

А. Коротенко Н. Аликина



СОВЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

ЗАБЛУЖДЕНИЯ И УМЫСЛ

THE CHARITABLE FOUNDATION PUBLISHING HOUSE "SPHERE" IS FOUNDED BY BOTH THE UKRAINIAN-AMERICAN BUREAU FOR THE PROTECTION OF HUMAN RIGHTS AND THE INTERNATIONAL FOUNDATION "GENEVA INITIATIVE ON PSYCHIATRY" WITH THE PURPOSE OF PUBLISHING BOOKS AND BROCHURES WHICH CONTRIBUTE TO THE CREATION OF A CIVIL SOCIETY AND DEVELOPMENT OF SCIENCE IN UKRAINE ON A NONCOMMERCIAL BASIS

ИЗДАТЕЛЬСТВО
Сфера

МЕЖДУНАРОДНЫЙ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД
ОСНОВАН УКРАИНСКО-АМЕРИКАНСКИМ БЮРО ЗАЩИТЫ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА И МЕЖДУНАРОДНЫМ ФОНДОМ "ЖЕНЕВСКАЯ ИНИЦИАТИВА В ПСИХИАТРИИ" С ЦЕЛЮ ИЗДАНИЯ И РАСПРОСТРАНЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ И ГУМАНИТАРНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ НА НЕКОММЕРЧЕСКОЙ ОСНОВЕ

**А. КОРОТЕНКО
Н. АЛИКИНА**

СОВЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

ЗАБЛУЖДЕНИЯ И УМЫСЕЛ

ИЗДАТЕЛЬСТВО
Фера
КИЕВ 2002

УДК 616.89(091)
ББК 56.1г
К55

Материалы, помещенные в книге, касаются как личностей диссидентов — узников психиатрических застенков, так и проблемы наказания инакомыслящих психиатрическим «лечением». Это происходило в СССР, и теперь об этом известно всему миру.

Книга никого не оставит равнодушным. Она поможет понять, что должен делать каждый, чтобы это тяжелое прошлое никогда не повторилось, чтобы наши дети жили в условиях настоящей Демократии и истинно Правового общества.

Для специалистов, журналистов и широкого круга читателей.

Коротенко А., Алікіна Н.

К55 Радянська психіатрія: похибки та зловмисність — К.: Сфера, 2002. — 331 с. — Рос. мовою.
ISBN 966-7841-36-7

Матеріали, вміщені у книжці, стосуються як постатей дисидентів — в'язнів психіатричних катівень, так і проблеми покарання іншодумців психіатричним «лікуванням». Це відбувалося в СРСР, і нині про це знає весь світ.

Книжка нікого не залишить байдужим. Вона допоможе краще збагнути, що має робити кожний, щоб це тяжке минуле ніколи не повторилося, щоб наші діти жили в умовах справжньої Демократії та дійсно Правового суспільства.

Для фахівців, журналістів та широкого загалу.

ББК 56.1г

ISBN 966-7841-36-7

© А.Коротенко, Н.Алікіна, 2002
© С.Абрамов, обкладинка, 2002
© Видавництво «Сфера», макет, 2002

Трагедия советской психиатрии стала частью моей жизни. Сопереживая этой трагедии, я выучил русский язык, научился понимать ваши реалии, вашу боль и ваши радости. Многократно бывая в тоталитарном СССР с единственной целью — поиска жертв злоупотреблений психиатрией в политических целях, я, незаметно для самого себя, однажды почувствовал: с этой страной меня уже связывает нечто большее, нежели грязь и кровь политических репрессий. Эта страна стала второй моей родиной.

Прошли годы. Много изменилось. Уходят в мир иной участники тех событий. Тускнеют эмоции ненависти, физической боли и жажды возмездия. Тускнеет и сама память. Еще десятилетие — и сама эта тема покроется паутиной и пылью. Будущие исследователи тоталитаризма опишут феномен психиатрических злоупотреблений в СССР черной и белой красками абсолютного контраста, опустив самое важное, самое главное — полутона и обертоны конкретной человеческой плоти, конкретной человеческой личности. Но кто-то захочет узнать больше, кого-то не устроит черно-белая схема абсолютного добра и абсолютного зла. Кто-то из них, будущих, вспомнит, что абсолютное добро — Бог, а абсолютное зло в приложении к исследуемой эпохе — Система Тоталитаризма. И тогда он возьмет в руки эту книгу. И, прочитав ее, поймет нас лучше. Всех нас, — и жертв, и палачей, и пассивных наблюдателей, и активных соучастников (с обеих сторон...).

Роберт ван Ворен,
Генеральный Секретарь
Международного Благотворительного Фонда
«Женевская инициатива в психиатрии»

Нидерланды, 12 июня 2001 г.

Уважаемый Читатель,

Вы держите в руках книгу, которая может попасть к Вам различными путями — случайно, по совету знакомых, из простого любопытства или по причине профессионального интереса к этой проблематике, но, думаю, взяв её в руки, Вы уже просто так не оставите её и обязательно прочтете до конца.

В этой книге есть всё, чтобы понять, почему авторы писали помещенные в ней статьи, почему составители отдали её страницы воспоминаниям жертв карательной психиатрии с леденящими душу подробностями ада, который тем суждено было пройти, — в частности «Пособию по психиатрии для инакомыслящих», подготовленному узниками Владимирского централа и Пермского политлагеря — Владимиром Буковским и Семеном Глузманом, не побоявшимися усугубить и без того тяжкую свою участь; другим материалам, касающимся как личностей диссидентов — узников психиатрических тюрем, так и проблемы наказания психиатрическим «лечением» инакомыслящих, что происходило в СССР и о чем теперь известно во всем мире.

Я — гражданин Украины, и рад, что эта книга смогла быть издана в моей стране, прошлое которой замешано на крови и страданиях миллионов невинных жертв. Именно Украине суждено было после поражения национально-освободительного движения 1917–1920 годов стать одним из первых и главнейших политических полигонов, где проходила испытания тактика перманентного террора, уничтожения тех интеллектуальных сил, которые были или могли стать носителями национального возрождения Украины. Это продолжалось во все времена — как в период сталинизма, так и в последующие десятилетия массовых репрессий.

Демократический выбор Украины, желание народа соз-

дать общество на основе Правды и Справедливости, серьёзное и всестороннее осмысление трагического прошлого должны стать гарантом того, что беззаконие в нашей стране никогда не повторится, в том числе — и гарантом защиты от рецидивов психиатрических репрессий.

Думаю, дорогой Читатель, Вы согласитесь, прочитав эту книгу, что помещенные в ней документы не могут никого оставить безразличным, они значительно прибавили нам понимания того, от какого тяжкого прошлого нам следует решительно отказаться, что нужно каждому из нас делать ежедневно, чтобы оно никогда не повторилось и наши дети жили в условиях действительной Демократии и истинно Правового Общества.

*Владимир Пристайко,
Член коллегии Службы Безопасности Украины,
генерал-лейтенант юстиции*

Чем человек менее похож на других людей, чем он необыкновеннее, тем больше может произвести всеобщих заблуждений и недоразумений.

Н.В.Гоголь

ПРОБЛЕМА, КОТОРОЙ НЕ ДОЛЖНО БЫТЬ

В настоящее время уже никого не приходится убеждать, что в СССР диссидентов часто признавали душевнобольными. В бывшем СССР открыто на эту тему стали говорить после того, как делегация психиатров США представила (1989 г.) Государственному департаменту США и Комиссии по безопасности и сотрудничеству в Европе доклад по оценке перемен в советской психиатрии. В этом докладе американские психиатры пытались объективно оценить диагноз, обоснованность проводимого лечения, а также полноту защиты юридических прав группы политических диссидентов, направленных на принудительное лечение в психиатрические больницы.

Помещение этих людей в психиатрические больницы и содержание их там привлекло внимание многих западных наблюдателей, обеспокоенных вопросами соблюдения прав человека. Психиатры американской делегации провели пересвидетельствование 27 пациентов, 15 из которых оставались в стационаре, а 12 уже были выписаны. Клиническая диагностика проводилась по американским (DSM-III-R) или по международным (ISD-10, проект) критериям. Среди 12 пациентов, выписанных из больниц к приезду американских психиатров и находящихся на учете в психоневрологических

диспансерах, только у 3 отмечались слабо выраженные симптомы, которые в западных странах не повлекли бы за собой госпитализации, а у 9 не было найдено признаков какого-либо прошлого либо текущего заболевания. При обследовании 15 пациентов, находящихся на стационарном лечении, диагнозы американских и советских психиатров совпали лишь в 9 случаях. Обзор всех 27 случаев продемонстрировал высокую частоту диагноза «шизофрения». Из 27 пациентов 24 были направлены с этим диагнозом на принудительное лечение, однако при совместном осмотре американскими и советскими психиатрами он был подтвержден только у 10 пациентов. С точки зрения американской группы, проблема гипердиагностики давала о себе знать не только при диагностировании шизофрении, но и при установлении диагноза других состояний (шизофрения в стадии ремиссии, психопатия). Некоторые из симптомов, включенные в советские диагностические критерии вялотекущей шизофрении и других заболеваний, по американским и международным диагностическим стандартам неприемлемы для диагностирования указанной психопатологии. Так, например, к болезненным проявлениям относили «идеи реформаторства, повышенное чувство собственного достоинства, повышенную самооценку» и т.д. По мнению американских психиатров, отсутствие четких диагностических критериев и широкий диапазон диагностических концепций способствовали злоупотреблению психиатрией в политических целях.

В 1991 г. в рамках МЗ Украины (С.Ф. Глузман, Г.И. Головаха, Н.В. Панина) был проведен опрос 568 врачей различных психиатрических служб. Только 50% опрошенных считали возможным публиковать материалы о злоупотреблении психиатрией, рассматривая это как условие ее оздоровления. При этом каждый четвертый не желал обнаружения случаев жестокости и беззакония, а каждый десятый предпочитал видеть врагов психиатрии в тех, кто сообщает о фактах содержания в психиатрических больницах здоровых людей.

В настоящее время проблема заключается не только в том, чтобы осудить прошлые злоупотребления психиатрией

в политических целях, способствующие усилению вполне понятной осторожности и даже страха перед психиатрией, характерного и для современного общества. Значительно важнее обсудить вопрос о том, возможно ли повторение подобного, какие факторы привели к столь плачевной дегуманизации одного из сложнейших направлений медицинской практики.

Вовсе необязательно, чтобы человек вступал в борьбу с «могущественным государством». Достаточно конфликта с должностным лицом или даже с близким родственником, — и вот в чьей-то голове возникает решение расправиться с неудобным при помощи психиатрии. Ведь это так просто — оговорить человека, объясняя его необычное поведение с позиции «кривой логики», обвинить в странностях. Легче всего в неправильной диагностике и установлении диагноза обвинить тоталитарную систему, воспитавшую в психиатрах, как и в иных членах общества, беспринципность, конформизм, страх и т.д. Но любая политическая система состоит из отдельных индивидуумов, одни из которых отдают жизнь за принципы тоталитарного коммунизма, а другие тихо либо громко не соглашаются с этими принципами. В одно и то же время по разные стороны баррикад стояли Г.В. Морозов, Д.Р. Лунц и пострадавшие от произвола системы Петр Григоренко, Жорес Медведев, Владимир Буковский, Наталья Горбаневская и другие.

