described before.

EEG-correlates of interaction of the food dominant (medicinal fasting) and pathologic stable conditions in schizophrenia patients and alcoholics

M. A. Titaeva, G. I. Babenkov, V. B. Gurvitch, Yu. V. Uryvaeva, Yu. I. Polischuk (Moscow)

The dynamics of EEG-correlates of stable pathologic conditions of 2 types (schizophrenia and alcoholism) during medicinal fasting had been studied (MF). Sequence of clinical studies emerging in the MF process is considered as a result of complicated interaction of pathological and healing conditions. The main informative data have been obtained as a result of research in the system of cross-correlative connections activated by the EEG light. The light stimulus was exposing pathologic constellations of interconnections of EEG at sufficient intensity of the pathologic dominant (of stable pathologic condition) and was not producing such effect at improvements at the final stages of MF. The latter, may be, indicated weakening of intensity of a pathologic dominant condition.

At maximum manifestation of food dominant (beginning of MF) the signs of prevailing of the right cerebral hemisphere in the front sections of the cerebral cortex had appeared. In the same section tetra-activity had increased sharply. This effect is related to further results of interaction of two prevailing conditions. Suppression of pathologic constellations and positive clinical dynamics had been noted at partial and assymmetric changes of EEG with focus at heightened activation in the front sections of left cerebral hemisphere (schizophrenia patients). Heightened resistance to influence of PDT had been noted at more generalized and symmetric disturbances of activation processes with wide changes of inter-hemisphere interaction (alcoholics).

Jerusalem sketches

I. Zislin, I. Spivak (Jerusalem)

The article deals with cultural and clinical aspects of the "Jerusalem syndrome," that is the clinical picture arising among pilgrims visiting the Holy city. The attempt has been made to single out main elements determining the clinical picture and stages of its development.

The Orthodox Church psychiatry: theory, practice and tendencies

Ju. I. Polischuk

On the basis of collected and analyzed factual data the conclusion has been made on recent formation of so-called the Orthodox Church psychiatry.

Many of its adherents consider mental disorders as a result of sinful behavior, possession by evil spirit and raving like one possessed. The mentally ill are offered prayer, fasting, church rituals, humility and repentance as the principal

means of treatment. The mentally ill are being induced not to go to non-believing psychiatrists and psychotherapists. In this way the Orthodox Church psychiatry openly challenges the scientific psychiatry trying to slow down its development. The use of psychiatry for non-medical, religions purposes can bring and is already bringing harm to health of great number of the mentally ill.

The case of Platon Obukhov

The case to be described is of extraordinary interest for every psychiatrist, not only a forensic one. Much to our regret we cannot produce all the materials in our possession. Publication of such cases by separate editions could have played an important role not only in matters of clearing up professional problems, of knowledge of stylistics of current practice and training of personnel, but in the matter of improving the atmosphere of forensic psychiatry.

Everything is present in the case of Platon Obukhov — clinically non-ordinary patient, awkwardness and irrationality of organizational stereotypes, all technical tricks of cases made to order.

And all this — in extremely striking and blunt aspect.

The advocates of human rights defend from arbitrariness not only conscience prisoners (prisoners of consciousness) of whose high valor is understandable to society. The essence of human rights activities itself consists of the fact that it often derides human rights and mass consciousness: no criminal is deprived of his rights because of his crime. Meanwhile in preliminary investigation cameras, in places of confinement he not only joins the category of the most vulnerable in legal respect persons, but is directly subjected to condition without rights. It is common knowledge that the attitude of society to its convicts is the face of society itself. The same applies to the mentally ill. When these two factors combine, when it is a case of involuntary treatment instead of punishment — I can say what is known to all colleagues treating such persons — actually all of them, even patients undergoing involuntary treatment in inpatient facilities of general type (not special with strict regime) would have preferred a labor camp.

Treatment by neuroleptics, when it is involuntary is interpreted as a torture. But the worst torture is total uncertainty about the period of treatment and lack of understanding the causes on which this period depends. In case of hospitals of involuntary treatment with special strict regime all these becomes ten times more acute.

Persons who by own experience know the real state of things, frantically dissimulate that are simulate convalescence.

But is it possible to act on the contrary: simulation of mental illness by a person, who had been subjected to the regime of such a hospital?

During the century of practice of forensic psychiatry it has become absolutely evident that the mentally sane people never feign mental diseases. In practice the case is always of sursimulation, the simulation of a mental illness by a person, who is really mentally ill, but doesn't know about it.