Психиатрия — область медицины, наиболее уязвимая с социальной точки зрения и потому основное внимание психиатры должны уделять защите своей независимости, не позволять государству, превращая их в инструмент политического или социального давления, нарушать тем самым права человека.

Использование психиатрического диагноза в политических целях — прямое следствие присущей любым тоталитарным обществам установки на обесценивание человека как личности, имеющей право на чувство собственного достоинства, право на индивидуальные психологические законы собственной жизни и право быть автором ее развивающихся сюжетов.

Деиндивидуализированный существующим политическим режимом или любой идеологией человек становится легко управляемым объектом, который готов к выполнению любых приказов, к любым «Долой!» и «Да здравствует!». Превращение человеческой индивидуальности в социально одобряемый марионеточный стандарт очень удобно для формирования иллюзорных представлений и убеждений, которые, нередко становясь искренними заблуждениями людей, поддерживают разномастные культовые режимы.

Неудивительно, что в условиях государственного вето на проявление индивидуального начала (мнения, взглядов) любое отступление от политически санкционированного стандарта в поведении и словах человека могло расцениваться и расценивалось как отклонение от некоей социально одобряемой психической нормы. Индивидуальность человека как таковая, его психологическая уникальность и любая психологизация вообще постепенно становились лишними, просто неуместными, а потом и опасными.

Прошло немало времени, и индивидуальную психологию стали как бы открывать заново. Вместе с тем «психологизация» все еще сохраняет свою «скомпрометированную» репутацию. Можно сказать, что она реабилитирована лишь частично. В психиатрии, например, мнение психолога часто снисходительно признают, но при этом воспринимают как малокомпетентное мнение параспециалиста.

К использованию психологических методов в психиатрической диагностике (в СССР, а потом — в странах СНГ) стали прибегать не так давно. К психологии как науке у многих психиатров до сих пор еще не сформировано объективное (или сохраняется скептическое, даже дилетантско-скептическое) отношение. Скептики и скептики-дилетанты, например, инкриминируют психологии чрезвычайную субъективность, которая, по их мнению, и определяет невысокий статус психологии в диагностической и психотерапевтической практике, а, скажем, в судебно-психиатрической экспертизе позволяет ей рассчитывать всего лишь на статус искусства и ремесла.

Однако такие скептики упускают из виду, что у психологии и психиатрии одна общая область познания врачава-

ния — психика человека, его душа. Они также упускают из виду и то, что в познании души человека еще надо суметь подняться до уровня искусства и искусного ремесла. Кроме того, искусство часто опережает науку, подсказывая ей гипотезы исследований, интуитивно постигая и принимая во внимание тонкие нюансы душевных проявлений. Не будь этого, человек лишился бы права на свое индивидуальное своеобразие и долго ждал бы, пока какая-то его особенность (скорее всего, нетипичная, нестандартная и проблемная) не будет подтверждена в статистически достоверной выборке. И это — в лучшем случае. В худшем же человеку трудно надеяться, что его индивидуальное своеобразие признают действительным и даже адекватным.

О роли и месте психиатрии и психологии в психодиагностике индивидуального своеобразия личностно-поведенческих особенностей говорить можно долго, можно даже поспорить о приоритетах. Разногласия по этим вопросам, особенно по тем, которые тесно связаны с проблемой диагностических стандартов психиатрических оценок нестандартного поведения и мышления (стандартизация нестандартного?!), напоминают печально известный период, когда инакомыслие диссидентов считалось в психиатрии психической патологией.

*Инакомыслие как проблема психиатрии.
Право быть другим*

ГЛАЗАМИ ПСИХИАТРА

Проблема диагностики психических заболеваний, психического здоровья всегда вызывала множество дискуссий и среди психиатров, и среди юристов, и среди психологов. Личность психически здорового человека — понятие неоднозначное. Само понятие «нормальная личность» включает два разнородных термина, так как личность — это всегда индивидуальность, а норма представляет собой схему, усредненную величину. То же самое можно сказать о нормальном темпераменте, характере. У человека с идеально нормальной психикой вряд ли можно обнаружить индивидуальные характерологические особенности.

Диагностическое разделение психического заболевания и психического здоровья зависит не только от профессиональной квалификации, но и от интеллектуальных возможностей, гибкости мышления, общего уровня культуры психиатра. При этом необходимым условием является терпимость, гуманность по отношению к людям с иными взглядами и принципами, чтобы вольномыслие не называть инакомыслием.

Область психического здоровья связана с целым рядом постепенных переходов к клиническим симптомам. Психопатические черты характера и акцентуация отдельных черт личности, сексуальные отклонения, последствия органических поражений центральной нервной системы (травма, инфекция, интоксикация), угнетенное настроение, вызванное ситуационными причинами и пр. могут не сопровождаться нарушениями психики, встречаться у психически здоровых людей, носить легкий и непостоянный характер. Однако их наличие может привести к ошибочному установлению психического заболевания. Многогранность личностных особенностей и их проявлений позволяет также манипулировать психиатрическим диагнозом, неоправданно

расширять границы диагностирования психического заболевания у психически здоровых людей. Легче всего делать это при оценке общественной и политической деятельности, не вписывающейся в общепринятые рамки. Даже не оценивая личностные особенности отдельных диссидентов, можно утверждать, что это личности неординарные, сложные, непохожие на других. По сути дела, они, как небольшая горстка декабристов, выступили против мощного тоталитарного государства. Они разобрались в идеологии, привлекательной для многочисленных трудящихся во всем мире. К коммунистическим доктринам свободы, равенства и братства, из-за их привлекательности и притягательности, периодически будут возвращаться идеологи всех времен и народов, не принимая во внимание предшествующий исторический опыт, продемонстрировавший, что построение идеального коммунистического общества — утопия. Диссиденты не побоялись выступить с критикой мощной идеологической машины. Естественно, государство не могло допустить никакой критики в свой адрес, и должно было расчитаться с ними. Вступать в дискуссию по идеологическим вопросам с небольшой горсткой людей государство не могло, так как такое обсуждение пришлось бы вынести на страницы печати. Значительно проще объявить инакомыслие проявлением психического заболевания, что и было сделано.

Отсутствие стандартов диагностики способствует установлению психической патологии у свободно мыслящих или «инакомыслящих» граждан. Диагностические подходы концепции вялотекущей шизофрении и паранойяльных состояний с бредом реформаторства применялись только в СССР и некоторых восточноевропейских странах. В СССР общепринятой являлась классификация форм шизофрении, разработанная Институтом психиатрии АМН СССР. Для обоснования невменяемости диссидентов чаще всего использовался диагноз вялотекущей (малопрогрессирующей) шизофрении с преобладанием в клинической картине неврозоподобных и психопатоподобных расстройств с нерезко выраженными шизофреноподобными изменениями личности, не достигающих глубоких степеней. «Этот тип шизофрении, — как пишут Р.А. Наджаров и соавторы в главе

«Шизофрения» («Руководство по психиатрии», т. 1), — в силу малой выраженности изменений личности и преобладания нехарактерных для «большой шизофрении» синдромов представляет значительные трудности для отграничения от психопатии и неврозов». Добавить к этому нечего.

W.Reich (ВОЗ, 1973 г.) подчеркнул, что международное пилотажное исследование шизофрении продемонстрировало значительно более частое диагностирование ее в центре А.В. Снежневского в Москве. В отличие от других международных центров, здесь диагноз вялотекущей шизофрении устанавливался в случаях, когда компьютерная обработка достоверно устанавливала маниакальное заболевание, депрессивный психоз и, значительно чаще, депрессивный невроз.

Диагноз сутяжно-параноийального развития чаще всего устанавливался, когда ряд конкретных жизненных ситуаций, возникающих при конфликте с политико-чиновничьим аппаратом, необоснованно рассматривали как патологический феномен. В дальнейшем, в процессе анализа конкретных диагнозов украинских диссидентов, будут приведены примеры относительности диагностических критериев, врачебного субъективизма и недостаточной профессиональной компетентности. В таких случаях можно говорить об ошибочной диагностике и неграмотном обосновании диагноза в заключении акта судебно-психиатрической экспертизы.

Однако в 60–70-е годы практически во всех зарубежных классификациях теории, содержащие идеи реформирования общества, борьбы за правду, и религиозные убеждения не относились к бредовым параноическим нарушениям. Советская же психиатрия, исходя из идеологических концепций (которые и тогда не находили абсолютного признания среди представителей культуры, психиатрии в частности), критику существующей политической системы и предложения по ее переустройству относила к бредовым построениям.

В соответствии с третьим пересмотренным изданием американской классификации DSM-III-R 1987 г. переживания, приемлемые и характерные для иной культуральной группы, нельзя рассматривать как доказательства психоза или бреда. В этой классификации выделяется кверулянтская

«паранойя», которая относится к персекуторному бреду, сопровождающемуся чувством страха, и включает такие темы, как преследование больного, слезка, отравление, злонамеренный наговор и т.д. Ни реформаторство, ни религиозные убеждения не значатся как паранойяльность среди критериев каких бы то ни было параноидных нарушений, содержащихся в этой классификации.

Права психически больных в нашей стране по-прежнему нарушаются. Пациенты психиатрических больниц, и, в первую очередь, госпитализированные принудительно, практически не имеют возможности пользоваться услугами адвоката, их жалобы не рассматриваются. Вся жизнь этих пациентов подчинена запретам и ограничениям. При таком отношении психически здоровому человеку, помещенному в психиатрическую больницу, требуются годы, чтобы доказать отсутствие психического заболевания. О том, что в Советском Союзе манипулируют психиатрическим диагнозом в политических целях, весь мир узнал после того, как незыблемым признали генерала Григоренко (экспертиза дважды (в 1964 и в 1969 гг.) диагностировала наличие у него паранойяльного развития).

Петр Григорьевич Григоренко был прекрасным воплощением большевистской мечты. Родившийся в царской России в бедной крестьянской семье, он поднялся до высочайших постов советской власти. Горячий патриот, верный коммунист и настоящий лидер, он стал генерал-майором Красной Армии, оказал глубокое и плодотворное влияние на советскую военную теорию и практику, был осыпан почестями, наградами и высокими должностями. Несмотря на блестящую карьеру, Григоренко оставался чистым, умным человеком и грамотным профессионалом. Постепенно он стал в глазах своих бонз инакомыслящим, и на пике своей карьеры — диссидентом.

О Петре Григорьевиче Григоренко написано очень много. Поскольку С.Ф. Глузман в 1972 г. провел заочную судебно-психиатрическую экспертизу генерала (за что и был осужден на одиннадцать лет), а спустя двадцать лет они вместе с автором этих строк (А.И. Коротенко) представляли Украину

в посмертной экспертизе, мы считаем возможным вновь возвратиться к рассмотрению этого случая, так как ознакомились с 29 томами уголовного дела, абсолютно со всеми медицинскими документами (включая не только экспертные и истории болезни принудительного лечения), а также с материалами американской судебно-психиатрической экспертизы и 4-часовой видеозаписью беседы американских психиатров с П.Г. Григоренко. Все эти материалы наиболее наглядно демонстрируют широкие возможности манипулирующих психиатрическим диагнозом в политических целях.

Вначале небольшая биографическая справка.

Григоренко Петр Григорьевич (1907–1983) родился в с. Борисовка Запорожской области в бедной крестьянской семье. С раннего детства занимался крестьянским трудом, окончил начальную школу, вступил в комсомол. В 15 лет в поисках работы отправился в Донецк, работал слесарем, механиком, одновременно учась в средней школе. В 20-летнем возрасте поступил в Харьковский политехнический институт и на 3-м курсе по решению партии был переведен в Военно-инженерную академию, окончил ее с отличием в 1934 г., а в 1939 г. — Военную академию Генерального штаба. Еще во время учебы началась блестящая военная карьера Григоренко, прервавшаяся с началом диссидентской деятельности в 1964 г. Участвовал в военных действиях в качестве командира бригады во время кампании против японцев на Халхин-Голе в 1939 г., командовал Дальневосточным фронтом, участник боевых действий Великой Отечественной войны. Имел многочисленные награды. Уже в 1941 г. Петр Григоренко не питал иллюзий относительно гениальности Сталина и на партийном съезде выступил с критикой в адрес последнего за военную близорукость, из-за чего и не получил генеральской должности. Несмотря на свое мужество и профессионализм, войну закончил полковником.

Во время войны у Григоренко были неприятности со СМЕРШем, поскольку там перехватили его письмо к другу с критикой способов ведения войны. Из-за этого звание генерал-майора получил только в 1959 г. после осуждения культа личности И.В. Сталина. С 1949 г. служил в Военной академии им. М.В. Фрунзе, которую окончил в 1945 г., —

заместителем начальника отдела научных исследований, начальником отдела кибернетики, начальником кафедры управления войсками, получил степень кандидата военных наук, готовил докторскую диссертацию, учился в Университете марксизма-ленинизма. Был автором 80 работ в области военной науки, большей частью засекреченных, написал монографию «Скрытая историческая правда и преступления против личности».

Выступление П. Григоренко против извращения чистоты учения марксизма-ленинизма, дискриминации в армии по национальному признаку, его требование внести в документы партийной конференции 1961 г. поправку, направленную на ликвидацию условий, способствующих развитию нового культа личности (Н.С. Хрущева), привели к изгнанию Григоренко из академии и переводу-ссылке на Дальний Восток. В 1961 году он основал «Союз возрождения ленинизма», распространял антиправительственные листовки, призывающие к восстановлению ленинских норм и принципов. В феврале 1964 г. был арестован, направлен на судебно-психиатрическую экспертизу в Институт им. проф. В.П. Сербского, где его признали психически больным и направили на принудительное лечение в Ленинградскую специализированную психиатрическую больницу, откуда он был освобожден через год в мае 1965 г. После освобождения на работу его не принимали, работал носильщиком, грузчиком, дворником. Петр Григоренко стал активным диссидентом: критиковал политику партии, правительства, КГБ, открыто выступал во время политических судебных процессов над диссидентами, протестовал против советской оккупации Чехословакии, защищал автономию крымских татар и т.д. Повторный арест — в 1969 г. — закончился повторным направлением на судебно-психиатрическую экспертизу в Институт им. Сербского и направлением на принудительное лечение как душевнобольного. На протяжении четырех лет находился на лечении в специализированных психиатрических больницах, освобожден в июне 1974 г. В 1971 г. молодой украинский психиатр Семен Глузман по собственной инициативе, воспользовавшись полученными от адвоката генерала (С. Калистратовой) материалами уголовного дела, а также

побеседовав с близкими генералу людьми, провел заочную судебно-психиатрическую экспертизу, в которой профессионально и обоснованно доказал неправомочность диагноза официальной психиатрии. Заключение было напечатано в «самиздате», а Глузман получил семь лет лагерей строгого режима и четыре года ссылки. В 1977 г. Григоренко, не помышляя об эмиграции, уезжает лечиться в Нью-Йорк, где узнает о том, что его лишили гражданства. По собственной инициативе он обращается к виднейшим американским психиатрам и психологам, и те признают его психически здоровым. Только в 1992 г. официальная посмертная судебно-психиатрическая экспертная комиссия на родине П. Григоренко сняла с него клеймо душевнобольного и подтвердила безосновательность многолетнего изнуряющего лечения в психбольницах строгого режима.

Теперь проанализируем медицинскую документацию с точки зрения обоснованности установленного диагноза и экспертного заключения. Дважды, в 1964 г. и 1969 г., у Григоренко отмечали признаки паранойяльного развития (систематизированный бред) на фоне органических нарушений головного мозга, при наличии раннего церебрального атеросклероза, колебаний артериального давления и (отмеченной в анамнезе) полученной во время войны контузии. В 1964 г. в подтверждение паранойяльного развития приводились трактуемые как бредовые «идеи реформаторства, переустройства государства в сочетании с идеями переоценки собственной личности (на уровне мессианства), элементами бредового толкования отдельных фактов действительности с аффективной охваченностью». Этот диагноз был поставлен в соответствии с (сохранявшимся, к сожалению, до недавнего времени) определением бреда реформаторства, развивающегося у «страстных идеалистов», создающих новые политические системы («Руководство по психиатрии», М., 1988). Судя по записям в истории болезни, его идеи «реформаторства» представляли собой ленинские принципы управления государством. В истории болезни подчеркивалась уверенность генерала в истинности своих взглядов, но нигде не просматривались мессианские тенденции. В письмах П. Григоренко в ЦК КПСС, Совет Министров, имеющихся в

материалах уголовного дела, содержатся критика отклонений от ленинских идей построения социализма и собственные раздумья по этому поводу. Что касается «бредовых» толкований отдельных фактов, то они исчерпывались негативным отношением к врачам и подозрениями, присущими большинству поступающих на судебно-психиатрическую экспертизу, относительно связи врачей-экспертов со следственными органами. Учитывая, что на экспертизе генерал находился в 4-м специализированном отделении (которое будет подробно описано позднее), можно понять, как у него сформировалось подобное мнение, в истинности которого Григоренко тогда действительно был убежден и пытался убедить в своей правоте окружающих.

В 1969 г., оценивая свое тогдашнее состояние, он употребляет термины «шоковое состояние», «взвинченность», говорит о необычности этого состояния. В 1969 г. диагноз СПЭК о паранойальном развитии вновь основывается на идеях переустройства общества. К «бредовым идеям реформаторства» врачи отнесли всю правозащитную деятельность Григоренко. Записи в истории болезни носят не описательный, а констатирующий характер: речь идет, в частности, об идеях величия, переоценке собственных заслуг, без расшифровки этих описаний. Записи о наличии у Григоренко бредовых идей величия и реформаторства противоречат сохранившемуся в истории болезни собственноручному письму Петра Григорьевича, которое он адресовал заведующему закрытым отделением проф. Д.Р. Лунцу. Письмо проникнуто сомнениями, неуверенностью в себе, болью за свой народ, сожалением о недостаточности сделанного по сравнению с другими правозащитниками. «Шоковое состояние» 1964 г. Григоренко объясняет тем, что после выступления на партийном собрании он лишился генеральского звания и стал полностью бесправным. По словам Петра Григорьевича, в 1961 г. он организовал «Союз борьбы за возрождение ленинизма», в который входили тринадцать близких ему соратников. После 1965 г. он перестал быть одиночкой, т.к. его контакты с правозащитным движением и правозащитниками значительно расширились.

В материалах уголовного дела и в медицинской документации содержатся подробные данные о жизни Петра Григорьевича. На протяжении всей своей жизни он всегда оставался яркой и незаурядной личностью, не вписывающейся в общепринятые рамки. Ему были присущи целеустремленность, дисциплинированность, упорство, активная жизненная позиция, общительность, энергичность, высокая работоспособность, чувство собственного достоинства, принципиальность, стремление защищать слабых. Обладая аналитическим складом ума, он постоянно учился и занимался самообразованием. Как и любой другой талантливый человек, генерал был самолюбив, самоуверен, иногда даже заносчив. При анализе написанных им работ можно отметить обстоятельность, четкость, детальность и глубокое знание предмета. В Институте им. Сербского, чтобы обосновать наличие бреда величия, использовали такой «психопатологический феномен», как завышенная оценка собственных знаний и способностей, подчеркивая также и вспыльчивость, раздражительность, гневливость, конфликтность, хотя было бы неестественно, если бы в условиях экспертизы «больной» был бы неизменно хладнокровен и уравновешен. Отмечены были также многословность, вязкость, обстоятельность, фиксация на аффективно окрашенных переживаниях (вот уж действительно, странно, что Петр Григорьевич вместо великосветских бесед с врачами волновался о своем будущем, тревожился о судьбах близких!).

Как видно из врачебного описания, генерал Григоренко обладал широким спектром индивидуальных личностных особенностей (и ранее отмечавшихся в его служебных характеристиках), которые однако не приводили к социальной дезадаптации и не мешали его служебному и профессиональному росту, общению с окружающими, друзьями и родными, т.е. эти личностные особенности нельзя расценивать даже как проявления психопатии.

Сотрудники Института судебной психиатрии при установлении диагноза паранойяльного развития личности Петра Григоренко взяли на вооружение такие личностные качества, как сверхценное отношение к своим убеждениям

и взглядам, переоценку собственных возможностей и идеи реформаторства: все эти особенности были расценены как болезненные и бредовые. Не имеет смысла останавливаться на определениях паранойяльного бреда, кверулянтской паранойи, отметим только еще раз, что в зарубежных классификациях реформаторство не причислялось ни к одному из параноидных нарушений. Если отнести идеи реформаторства к бредовым, тогда следует признать психически больными всех реформаторов при новых политических формациях и всех страстных идеалистов, проповедующих новые политические системы. Советские психиатры паранойяльные идеи включали в рамки процессуальных заболеваний и кверулянтской паранойи. Григоренко же не пропагандировал никаких новых политических систем, а призывал только не отклоняться от ленинского курса строительства социализма, поэтому говорить о наличии у него хронического психического заболевания в форме паранойяльного развития либо о временном психическом заболевании в виде паранойяльной реакции неправильно. Склад личности Петра Григорьевича Григоренко также нельзя отнести и к фанатичному. А.В. Снежневский расценивал симптомы «фанатиков правды» как разновидность паранойи. У Петра Григорьевича отсутствуют свойственные паранойяльному складу личности консерватизм, приверженность к догмам. На протяжении жизни его личностные особенности и убеждения не оставались непоколебимыми, они постоянно менялись. Григоренко всегда отличался необыкновенной увлеченностью и широтой кругозора. Детская религиозность сменилась атеизмом, а затем — в зрелом возрасте — принятием Бога и верой в высшую справедливость; убежденность в правоте ленинских идей — критическим отношением к ним. Непоколебимость, прямолинейность сочетались со способностью к компромиссам; невыдержанность в отношениях с сослуживцами, горячность, напористость и убежденность в собственной правоте, к которым он сам всегда относился критически, постепенно сменяются более сдержанными формами поведения, уважительным и почтительным отношением к соратникам по правозащитному движению. Таким образом, характеризуя личностные особенности Григоренко, можно

говорить о преобладании стеничного радикала. Можно предположить, что психотравмирующая ситуация 1964 и 1969 годов (профессиональный и служебный крах, привлечение к уголовной ответственности, следствие, тюрьма, СПЭК, принудительное лечение) могли вызвать у него кратковременные психологически понятные ситуационные реакции с заострением некоторых личностных черт. Вызывает глубокое уважение тот факт, что даже в этих условиях личность не сломалась, сохранилось чувство собственного достоинства.