That is why diagnosis "simulation of schizophrenia" is extremely rare. In practice of the Serbsky Institute such occurrences usually took place in cases of verdicts of capital punishment in times when such verdicts were usually carried out. In other cases the diagnosis of "reactive condition arisen during investigation" was made out, but majority of such patients were returning to the Institute with schizophrenia or pseudo-schizophrenia picture condition.

Thus the diagnosis "simulation" and its differentiation with a number of schizophrenia disorders undoubtedly represents clinical interest. Besides the materials presented by us here, having been examined by the Federal Security Service, by various medical and non-medical establishments and various experts, lawyers and judges, have put them under the test.

Finally it is a dramatic document of human fate.

May we remind about the situation in brief.

The Ministry of Foreign Affairs employee Platon Obukhov, son of a prominent diplomat was arrested in April of 1996 for espionage in 1995 – 1996. Although an investigation body at once found out about his mental illness (schizophrenia), he was sent to the Serbsky Center for forensic-psychiatric evaluation only after six months.

He spent three months there as the diagnosis of the first commission (schizophrenia) had not been acceptable and he was sent to another commission, which decided that he had taken ill during investigation ("reactive condition"). After confinement in the Butyrskaya prison for a year (1997), where he had been treated with injections of galaperidol he was transferred to St-Petersburg special mental hospital (January 1998) and was subjected to the same treatment. There the commission of experts of the IPA of Russia examined him clinically and experimentally-psychologically (with clinical and experimental-psychological methods) (April 1998) and made out the diagnosis: "psychopat-like form of mini-progredient schizophrenia." But on the eve of arrival of that commission the hospital leaders organized their own intermediary commission, invited prof. V. A. Tochilov and made out diagnosis: "simulation by the psychopathic person." The previous diagnosis "reactive condition" was disclaimed. The court appointed the commission of experts and invited the independent expert prof. A. G. Hofman. the Chairman of the commission prof. V. K. Smirnov and prof. A. G. Hofman formed the diagnosis "schizophrenia." Other members of the commission spoke of "deep psychopathia" and nearly all of them were inclined to think of diminished responsibility. The commission decided to meet again in a month time. But after a month Prof. Hofman found himself alone. He was surprised by behavior and level of argumentation of Prof. V. A. Tichilov and wrote about his special opinion, but it was not filed. In nearly six months P. Obukhov has been transferred to Lefortovo. Court will

be convened in the middle of January of 2000, that is after almost four years since his arrest.

Pressure on lawyers (from both sides) was such that during that time they were replaced three times. Several times Platon's parents were requested to pay large sums of money to get him released.

For us principal, that is clinical side of the case consists of the following: the heredity has been burdened (Platon's grandmother on his mother's side had been treated by psychiatrists in her youth and had died in a mental hospital). Platon since his teenage years has been characterized by an ample and vivid set of symptoms of psychopathic-like form of slowly-progressive schizophrenia, or according to ICD-10 of schizo-typical personality disorder. The arrest and investigation provoked since May – June of 1996 the picture of extremely grotesque simulation by P. Obukhov. Simulation or sursimulation? Simulation by the psychopath or simulation by the mentally ill? It is stated in published materials fixing one of the central fragments of the psychic condition of Platon Obukhov.

Absolutely mean and extremely rude methods of investigation cause distrust to his attitude. The FSB Investigation Department used the usual Soviet style in the case of Platon Obukhov: in the role of producer of legal proceedings, but not in the role of an advocate of truth. Otherwise there would not have been the active and dishonest resistance to inclusion of independent experts into the commission of experts. And the typical provocative trick in the so called "Nezavisimaya gazeta" (IPJ, 1997, III, 67) would not have been required. The resistance to all data confirming mental illness of Platon Obukhov is connected with the fact that "the accusation of him is mainly built and will be built on the basis of his original avowal of quiet. In case of official confirmation of mental illness of an accused person, the admissions of a sick person before an investigation body can not serve as the basis of an indictment. That is why the investigation authorities use un-