В освидетельствовании Григоренко принимали участие корифеи психиатрии — А.В. Снежневский, Я.М. Калашник, Г.В. Морозов, В.М. Морозов, Д.Р. Лунц, Б.В. Шостакович, М.Ф. Тальце и многие в то время менее известные психиатры. К сожалению, психиатрия оказалась на службе у политики. Безусловно, авторы психического заболевания генерала Григоренко выполняли социальный заказ. Многочисленные психиатры, сталкивавшиеся с Григоренко на принудительном лечении и не отмечавшие систематизированный бред, шли на поводу у признанных авторитетов, подчинялись идеологической зашоренности и в конечном итоге проявляли профессиональную безграмотность либо беспринципность. Гражданское мужество проявили психиатры Ф.Ф. Детенгоф, Е.Б. Коган, А.М. Славгородская, И.Л. Смирнова, которые во время амбулаторного освидетельствования генерала в помещении Ташкентского КГБ (после второго ареста) в августе 1969 г. констатировали отсутствие у П.Г. Григоренко психического заболевания и в 1964, и в 1969 году, отметив его высокий интеллект и личностные особенности стеничного плана, а также категорически высказавшись против направления П. Григоренко в психиатрический стационар. В процессе судебного заседания в феврале 1970 г. проф. Ф.Ф. Детенгоф, по-видимому, вынужден был присоединиться к мнению Д.Р. Лунца о наличии у П. Григоренко волнообразно протекающего паранойяльного развития и необходимости принудительного лечения. Коллеги профессора, участвовавшие в экспертизе 1969 года, в 1990 г. свидетельствовали, что он не смог отстоять свое мнение и под давлением сотрудников Института им. Сербского, и в частности Д.Р. Лунца, вынужден был изменить свое заключение.

В США, будучи лишен советского гражданства, Петр Григорьевич в 1978 г. обратился к известному психиатру и доктору медицины Вальтеру Райху с просьбой о проведении судебно-психиатрической экспертизы.

Расширенная комиссия с участием известных психиатров, невролога, нейропсихолога долго беседовала с генералом. Так как Петр Григорьевич не говорил по-английски, консультантом и переводчиком в течение всего обследования был психиатр Борис Зубок, в 1973 г. эмигрировавший из СССР. Комиссия не обнаружила у генерала никаких признаков психического заболевания ни при обследовании, ни в прошлом. Комиссия отметила, что описание П.Г. Григоренко в актах экспертиз Института им. Сербского можно назвать карикатурой на генерала. Консультант-психолог отметила у него широкий диапазон эмоциональных проявлений с хорошо развитым чувством юмора и ироничностью; высоко развитый интеллект, творческие способности, удивительную гибкость мышления и сильно развитое чувство справедливости. Было бы просто смешно, если бы расширенная психолого-психиатрическая экспертная комиссия (проходившая в 1991–1992 гг. в Ленинграде), состоящая из известных психиатров, подтвердила бы прежние заключения о наличии у Петра Григорьевича психического заболевания. Следует сказать, что среди членов комиссии были сомневающиеся, и она оценивала в основном не психическое состояние генерала, а доказательность предыдущих экспертиз.

Сейчас появляются высказывания, утверждающие, что массовых злоупотреблений психиатрией в политических целях в СССР не было. Естественно, что дело Григоренко, в силу высокого положения генерала, уникально и потому получило широкий резонанс во всем мире. Герои же нашей книги — люди малоизвестные, и это только подтверждает факт существования репрессивной психиатрии. Хотелось бы, чтобы это не повторилось.

Украинские диссиденты. Кто они?

Масштаб применения мер медицинского характера к политическим диссидентам до сих пор окончательно не

известен и, видимо, выяснить это уже не удастся. Безусловно, в психиатрических больницах отбывало наказание значительно больше пострадавших, чем об этом известно общественности. Трудно решить, чья вина значительнее: судебно-следственных работников, фабриковавших материалы об измене родине, по-иезуитски использовавших частные разговоры пострадавших с друзьями, критические замечания относительно существующего положения вещей, рассказываемые анекдоты и т.д., либо — врачей, признававших психически здоровых лиц больными. Естественно, что люди, вырванные из обычной среды и попавшие в условия следствия, теряли сдержанность и уравновешенность, меняли свойственную им манеру поведения, проявляли вспыльчивость, становились склонными к бурным аффективным реакциям, либо безразличными и угнетенными. Но психиатру следует отличать индивидуальные особенности поведения человека в экстремальной ситуации от болезненного нарушения психики. Назначение же принудительных мер медицинского характера с направлением в специализированные (системы МВД) больницы со строгим наблюдением, куда обычно направляли психически больных, совершивших преступления против личности в особо жестокой форме (убийства, изнасилования и пр.), объяснялось исключительно этическими нравственными категориями, в первую очередь, отсутствием таковых.

Комиссия московских врачей-психиатров в 1994–1995 гг. посетила психиатрические больницы специального типа системы МВД в Черняховске, Санкт-Петербурге, Казани, Орле и Сычевске, где смогла ознакомиться с картотекой больных и изучить некоторые истории болезни. В распоряжение комиссии обществом «Мемориал» были предоставлены списки лиц, находившихся в этих больницах на принудительном лечении в связи с обвинением по «политическим статьям» Уголовного Кодекса. Оказалось, что количество больных, подвергавшихся принудительному лечению по политическим мотивам, превышало данные «Мемориала» в десятки раз: оно составляло более 2000 человек.

Большинство психиатрических репрессий приходится на конец 60-х — начало 80-х годов. В то время судебно-пси-

психиатрическая экспертиза лиц, привлеченных к уголовной ответственности по политическим статьям, проводилась в Центральном научно-исследовательском Институте судебной психиатрии им. проф. В.П. Сербского. Признанных невменяемыми и больными, их направляли на принудительное лечение в вышеперечисленные специальные больницы системы МВД Российской Федерации.

После снятия (отмены) принудительного лечения жителей Украины переводили в единственную в УССР специализированную больницу г. Днепропетровска. Нам не удалось получить доступ не только к медицинскому архиву этой больницы, но даже к ее картотеке.

Приступая к работе, мы располагали сведениями о пострадавших от психиатрии жителях Украины, предоставленными международным фондом «Женевская инициатива в психиатрии». Список включал 127 человек. Все они были привлечены к уголовной ответственности, им предъявлялось обвинение по политическим статьям или в религиозной пропаганде. Все они, в связи с «психическим заболеванием», были признаны невменяемыми и направлены на лечение в специализированные психиатрические больницы системы МВД. О большинстве из них никаких сведений, кроме фамилии и имени, не имелось. Процессы миграции и эмиграции затрудняли поиски. Несколько человек вообще категорически отказались от встречи, и мы не сочли возможным использовать их биографические данные без их согласия. Нам удалось получить медицинские и юридические архивные сведения о тридцати трех пострадавших. Пятеро из них эмигрировали, здоровы и благополучны до настоящего времени. Об одном рассказал его близкий друг — депутат парламента, с четырьмя мы встретились. Шестеро умерли. С одним мы успели встретиться незадолго до его смерти, психическое состояние пятерых было оценено по архивной медицинской документации. После подробной беседы психиатра и психолога с двадцатью пятью пострадавшими заполнена специально разработанная анкета. Все, с кем мы беседовали непосредственно, вначале крайне неохотно соглашались встречаться с нами и рассказывать о своей жизни, им было тяжело вспоминать о прошлом. О каждом

из тех, с кем мы общались, о драматизме их судеб, многообразии жизненных коллизий можно написать отдельную книгу. Мы же хотим проанализировать их жизненный путь и вскрыть причины, по которым психиатрические больницы превратились для этих людей в концлагерь.

Кто же они, наши украинские диссиденты, прошедшие по психиатрическому этапу? Возраст (на момент привлечения к уголовной ответственности) тех, кого мы непосредственно интервьюировали, колебался от 16 до 56 лет. Вместе с тем нельзя сказать, что их антисоветские взгляды объяснялись только незрелостью, бравадой и бунтарскими настроениями, присущими молодости. Группа людей в возрасте до 30 лет по численности не превышала группу более старшего возраста (только четверым, привлеченным к уголовной ответственности, было менее 20 лет: двое учились в школе, двое — в институте). Все они — люди незаурядные, стремившиеся получить образование, изучавшие иностранные языки, юридические науки, математику, выпускники либо еще студенты педагогического института или различных факультетов университета. Поэтому их протест против существующей действительности был обусловлен определенными взглядами, мировоззрением, которые не только формировались под влиянием близкого окружения, но и были следствием желания разобраться, понять, определить для себя систему собственных жизненных ценностей. Все они слушали зарубежное радио, много читали, в том числе и самиздатовскую литературу. Их нежелание смириться с неприглядными фактами окружающей действительности в редких случаях и только вначале носило характер стихийного протеста, а затем перерастало в стойкие убеждения.

Как правило, пострадавшие привлекались к уголовной ответственности по ст.ст. 54-10, 62, 125, 187, 190¹, 196¹ УК УССР. Им инкриминировались антисоветская пропаганда, клевета на советский государственный строй, изготовление и распространение запрещенной литературы, листовок, намерение эмигрировать, поиски родственников за границей, измена Родине, попытка перехода границы, акции протеста, религиозная пропаганда. В некоторых случаях уголовное дело не возбуждалось, на экспертизу в психиатрическую

больницу героев нашей книги направляли как свидетелей по делу. Практиковалось также неправомерное применение ст. 206 УК УССР, и по сфабрикованному обвинению в хулиганстве пострадавших привлекали к уголовной ответственности (после отказа принимать участие в выборах и голосовать за единственного кандидата, либо за попытку опубликовать в газете критическую статью и т.д.).

Так, **Я.В.И.** окончил среднюю школу с хорошим аттестатом, получил специальность электротехника и работал на заводе. Полностью отслужил двухлетний армейский срок — механиком в частях ПВО. После демобилизации работал в конструкторском бюро настройщиком электронной аппаратуры. В 22 года поступил на заочное отделение географического факультета Киевского университета, успел окончить три курса, много читал, любил классическую музыку. Так как надо было содержать семью, менял места работы с целью повышения заработка: работал звукооператором в театральном институте, инженером в Доме кино, электриком в цирке. Отношения с женой были теплые, отличался спокойным уравновешенным характером. В 1979 г. попытался выехать за рубеж, за что был исключен из комсомола и уволен с работы. Не зная, что в 1979 г. его уже отчислили из университета, он, получив вызов на экзаменационную сессию, представил его на работу, и получил денежное пособие. Его привлекли к уголовной ответственности, обвинив по ст. 194 УК УССР в представлении подложного документа для получения оплачиваемого отпуска. Во время следствия он сообщил, что не знал об отчислении из университета. Ввиду того, что политическая статья ему не инкриминировалась, **Я.** был направлен в Киевскую стационарную судебно-психиатрическую экспертизу. За время полуторамесячного пребывания в судебном отделении никаких отклонений со стороны психики у него выявлено не было. Держался он с чувством собственного достоинства, корректно. Виновным себя не считал. О себе рассказывал сдержанно. Психолого-психиатрическое обследование не выявило у **Я.** психического заболевания, и он был признан психически здоровым и вменяемым в отношении инкриминируемых ему деяний.

Находился в местах лишения свободы два года. После освобождения закончить образование не смог. Так как на работу по специальности его брать отказывались, работал транспортником на книжной фабрике, рабочим в совхозе, на чайной фабрике в Грузии. 6 января 1983 г. был повторно привлечен к уголовной ответственности по обвинению (ст. 62 ч. I УК УССР) в том, что еще до первой судимости, «на протяжении 1975–1982 гг., с целью подрыва и ослабления советской власти, систематически проводил антисоветскую агитацию и пропаганду путем изготовления, хранения и распространения документов, содержащих клеветнические измышления, порочащие советский государственный и общественный строй» (дело № 2 — с/83, 1983 г., приговор л. 11). Копия приговора получена у первой жены пострадавшего. По-видимому, при фабрикации первого уголовного дела в 1980 г. не было собрано достаточно доказательств относительно политических взглядов **Я.**, и его обвинили в получении отпуска по подложному документу. Именно поэтому судебно-следственные органы ограничились Киевской судебно-психиатрической экспертизой, и **Я.** «повезло»: его не направили в Институт им. Сербского. В 1982 г. были получены более подробные сведения о его политических взглядах, в частности о том, что еще с 15-летнего возраста он начал слушать зарубежные радиостанции («Голос Америки», «Би-Би-Си» и др.), в спорах с одноклассниками ссылался на факты, освещаемые этими радиостанциями, уже в 1977 г. говорил о своем желании уехать в какую-либо капиталистическую страну, читал сам и давал читать знакомым зарубежные журналы. В беседах с однокурсниками приравнивал советский государственный строй к фашистскому, говорил о несоблюдении конституционных прав граждан, преследовании инакомыслящих, эксплуатации трудящихся, неправильной оплате труда, о государственной политике дезинформирования мирового общественного мнения, о подавлении демократии и т.д. и т.д. Получив отказ в выезде за границу вместе с родителями жены, продолжал слушать зарубежные радиостанции, читать нелегальную литературу («Информационный бюллетень свободного межпрофессионального объединения трудящихся», 1981 г.). Можно еще

долго описывать все «незаконные и преступные действия» **Я.** В нашем распоряжении имелись приговор 1983 г. и два акта судебно-психиатрической экспертизы, полученные от первой жены пострадавшего. Кроме того, Коротенко А.И. была лично знакома с супругами **Я.**, которые в настоящее время живут в США. Такие, как **Я.**, конечно, в какой-то степени распатывали тоталитарную систему. Еще юношей **Я.** безусловно отличался незаурядностью, пытливым умом, позволяя себе смелость иметь собственные убеждения, принципы, взгляды и отстаивать их. Следует отметить анекдотичность предъявленного ему обвинения: дескать, ни в школе, ни в институте ни с кем особенно не дружил (впоследствии именно его соученики, с которыми он «не дружил», дали о нем показания, приведшие к осуждению), «увлекался прослушиванием концертов различных зарубежных оркестров и ансамблей».

Как уже было сказано, **Я.** повезло. Ему не пришлось пройти через психиатрическую больницу. Во время первой судимости ему сфабриковали обвинение без политической статьи. Поэтому в 1983 г. его повторно направили на Киевскую судебно-психиатрическую экспертную комиссию, которая подтвердила заключение предыдущей экспертизы и признала его психически здоровым.

Следует отметить, что среди тех, кого мы интервьюировали, это единственный случай, когда диссидент был признан абсолютно психически здоровым. Однако неизвестно, как сложилась бы судьба **Я.**, если бы его привлекли к ответственности в 70-е годы, при первой судимости обвинили сразу по политической статье и, как всех остальных диссидентов, направили на экспертизу в Институт им. Сербского. Кроме того, ко времени привлечения **Я.** к уголовной ответственности общественные деятели, ученые, врачи разных континентов выступали против происходящего в СССР злоупотребления психиатрией в политических целях. И, наконец, в 1976 г. видные психиатры и психологи США после освидетельствования генерала Григоренко признали его психически здоровым. Поэтому **Я.** не пришлось пройти по психиатрическому этапу.

Еще один пример из прошлого. Здесь от первого привлечения к уголовной ответственности до обвинения по политической статье (ст. 62 УК УССР), прошло четыре года.

М.А.В., 1929 г. Родилась и выросла в Львовской области. Окончила Львовский педагогический институт и три курса Одесского университета. Преподавала немецкий и английский, в перерывах между судимостями работала оператором на почте, воспитателем в общежитии, переводчиком в институте, библиотекарем в школе, кладовщиком на заводе. Так как ее сестра, брат и дядя были репрессированы, рано начала критически воспринимать окружающую действительность, советскую пропаганду и агитацию, активно искала единомышленников. С начала 70-х годов стала заниматься правозащитной деятельностью, подписывалась под петициями в защиту диссидентов, пропагандировала идеи культурной независимости Украины. В 1977 г. ее привлекли к уголовной ответственности по ст. 107, ч. 2 УК УССР, обвинив в избиении учеников. В тот период **М.** работала библиотекарем в школе. В служебной характеристике отмечено, что она была резка с детьми, особенно со старшеклассниками. Родители якобы обращали внимание директора школы на оскорбительное ее отношение к детям и даже рукоприкладство (следует сказать, что **М.** — маленькая, хрупкая женщина). В этой же характеристике отмечено, что она «чрезвычайно слабо проводила пропаганду советской литературы» и что она «страстная поклонница украинской литературы и языка» (характеристика района г. Одессы). В характеристике из одесской средней школы № 1, где **М.** работала, отмечено, что она всегда выражала недовольство советским образом жизни (плохо работает милиция, мало школ с преподаванием на украинском языке), возмущалась, что украинский язык и литература «в загоне». В связи с указом об амнистии наказание не отбывала. В 1979 г. повторно была привлечена к уголовной ответственности по ст. 125 УК УССР за клевету и скандалы и осуждена на 1 год принудительных работ. При этих судимостях на судебно-психиатрическую экспертизу не направлялась.

М. рассказала, что еще в 1971 г., зная, что диссидентов признают психически больными, по собственной инициативе обратилась в Одесский психоневрологический диспансер. Никаких отклонений со стороны психики у нее выявлено не было (все биографические сведения о **М.** получены нами из актов судебно-психиатрической экспертизы, во время нашего непосредственного психолого-психиатрического освидетельствования ее, а также из публикаций о ней). Ст. 62 УК УССР была применена к **М.** при третьем привлечении к уголовной ответственности — в 1980 г. И только в этот раз ей предъявили «истинное обвинение», задним числом инкриминировав систематическое изготовление, хранение и распространение, начиная с 1975 г., антисоветских документов. В этих документах якобы содержались клеветнические измышления, порочащие советский государственный и общественный строй и т.д. Так, в частности, в 1977 г. группа одесситов, в которую входила и **М.**, выступила в защиту искусствоведа, бывшего преподавателя Одесского университета молдаванина Василия Барладяну, арестованного за правозащитную деятельность и обвиненного в украинском национализме. Его лишили работы, и после того, как он обратился к международной общественности, арестовали. В тюрьме Барладяну объявил голодовку. Группа правозащитников, включая и **М.**, обратилась в Одесскую прокуратуру с просьбой передать его на поруки. Текст этого заявления был напечатан в Нью-йоркской украинской газете «Свобода» и передан в эфир радиовещательной станцией «Радио Свобода» 1 июля 1977 г. Напрашивается вывод: при первых двух судимостях **М.**, так же, как и в случае с **Я.**, осуждение по уголовным статьям объясняется боязнью КГБ образца 70 — 80-х годов окончательно дискредитировать себя в глазах мирового сообщества. Сфабриковать статьи обвинения и инкриминировать обоим правозащитникам подделку документов, рукоприкладство, хулиганство было легче и проще, чем обнародовать истинные причины их неуютности властям. Так как **М.** оказалась упрямой и не испугалась, после третьего ареста она была направлена на судебно-психиатрическую экспертизу и, как большинство

диссидентов в СССР, пошла по «психиатрическому этапу». Но об этом ниже.

Все должны были быть одинаковыми, и потому инакомыслие пресекалось повсюду и везде: в школе, в армии, в институте, на службе и даже... в психиатрической больнице. В качестве примера приведем выдержки из биографии **С.В.Н.**, который в общей сложности восемнадцать лет провел в психиатрических больницах.

В политехнический институт **С.** поступал «убежденным марксистом», но вскоре начались споры и дискуссии, перешедшие в конфликт с преподавателем философии. Перестал ходить на занятия по философии, после чего и был отчислен из института за неуспеваемость. В армии не смог смириться с офицерским очковитательством, кражами продуктов, денег из домашних посылок, мародерством, антисанитарией. Отличная служебная характеристика, после того, как вместе с единомышленниками он стал открыто критиковать армейскую круговую поруку, сменилась плохим отношением командования и увольнением из армии после обследования в госпитале. На работу устроиться не смог, организовал группу единомышленников, недовольных и критикующих государственный строй. В 1970 г., в 23 года, был привлечен к уголовной ответственности по ст. 62, ч. 1, 64 УК УССР, арестован в Свердловске. В том же году Свердловской судебно-психиатрической экспертной комиссией признан вменяемым с диагнозом «психопатия». Повторная СПЭК в Институте им. Сербского признает его психически больным (шизофрения, вялотекущая форма), невменяемым и рекомендует направить на принудительное лечение в Днепропетровскую специализированную психиатрическую больницу. В 1976 г. **С.** переводят для лечения на общих основаниях в Макеевскую психиатрическую больницу. За этот период его признали инвалидом II группы, мать оформила опеку. В настоящий момент мы не проводим дифференциальную диагностику его психического состояния, мы хотим обратить внимание на другое. Через пять лет после перевода **С.** из Днепропетровской спецбольницы, в 1981 году, во время пребывания уже в психиатрической

больнице № 1 г. Макеевки, его — психически больного, недееспособного, инвалида II группы, — вновь привлекли к уголовной ответственности, обвинив (душевнобольного!) в антисоветской агитации и пропаганде (ст. 62, ч. 2 УК УССР), и направили «для отбытия наказания в Днепропетровскую республиканскую специализированную больницу» (из дела № 2–132 1982 г., решение суда Ц-Городского р-на г. Макеевки). В психиатрических больницах С. находился до 1988 г. Мы не смогли получить архивную медицинскую документацию за этот период и проанализировать необходимость столь длительного «лечения» (семь лет) в психиатрической больнице. В ответ на запрос последовало сообщение, что в 1989 г. во время пожара в поликлиническом отделении сгорели медицинские архивы Макеевской психиатрической больницы № 1. Комментарии излишни.

Инакомыслие вызывало у власти ненависть. Действия или высказывания, носящие «антисоветский характер», не имели право на существование и жестоко подавлялись. Представители судебно-следственных органов (МВД, прокуратура, КГБ) утверждали, что такое поведение несвойственно психически здоровым и это служило основанием для первого недобровольного контакта с психиатрами.

По психиатрическому этапу

После возбуждения уголовного дела и привлечения к уголовной ответственности к обвиняемому применяется избранная мера пресечения (как правило, арест). Судебно-следственные органы (следствие, прокуратура, суд) при возникновении сомнений в психической полноценности обвиняемого имеют право направить его на судебно-психиатрическое исследование и экспертизу. Экспертиза проводится амбулаторно, стационарно либо заочно по материалам уголовного дела и медицинской документации. Вид экспертизы оговаривается судебно-следственными органами, либо врачи (при возникновении затруднений в определении психического состояния обследуемого) после амбулаторной экспертизы направляют его на стационарную, при этом

также может быть продлен обычный месячный срок стационарной экспертизы.