fair methods, in a certain way forming materials and putting under control psychiatric evaluations... The defense found confirmation of the facts that the investigation had been selectively treating evidence and actually "forming" materials of the case... withdrawing from the case or refusing objective evidence,... in particular special opinion of expert-psychiatrist Prof. A. G. Hofman ("attack-like schizophrenia with picture of pseudopsychopathia")... To the materials of the case has not been filed the conclusion of Dr. V. E. Kagan, who with the aid of computer psycholinguistic expert system using the methods of content-analysis and mathematic linguistics had analyzed fiction texts of P. A. Obukhov — more than 1500 pages of published works and over 1000 pages of manuscripts written during two separate years (1986 – 1988)... With its wide authority under the current Criminal Code, the investigation bodies in a certain way "measure out in doses" information on the health condition of P. A. Obukhov, refusing interrogation of witnesses and presentation of documents, which could have cleared the real picture of illness... Simultaneously with the examination by experts in the Serbsky Center the leaders of the FSB were giving interviews to the mass media even before obtaining official conclusion of the examination, its progress and the version were given account of. It confirms the fact of the direct control of the Federal Security Service and its pressure on experts..." (lawyer G. A. Krylova).

So, the departmental investigation bodies of the FSB exercise pressure on the court in the usual way. Before the interests of KGB in the field of psychiatry were served by the department of Prof. D. R. Lunts. Now lets have a look at the department, where Platon Obukhov was sent to. This is the "military department" of Prof. F. V. Kondrat'ev, which has got ill fame in several spheres of activities.

And still one cannot say that everything is hopeless, that nothing had changed. Still we can write about it all. And what is more important: there were independent experts even in the Serbsky Center!

Международная юбилейная конференция

ОТ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ К ИССЛЕДОВАНИЮ

Переосмысливающая психиатрия

26 – 30 июня 2000 г., Париж

Tel.: +33 (1) 41 39 88 82; Fax: +33 (1) 41 39 88 85

E-mail: wpa/jubileecongress@mtv.fr

ПРИНИМАЮТСЯ ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА РОССИИ:

ЕЖЕГОДНИКИ НПА РОССИИ «ПУТИ ОБНОВЛЕНИЯ ПСИХИАТРИИ»

под ред. Ю. С. Савенко

В сборнике 1991 г.:

коренные просчеты общей психопатологии и пропедевтики в СССР; критерии психотического для аффективных и паранойяльных синдромов; современная генетика против классификации А. В. Снежневского; связь клинической и общественной паранойи; психотерапия беженцев и жертв катастроф; к истории психоанализа

В сборнике 1992 г.:

вялотекущая шизофрения в контексте латентных форм других психозов; правовые вопросы психиатрии; антипсихиатрия и антисциентизм; пути возвращения доверия населения к психиатрии и психиатрам; черты мировоззрения в старости

БИБЛИОТЕКА НЕЗАВИСИМОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ РОССИИ

ВЫШЛИ

Е. BLEULER — РУКОВОДСТВО ПО ПСИХИАТРИИ

Репринт 1920 г., 550 с. с илл., в твердом переплете, с приложением рецензий проф. Э. Я. Штернберга и проф. А. К. Ануфриева на последние расширенные Манфредом Блейлером издания этого руководства.

ЗАКОН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ

32 с., с аналитическим предисловием. Предназначена для массового читателя.

АРТУР КРОНФЕЛЬД — ДЕГЕНЕРАТЫ У ВЛАСТИ

Репринт 1942 г., лидеры III Рейха глазами психиатра. Рассчитана на массового читателя.

КАРЛ ЯСПЕРС — ФИЛОСОФСКАЯ АВТОБИОГРАФИЯ

М., 1995. С. 128. С приложением статьи Курта Колле: Карл Ясперс как психопатолог.

ЙОРГ МЮЛЛЕР — БОГ — ОН ИНОЙ

НАЧАЛИ ВЫХОДИТЬ

ПРИЛОЖЕНИЯ

к «НЕЗАВИСИМОМУ ПСИХИАТРИЧЕСКОМУ ЖУРНАЛУ»

1. С. Н. Шишков — «Судебно-психиатрическая экспертиза (понятие и типы)»
(Учебное пособие)
2. I-е Консторумские чтения. «Психотерапия малопрогрелиентной шизофрении».
3. О краткосрочной терапии творческим самовыражением и клинико-психотерапевтическом театре в психиатрии. (Учебное пособие)
4. II-е Консторумские чтения. «Клиническая психотерапия и феноменологическая психиатрия»
5. III-и Консторумские чтения. «Психотерапия тревожных и депрессивных расстройств»
6. IV-е Консторумские чтения. «Терапия духовной культурой»
7. А. И. Ойфа — «Патологическая анатомия мозга» (методические рекомендации)

ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА

117602, Москва, Олимпийская деревня, д. 15, кв. 61.