Диссидентам (а также и недиссидентам) в случае признания психического заболевания и собственно невменяемости решение экспертной комиссии не объявлялось.

Существовавшая ранее (и действующая до настоящего времени) практика судебно-психиатрической экспертизы создавала весьма благоприятные условия для злоупотребления психиатрией. Вопрос, который чаще всего ставится перед экспертами-психиатрами — это вопрос о вменяемости обследуемого в период, относящийся к нарушению закона. Но для этого вначале надо доказать, что человек действительно нарушил закон. Вместе с тем экспертиза диссидентов назначалась на начальном этапе следствия, когда факт нарушения закона еще не доказан. Цепочка: обвинение по политической статье — судебно-психиатрическая экспертиза — констатация психического заболевания и невменяемости влекла за собой автоматическое направление на принудительное лечение без предварительного участия в судебном процессе.

Для изучения преступности и личности преступников, для лечения психических расстройств у заключенных и проведения судебно-психиатрической экспертизы, по инициативе ведущих психиатров России В.М. Бехтерева и В.П. Осипова в 1918 г. в Петрограде был организован Диагностический институт судебной невропатологии и психиатрии. Подобное учреждение было решено создать и в Москве. В первых числах мая 1921 г. Пречистенская психиатрическая лечебница, которая берет свое начало от Центрального полицейского приемного покоя для душевнобольных, начавшего свою работу в 1899 г., была преобразована в Пречистенскую психиатрическую лечебницу для заключенных. А в 1922 г. ее переименовали в Институт судебно-психиатрической экспертизы им. Сербского. Институту поручают наиболее сложные и ответственные случаи, и постепенно он все больше и больше приобретает черты типичного научного учреждения. С первых дней существования института неизменным участником экспертных комиссий был Главный психиатр Мединспекции московских мест заключения про-

фессор Краснушкин, организовавший Кабинет по изучению личности преступника и преступности. Евгений Константинович Краснушкин много лет посвятил проблемам судебной психиатрии. Впоследствии, в 1945 году, ему (совместно с акад. Е.Е. Сепшом и проф. Н.А. Куршаковым) было поручено участвовать в судебно-медицинской экспертизе главных военных нацистских преступников Круппа, Штрейхера и Гесса на Нюрнбергском международном судебном процессе. На суде «наци № 3» Гесс симулировал потерю памяти. Он, как известно, переправился на самолете в Англию, где заявлял, что его могут отравить, убить и т.д. Британские психиатры намеревались признать у Гесса шизофрению. Е.К. Краснушкин провел блестящую экспертизу и оценил поведение и черты личности Гесса как психопатические с тенденцией к сознательно-установочному симулятивному поведению. Суд признал заключение Е.К. Краснушкина убедительным, а Гесс в ходе дальнейшего рассмотрения дела в трибунале признался в симуляции.

В течение первого десятилетия существования Института его деятельность носила открытый характер: проводились заседания общества невропатологов и психиатров, организовывались экскурсии для студентов-медиков и юристов, для слушателей различных курсов; в прессе появлялись публикации об институте. В нем работали, читали лекции такие известные ученые, как Д.А. Аменицкий, Н.П. Бруханский, А.М. Бунеев, И.Н. Введенский и другие.

Однако по мере становления в стране тоталитарного режима начинают искореняться либеральные тенденции, ужесточается режим содержания испытуемых, над сотрудниками устанавливается мелочная опека, происходят многочисленные кадровые перестановки. В 1930 г. директором института становится (уволена в 1950 г.) Ц.М. Фейнберг, окончившая в 1916 г. Киевский медицинский институт по специальности врач-терапевт и долгое время работавшая на административных должностях в системе ВЧК и НКВД. Институт им. Сербского был единственным научным учреждением судебной психиатрии, поэтому постепенно в его ведение перешли абсолютно все научно-практические и организационно-методические проблемы судебно-психи-

атрической экспертизы, включая и руководство периферийными психиатрическими учреждениями. Самые известные ученые-психиатры либо работали в институте, либо сотрудничали с ним. Причем постепенно на передний план стали выдвигаться вполне определенные политические цели. В 1938 г. здесь было создано специальное отделение, куда помещали всех испытуемых, обвинявшихся в контрреволюции (по ст. 58 УК РСФСР), кроме женщин и подростков. Режим содержания в обычных отделениях также ужесточился, более суровыми стали и требования к персоналу. Взаимоотношения между сотрудниками были основаны на недоверии, подозрительности и доносительстве. Истории болезни обвиняемых по ст. 58 УК РСФСР были выделены в отдельный архив, который осенью 1941 г. уничтожили в первую очередь. В комиссию по «разгрузке архива» входил ученый секретарь института Д.Р. Лунц.

Режим секретности привел к тому, что основная масса психиатров не знала о злоупотреблениях психиатрией. Следует иметь в виду, что эти злоупотребления не ограничиваются одним только признанием инакомыслящих психически больными. Однако именно потому, что процессы над инакомыслящими в 60–70-е годы и направление их на «лечение» в специализированные психиатрические больницы системы МВД стали достоянием мировой общественности, начали появляться сведения о «психиатрическом терроре», который руководство института категорически отрицало. Будучи директором института, акад. Г.В. Морозов обладал неограниченной властью и руководил всей судебной-психиатрической службой СССР, Всесоюзным обществом невропатологов и психиатров, непосредственно председательствовал в наиболее важных экспертных комиссиях. «Специальное» 4-е отделение — «государство в государстве» — возглавлял проф. Д.Р. Лунц. Психиатры-эксперты, работавшие с «обычными» уголовниками, не имели туда доступа. Один из авторов этой книги, проходивший в конце 60-х годов клиническую ординатуру в институте им. Сербского, совершая обходы во время ночных дежурств, только через окошечко в двери 4-го отделения слышал от дежурного фельдшера: «Все спокойно, все в порядке». Работавшие там врачи ни-

когда не рассказывали коллегам о своей работе. Именно в это отделение со всего Советского Союза направлялись на экспертизу арестованные по политическим статьям. Именно у этого контингента испытуемых активно высказывали психические нарушения, дававшие основание признавать их психически больными, невменяемыми и направлять на лечение в специальные психиатрические больницы-тюрьмы. Таким образом подтверждалось высказывание Н.С. Хрущева о том, что при коммунизме только психические ненормальные способны выступать против существующего строя, и выполнялось предложение председателя КГБ Ю. Андропова использовать психиатрию для борьбы с диссидентами (письмо в ЦК КПСС от 29.04.1969 г.). Эти указания эффективно использовались властями в карательных целях для устранения (на неограниченный срок) несогласных, о чем стало известно только благодаря международным акциям. В 1970 г. в Амстердаме вышла книга-памфлет Роберта Ван Ворена «Даниил Лунц — психиатр-дьявол». Это была первая публикация, в которой назывались имена психиатров, участвовавших в злоупотреблениях: Д. Лунц, М. Тальце, известные ученые и теоретики психиатрии — А. Снежневский, Г. Морозов, Р. Наджаров, М. Вартанян и другие руководители основных психиатрических учреждений.

Наследие сотрудников Института им. Сербского разнообразно, широк и многообразен круг их научных интересов. На примере работы института можно представить, насколько сложны проблемы судебной психиатрии.

Практическая экспертная работа почти никогда не приносит известности судебному психиатру, а вот неприятностей эта очень опасная деятельность доставляет множество. На протяжении десятилетий сотрудники института вели обширную научно-практическую деятельность, написали десятки монографий по судебной психиатрии, освидетельствовали тысячи испытуемых, но достаточно было признать какую-то часть психически здоровых диссидентов психически больными, чтобы название института начало вызывать ужас и стало нарицательным. Как участие проф. И. Сикорского в позорном деле Бейлиса и его заключение (не экспертиза) о возможном совершении Бейлисом убийства с ритуальной

целью заставило забыть его научные труды, так и практическая деятельность Д.Лунца перечеркнула его военные заслуги и теоретические работы. Труды этих психиатров известны их коллегам, но сами они известны всему прогрессивному человечеству как представители реакционного мировоззрения. Лунц был типичным представителем своего времени. Высокоэрудированный, образованный, умный, он верой и правдой служил режиму и оказался вершителем чужих судеб. Как и многие психиатры, он безоговорочно, полностью принял концепцию акад. Снежневского о вялотекущей шизофрении. Эта концепция стала для советской психиатрии некой границей между московской школой, придерживавшейся расширенного диагностирования шизофрении, и ленинградской и киевской школами, где к диагностированию шизофрении подходили более трезво и взвешенно.

Украинской судебной психиатрии повезло. Диссидентов редко направляли в Киевскую судебно-психиатрическую экспертную комиссию. Судебно-психиатрическое экспертное отделение Киевской городской психоневрологической больницы им. акад. И.П. Павлова было организовано в 1947 г. С.М. Лившицем. Блестящий психиатр-клиницист и судебный эксперт, доктор наук, он много лет председательствовал в судебно-экспертных комиссиях. При этом основанием для диагностических экспертных заключений считал только клинические критерии. Именно ему принадлежала идея организации в Киеве филиала Всесоюзного института общей и судебной психиатрии (в настоящее время — Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии). Замечательный, безупречно честный, глубоко интеллигентный человек, Саул Моисеевич Лившиц утром очередного рабочего дня был убит на территории больницы им. Павлова. Убийца, в прошлом не раз проходивший экспертизу, нанес Саулу Моисеевичу несколько ножевых и огнестрельных ранений.

Психиатрия, как и вся медицина 60–80-х годов, была сильна своими школами с определенным направлением научных исследований и преемственностью. Кафедру Киевского медицинского института возглавлял проф. Я.П. Фрумкин, с ним работали И.Я. Завилянский, И.А. Мизрухин, И.Э. Слив-

ко, И.Д. Шевчук и Г.Л. Воронков, который после смерти Я.П. Фрумкина возглавил кафедру. На базе больницы работала кафедра Института усовершенствования врачей и отдел патофизиологии высшей нервной деятельности Института физиологии им. А.А. Богомольца (Е.А. Рушкевич, В.М. Шапошников, Т.М. Городкова, профессора В.П. Протопопов, И.А. Полищук, П.В. Бирюкович). Направлениями их научных исследований были клинико-психопатологическое и патофизиологическое. В диагностически сложных случаях не последнюю роль играла коллегиальность решений. На экспертные комиссии приглашались Я.П. Фрумкин, И.А. Полищук, В.М. Блейхер, в 1956 г. создавший в больнице им. Павлова первую в Украине патопсихологическую лабораторию, Б.М. Куценко, открывший на базе больницы Республиканский консультативный центр; ее главный врач, великолепный эксперт П.Н. Лепехов; блестящий практический психиатр и очень мудрый человек Аким Михайлович Фарбер, в свое время выступавший на Нюрнбергском процессе с показаниями о геноциде. На расширенных комиссиях все присутствовавшие активно высказывали самые разнообразные точки зрения. Рядом с С.М. Лившицем все годы работала заведующая судебным отделением Наталья Максимовна Винарская, крайне принципиальный и невероятно добросовестный человек...

К сожалению, в последние годы расширенные комиссии встречаются все реже и реже. Авторы этой книги хотят воспользоваться случаем и высказаться за необходимость расширенных судебно-психиатрических экспертных комиссий в диагностически сложных случаях. Пример работы Института им. Сербского как единственной высшей инстанции в судебной психиатрии свидетельствует о том, что какое-либо одно учреждение не должно становиться вершителем судеб. В Киеве сейчас экспертизу проводят два учреждения — Киевский городской центр судебно-психиатрической экспертизы и отдел судебных экспертиз Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии. Таким образом сохраняется и система проведения экспертизы, и основные позиции. Конечно, в судебно-психиатрических экспертных комиссиях должны участвовать специально

подготовленные судебные психиатры, имеющие также опыт работы в общей психиатрии, так как узкая специализация всегда ограничивает возможности широкого клинического мышления. Не хотелось бы, чтобы судебные психиатры становились узкими специалистами, «подобными флюсу».

И, наконец, самый сложный аспект: как могло случиться, что психически здоровым людям был поставлен диагноз психического заболевания? По сравнению с медициной в целом, в практике психиатрии этические вопросы приобретают особую остроту, поскольку именно здесь недобровольные формы лечения узаконены, так как необходимы. Психически здоровые нуждаются в защите своих прав и охране от социально опасных психически больных, так же, как и психически больные — в охране при ущемлении их прав. Это создает предпосылки для злоупотреблений. То, что видные психиатры признавали психически больными Петра Григоренко, Жореса Медведева, Ивана Яхимовича и других, никак нельзя объяснить диагностическими ошибками. Но как могли десятки врачей на протяжении многих лет подтверждать эти диагнозы во время пребывания таких пациентов на принудительном лечении, а затем наблюдая их в психоневрологических диспансерах? Что это — страх перед авторитетами и трусость? бездумное отношение к своим обязанностям? профессиональная безграмотность?

Исследование этой проблемы включает много аспектов, и в первую очередь оно касается отношений между государством и психиатром, состояния психиатрии как науки и отношений «врач — пациент». Это проблема этического долга психиатра перед государством и пациентом, о которой можно говорить долго и уже многое сказано. Цель нашей книги — изучение возможности подавления инакомыслия (политического, религиозного и иного) путем квалификации этого явления как психического заболевания.

Как известно, в Советском Союзе, начиная с конца 50-х годов, небольшой, но все же достаточно значительной части инакомыслящих, не страдавших психическими заболеваниями, ставили два успешно дополнявших друг друга диагноза: вялотекущая шизофрения и паранойяльное раз-

витие личности. После II съезда психиатров в 1936 г. понятие «мягкая, вяло- и медленнотекущая шизофрения» исчезло. В 1963 г. ленинградский профессор И.Ф. Случевский утверждал, что медленнотекущей шизофрении не существует. Однако школу А.В. Снежневского и его сотрудников, разработавших в 60-е годы диагностическую систему, в т.ч. и концепцию вялотекущей шизофрении, поддерживали Ф.В. Кондратьев, С.Ф. Семенов, Я.П. Фрумкин и другие. Расплывчатое толкование диагноза «шизофрения» позволяло некомпетентным и недобросовестным психиатрам использовать психиатрический диагноз для немедицинских целей. Под диагноз «вялотекущая шизофрения» подводились стойкие невротоз- и психопатоподобные расстройства, стертые аффективные проявления, подозрительность, которыми и определяли клиническую картину на всем протяжении заболевания. Эти диагностические критерии перечислены в «Руководстве по психиатрии» (1983 г., т. 1, стр. 334). Такое описание шизофрении позволяло индивидуальные личностные проявления укладывать в рамки болезни и признавать душевнобольными практически здоровых людей.

К людям, обладающим паранойяльным складом личности, относили, в соответствии с мнением проф. А.В. Снежневского, «фанатиков правды», убежденных в правоте своих взглядов. Такой тенденциозный подход к диагностированию паранойяльной психопатии и паранойяльного развития противоречит обычному здравому смыслу. Как утверждает К. Леонгард, «потребность в справедливости — поступки, напоминающие паранойяльное развитие. Однако борец за объективную правду не может быть параноиком. Истинное чувство справедливости, правдолюбие, альтруистическое чувство несвойственны параноику».

Из сказанного видно, что сам процесс установления психиатрического диагноза ненадежен и может основываться на предвзятости; кроме того, при диагностировании психического заболевания в качестве аргументов привлекаются субъективные расплывчатые критерии. Отсутствие четких диагностических критериев, четко определенных стандартов диагностики способствует применению карательной психиатрии к энергичным и способным гражданам, не

согласным с властями. При этом большинство психиатров склонны считать, что такой ошибочный диагноз менее опасен, чем неустановление психического заболевания.

Одной из первых всемирно известных жертв психиатрического террора в СССР стал **Леонид Плющ**. Он с медалью окончил среднюю школу, неоднократно был победителем математических олимпиад, получил образование в Киевском университете, который окончил в 1962 г. Во время обучения на механико-математическом факультете отличался разнообразием интересов: посещал психиатрический кружок при кафедре психиатрии Киевского медицинского института; интересовался модными тогда проблемами внушения на расстоянии — гипнозом, телепатией; участвовал в опытах по тренировке под гипнозом различных способностей. Кружком руководили известные киевские психиатры — проф. Я.П. Фрумкин и доц. И.Я. Завилянский. Группа математиков на кафедре психиатрии пыталась разработать модель психозов. Л. Плющ быстро понял практическую неосуществимость этого (по крайней мере, на том этапе развития знаний) и перестал заниматься этой тематикой.

После окончания университета четыре года был инженером-математиком в Институте кибернетики АН УССР. Работал над моделированием биологических систем, опубликовал статьи «Математическое моделирование систем управления уровнем сахара на вычислительной машине», «К оценке организации нейронных структур», докладывал свои работы на семинарах, научно-технических конференциях, исследовал проблемы философии и психологии игры. Интересовался литературой по структурному анализу, которым пользовался при опробовании морфологии игры, гипотезами о происхождении и истории игр, вопросами математической теории экспериментальных игр. Остается только сожалеть, что Леониду Ивановичу не дали возможности заниматься интересующими его научными проблемами. А самое печальное, что в качестве доказательства душевного заболевания были использованы именно его разносторонние (не хаотичные, а целеустремленные) научные интересы.

В «Історії хвороби Леоніда Плюща» (1976) приводяться

свидетельства его друзей во время следствия: «...математик, который интересовался биологией и психологией, человек большой духовной культуры... в свои 33 года он был в расцвете творческих сил. Круг его интересов — кибернетика, математика, теория игры, социальная психология, культурология... Главное, что характеризовало его как личность — беспрестанные моральные поиски... С ним легко общались люди разнообразных характеров. Он вначале слушал, иронично уточняя, раздумывая... Убеждения Леонида Ивановича были точны и аргументированы. Это не был фанатизм, категоричность взглядов. Это был человек со здоровой психикой». В официальной характеристике указано, что «Плющ Л.И. проявил себя вдумчивым и исполнительным работником, который относился к своим обязанностям творчески. Принимал активное участие в разработке инженерно-психологической тематики и работе философского семинара. Как и в университете, продолжал оставаться комсомольским активистом. Однако наряду с этим в 1968 г. написал письмо в газету «Комсомольская правда», как ответ на помещенную там статью о процессе над А. Гинзбургом и Ю. Галансковым». В своем письме Л. Плющ обосновал беспочвенность обвинений, а сам процесс сравнивал с методами судебной расправы 1937 г.

Леонид Иванович принял участие в основании Московской инициативной группы по защите прав человека и являлся одним из основных связующих звеньев между московскими и украинскими активистами группы защиты прав человека. Сотрудничал с «Хроникой текущих событий», занимался распространением журнала, сам писал статьи. В 1972 г. был привлечен к уголовной ответственности и обвинен по ст. 62 УК УССР в антисоветской агитации и пропаганде.

Он был арестован 15 января 1972 г. и до 29 апреля находился в киевском следственном изоляторе КГБ УССР. На допросах Л. Плющ молчал. Его сочли настолько опасным преступником, что даже не рискнули привезти в экспертное отделение больницы им. Павлова, куда доставляли на амбулаторную экспертизу убийц, бандитов, насильников и т.д., и его первая судебно-психиатрическая экспертиза была проведена в следственном изоляторе. Именно здесь в

марте-апреле он был освидетельствован экспертами-психиатрами С.М. Лившицем, Н.М. Винарской и Г.А. Кравчук. Эксперты пришли к заключению, что Л. Плющ психическим заболеванием не страдает.

В дальнейшем прокурор по надзору за КГБ Малый и адвокат Плюща Крженицкий утверждали, что в материалах уголовного дела заключение данной экспертизы отсутствует.

Вскоре Л. Плюща перевели в Москву в следственный изолятор Лефортовской тюрьмы, откуда дважды направляли на амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу в Институт им. Сербского. Комиссия в составе Г.В. Морозова, Д.Р. Лунца и А.К. Качаева в июле 1972 г. дала заключение о том, что Плющ Л.И. страдает психическим заболеванием в форме шизофрении с вялотекущим течением, отметив, что с юношеского возраста он характеризуется паранойяльным складом личности с идеями реформаторства, неустойчивостью эмоциональной сферы, некритическим отношением к своему состоянию, является социально опасным и поэтому нуждается в направлении в специализированную психиатрическую больницу на принудительное лечение. Поскольку стационарно Леонида Ивановича не обследовали, такое заключение было дано на основании анализа материалов уголовного дела и рукописей, то есть черновиков будущих статей на темы морали, этики и социальной философии, психологии. Естественно, что черновики представляли собой отрывки — с пропусками, незаконченными выводами.

К моменту проведения третьей экспертизы в сентябре 1972 г. Леонид Иванович уже долго находился в изоляции, ничего не знал о жене, детях, друзьях, из-за чего очень переживал. Придерживаясь точки зрения, что никто никого не имеет права судить за убеждения, он не желал принимать участие ни в следственных действиях, ни в судебных заседаниях, ни в судебно-психиатрической экспертизе. Поэтому вел себя сдержанно, отвечал лаконично, мало рассказывал о себе. Экспертная комиссия под председательством А.В. Снежневского, с участием Г.В. Морозова, Д.Р. Лунца и А.К. Ануфриева подтвердила предыдущее заключение — хроническое психическое заболевание в форме шизофрении, которое характеризуется ранним началом и

формированием паранойяльных нарушений с элементами фантазии, наивности суждений, с появлением идей избреченности в области психологии. Вновь была отмечена социальная опасность этого интеллигентного и корректного человека и рекомендовано принудительное лечение в специализированной психиатрической больнице. Академик А.В. Снежневский у себя дома сказал жене Л. Плюща откровенно: «Будет ли лучше для него провести семь лет в колонии строгого режима?».