Аргуновой Юлии Николаевне

ПРОДАЖА

в газетном киоске издательства «Экспресс-хроника» у выхода из метро «Чеховская»

«НЕЗАВИСИМЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ»

Индексы для подписчиков:

на полугодие: 73290 — индивидуальных, 73291 — коллективных
на год: 71390 — индивидуальных, 71391 — коллективных

- № I, 1991: Устав НПА — Антипсихиатрия сегодня — Обывательские комплексы психиатрического мышления — О психической заразительности.
- № I–II, 1992: Проблема предмета советской психиатрии — Начальное бредообразование — Затухание бреда — Доклад комиссии ВРА о визите в СССР в 1991 г.
- № III–IV, 1992: Герои и антигерои советской психиатрии — Дело генерала Петра Григоренко.
- № I–II, 1993: Интрацепция и ипохондрия — Проблема идентификации — Практика и техника психоанализа.
- № III–IV, 1993: Взгляд на американскую психиатрию XX века — Границы шизофрении.
- № I, 1994: Нелекарственная терапия психических заболеваний — Выбор приоритетов — Типология деперсонализации.
- № II, 1994: Эрих Вульф о бреде — Феноменологические аспекты меланхолии.
- № III, 1994: Деятельность НПА за 1989–1993 гг. — Ответственность за незаконное стационарирование — Врачебная тайна — О школе Столбуна.
- № IV, 1994: Психоанализ в противоречиях — Биографический метод — Терапия смыслоутраты.
- № I, 1995: Семен Гурвиц о вялотекущей шизофрении — Йорг Фроммер о клинической диагностике — Антоний митрополит Сурожский о медицинской этике.
- № II, 1995: Жан Эйм об институциональной психотерапии — Виктор Каган о границах психотерапии — Эрих Вульф об этнопсихиатрии — Дело АУМ.
- № III, 1995: DSM-IV — Бенедетти о психотерапии шизофрении — Психология свидетельских показаний.
- № IV, 1995: Психоонкология в гематологической клинике — Психохирургия в современной медицине — Представительство интересов психически больных — VII съезд НПА и XII съезд РОП.
- № I, 1996: Ясперс — Бред ревности — Психиатрия и права человека — О мышлении по аналогии.
- № II, 1996: Ясперс — Бред ревности — Психиатрия и нейрофизиология — Психиатрия в III Рейхе/ГДР и СССР/России — Обращение в Думу и Правительство.
- № III, 1996: Ясперс — Бред ревности — Клинический разбор — Образ человека и мозг — Правовые казусы — Психотерапия и психоанализ.
- № IV, 1996: Ясперс — Бред ревности — Конгресс ВПА в Мадриде — Психиатрия и религия — Памятка для пациентов об их правах.
- № I, 1997: Интуиция в психиатрии — Новая парадигма. I — Ответ д-ру С. Глузману.
- № II, 1997: Предложения к Закону — Метод идеальных типов — Новая парадигма. II — Психиатрический ГУЛАГ.
- № III, 1997: Сто лет психоанализа — Новая парадигма. III — Психиатрия и религия.
- № IV, 1997: Гуссерль и Ясперс — Новая парадигма. IV — Юбилей В. Бехтерева и П. Григоренко — Патографии Ленина и Хрущева.
- № I, 1998: Гуссерль и Ясперс — Новая парадигма. V — Законы о наркотиках — Судебно-психиатрическая экспертиза Бехтерева по делу Бейлиса.
- № II, 1998: Деятельность НПА в 1997 г. — Развитие психиатрической помощи в России — Основы этических стандартов в психиатрии — Детская психиатрия.
- № III, 1998: Структура идентичности и психоз — О предмете социальной психиатрии — “Тирания психиатрии” и “тирания права” — Питирим Сорокин об основной ошибке русской интеллигенции.
- № IV, 1998: Концепция психопатологического диатеза — Poleмика о путях борьбы с наркоманиями — Психиатрия и религия — Курт Гольдштейн: Принцип целостности в медицине.

Материалы для публикации присылать по адресу:

125581, Москва, ул. Ляпидевского, д. 18, кв. 41, Ю. С. Савенко; E-mail: ipar@aha.ru

Статьи следует сопровождать резюме для перевода на английский язык

Информацию для подписчиков и рекламодателей
можно получить в редакции по телефону (095) 206-86-39
103982, Москва, Лучников пер., 4