С точки зрения тогдашней психиатрической логики, Плющ на первый взгляд был «неразборчив в своих интересах»: кибернетика и психиатрия, древнеиндийская философия и структурная лингвистика, история иудаизма и теория игры в нарды. Однако это свидетельствует не о разбросанности, а о разносторонности и многогранности. У него была богатейшая библиотека. Аналитик по складу ума, математик-теоретик, Плющ руководствуется положениями математической логики. И при этом — высокая нравственность, глубокий интерес к этическим проблемам (тончайшее соблюдение этики). Он раздумывает над психологией ренегатства и социального непротивления, пассивности масс по классической формуле «моя хата с краю». Его интересовали поведение российской интеллигенции в прошлом и настоящем, истоки и причины ее моральной деградации в переходные исторические моменты. Трагично, что всего этого не поняли психиатры. Работы Л. Плюща, при всей их сложности, не носят печати книжности, абстрактного теоретизирования. Каждая — живой отклик на проблемы дня, нашей действительности. Государство в работах Л. Плюща — это не абстрактное государство, это наша страна, а психология — не теоретическая модель, а состояние души автора и его современников. Сталинизм интересует его не как историческое явление, а как психологический феномен. Можно привести множество примеров в пользу «антиэкспертизы» Леонида Плюща, доказывающих его психическую нормальность, но лучшее доказательство — его жизнь после освобождения.

В октябре 1972 г. Л.И. Плющ был возвращен в киевский следственный изолятор. В декабре следствие заканчивает-

ся, и жена Плюща впервые узнает, что Леонид Иванович является душевнобольным. В течение пяти дней, с 25 по 29 января 1973 г., продолжается заседание Киевского областного суда. В соответствии с заявлением судьи Дишеля о том, что данный процесс составляет государственную тайну, суд был закрытым, а зал заседания — пуст. Там присутствовали лишь три члена суда, прокурор и адвокат. Ни обвиняемого, ни экспертов, ни жену и родных не вызывали. Суд постановил направить Л.И. Плюща на принудительное лечение в специализированную больницу.

Следует отметить, что около полугода на высшем республиканском уровне (Кассационный суд, протест прокурора, пленум Верховного суда Украины) рассматривался вопрос о том, в какой психиатрической больнице его лечить. Однако 5 июня 1973 г. Верховный суд УССР вынес окончательное решение: направить Леонида Плюща в специализированную психиатрическую больницу системы МВД в связи с особой социальной опасностью его антисоветской деятельности, — хотя *деятельности* как таковой и не было. Нельзя же отнести к деятельности подпись под письмом-обращением Инициативной группы в ООН, хранение у себя дома материалов самиздата и наличие собственных взглядов на существующий строй.

О том, какому лечению подвергался Л. Плющ и как это лечение сказалось на его здоровье, будет подробно рассказано в соответствующем разделе. Здесь же лишь подчеркнем, что главным критерием диагностирования психического заболевания являются данные анамнеза — истории жизни после установления этого диагноза, а также степень социальной адаптации. После эмиграции в 1976 г. наш диссидент стал полноправным гражданином Франции, писателем и в дальнейшем никогда не сталкивался с психиатрами. Мы же, интервьюируя его в ноябре 1995 г., встретились с деликатным, вежливым, внимательным, немногословным, ироничным человеком, который, несмотря на всю неординарность и трудность своей судьбы, не сломался и не ожесточился.

Пройдя все круги психиатрического этапа, иронично относится к себе **О.В.Я.**, называющий себя «бунтарем местного значения». Из-за своего правдолюбия и нетерпимости ко лжи и цинизму он ушел со 2-го курса юридического факультета Иркутского университета. Прослужил три года в войсках особого назначения. После демобилизации год работал в милиции, откуда его уволили после написания фельетона «Школа держиморд». Поселился в Александрии Кировоградской области, работал на шахте. Снова начал писать — статьи в стенгазету, пытаюсь противостоять бюрократизму и отстаивать права шахтеров. Вместе с единомышленниками занимался организацией свободного профсоюза шахтеров. Одновременно работал над книгой «Боль» и поэмой, посвященной «коммунистическому царю Ильичу II», где есть строки и о «чугунном идоле» — Ильиче I:

*Чугунный идол, в серебро окрашенный,
На пьедестале мраморном застыл,
На пьедестале, с кладбища притащенном,
Где он стоял средь брошенных могил.*

*Какой факир наглядной агитации
С погоста спер сей черный пьедестал?!
Надгробье чье подверг экспроприации,
Пристроив Ленина вместо креста?*

Ильичу II (Леониду Брежневу) посвящены следующие строки:

*Этот густобровый дед —
Наш советский Пиночет,
Современный Чингиз-хан, —
Захватил Афганистан.*

*Буйных чехов усмирил,
Русских по миру пустил.
Он — партийный император,
Знаменитый литератор.*

(около 1980 г.)

Сейчас кажется: ну что особенного в этой несколько наивной эпиграмме? Эпиграммы Пушкина были куда более злыми. **О.** разделил судьбу современника Пушкина — Чаадаева, которого за вольнолюбие признали сумасшедшим. Причиной ареста **О.** была, конечно, попытка подрыва существующего строя и антисоветская деятельность — создание свободного профсоюза шахтеров, а вот для обоснования диагноза психического заболевания на вооружение было взято его литературное творчество. В ноябре 1982 г., при амбулаторном освидетельствовании в Кировоградской областной психиатрической больнице, его психически больным не признали и рекомендовали направить на стационарное обследование. После месячного стационарного обследования в Одесской психиатрической больнице судебно-психиатрическая экспертная комиссия под председательством профессора Д.И. Майера пришла к заключению, что у него — шизофрения непрерывнотекущего типа, параноидный (бредовый) вариант. Однако никакая бредовая симптоматика не описана. Затем четыре года «лечения» в Днепропетровской специализированной психиатрической больнице, реабилитация спустя десять лет и снятие психиатрического диагноза. Вновь работал в шахте, баллотировался в депутаты. В 90-е годы работает над книгой «Архипелаг дурлаг».

Еще одна судьба. **И.А.М.** к моменту ареста исполнилось 34 года. Однако конфронтация с существующим порядком вещей началась еще в Николаевском горнорудном институте. В 17 лет вышел из комсомола, порвав свой комсомольский билет, так как *«действительность не соответствовала пропаганде»*. После провала экзамена по истории партии был отчислен из института. В армии *«был потрясен дедовщиной»*, чувство собственного достоинства не позволяло выполнять распоряжения «дедов», постоянно конфликтовал с сослуживцами-конформистами. **К.И.** относились недоброжелательно, будили по ночам. Был комиссован из армии по ст. 8а-8б с диагнозом «затяжное реактивное состояние с психопатоподобным поведением». После возвращения из армии окончил в 1981 г. Николаевский педагогический

институт, работал учителем математики. В 1982 г. написал письмо Брежневу, в котором отказался принимать участие в голосовании. На следующий год под благовидным предлогом его уволили с работы. Работал электромонтером, писал жалобы в Москву. В 1985 г. отказался от советского гражданства. Был направлен на стационарное обследование в Криворожский психоневрологический диспансер, где ему был поставлен диагноз «психопатия паранойяльного круга». 23 декабря 1985 г. разбил окно и был привлечен к уголовной ответственности по обвинению в хулиганстве по ст. 206, ч. 2 УК УССР. Сразу же, в январе 1986 г., был направлен на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в Днепропетровскую областную психиатрическую больницу. Мы не читали акта СПЭК и не знаем, на основании каких «болезненных проявлений» был поставлен диагноз «шизофрения, параноидная форма, непрерывно-прогредиентный тип течения, смешанный тип дефекта. Невменяем».

Комиссия рекомендовала направить **И.** на принудительное лечение в специализированную психиатрическую больницу системы МВД. В Днепропетровской спецбольнице, где **И.** находился до ноября 1987 г., диагноз был подтвержден, его признали инвалидом II группы, лишили гражданских прав. Экспертная комиссия сочла необходимым назначить ему опекуна как недееспособному. Из специализированной больницы «пациент» был переведен в Николаевскую психиатрическую больницу, где «лечился» еще семь месяцев. В 1989 г., в числе других пострадавших от психиатрии диссидентов, **И.** был осмотрен комиссией американских психиатров с участием Лорена Роса и признан психически здоровым. Добивался реабилитации и снятия диагноза через суд. По направлению суда в 1991 г. прошел судебно-психиатрическую экспертную комиссию в больнице им. Павлова, и снова был признан психически здоровым. Мы осматривали его в мае 1996 г. и также признали психически здоровым. Врачи, установившие диагноз шизофрении, могут возразить, что мы не испытывали трудностей при диагностировании, так как нам были известны заключения СПЭК 1989 и 1991 гг., история жизни **И.** Мы знали, что в 1993 г., окончив тех-

никум железнодорожного транспорта, он некоторое время работал слесарем, затем ему удалось устроиться на работу по прежней специальности — учителем математики; окончил также курсы повышения квалификации учителей.

Эксперты Днепропетровской областной больницы располагали сведениями о том, что в армии он заболел и был комиссован с диагнозом «временное расстройство психической деятельности в форме реактивного состояния». И если ошибку в диагнозе в какой-то мере можно объяснить, то все равно трудно понять, почему врачи, забыв гиппократовский принцип «не навреди», после месячного обследования сразу установили диагноз «шизофрения» и не изменили его после длительного стационарного лечения. И почему, наконец, человек, разбивший стекло, представляет такую социальную опасность, что его надо вместе с насильниками и убийцами направлять в больницу строгого режима.

При рассмотрении целой череды людей с неординарной и исковерканной судьбой мы непрерывно задавали друг другу вопрос: что имело место? Ошибка диагностики или преднамеренное искажение диагноза? Когда имеешь дело с обычными законопослушными гражданами-небунтарями, понимаешь: для того, чтобы удержаться в этой жизни (в любой стране), надо быть конформистом или, по крайней мере, разрешить себе компромисс с собственной совестью. Диссиденты — личности необычные, неординарные. Пытаясь понять феномен диссидентства, следует иметь в виду, что мы имеем дело с людьми, инакомыслие и иное мировоззрение которых тесно связано с их личностными особенностями — правдолюбием, исключительной порядочностью, доверчивостью, добротой, в чем-то наивным отношением к действительности, неприятием полутонов между «хорошо» и «плохо», нежеланием кривить душой и идти на компромисс. Изучение судеб этих людей, их рассказов о своей жизни, медицинской документации позволяет утверждать, что психиатры, наблюдая их не один год, не могли не понимать, что в каждом конкретном случае речь шла о должностном преступлении — об использовании психиатрии для подавления инакомыслия.

Неправильное диагностирование психического заболевания некоторые психиатры в настоящее время называют гипердиагностикой (чрезмерной диагностикой), т.е. пытаются доказать, что речь идет всего лишь о преувеличении тяжести имевшихся психических расстройств. Психиатрия весьма социальна по своей природе, независимо от существующего строя, и потому нельзя сбрасывать со счетов такой фактор, как влияние на врача-психиатра общественного сознания. Неоправданно жестокий выбор вида принудительного лечения — помещение диссидентов в психиатрические больницы специального типа, безусловно, является неправильным назначением меры медицинского характера, подтвержденной решением суда.

Принудительное лечение и принципы медицинской этики

При рассмотрении различных аспектов недобровольного и принудительного лечения на первый план всегда выступала проблема не только лечения пациента, но и защиты психически здоровых от психически больных, оставляя в тени такую важнейшую проблему, как охрана прав психически больного. Деятельность психиатра имеет лечебно-профилактическую и социальную направленность; подразумевается, что долг врача — дать как можно больше обоснованных медицинских рекомендаций. У многих психиатров сформировалась позиция рассматривать право лечить как право врача убеждать пациента в необходимости лечения. Существующие критерии возможной социальной опасности психически больного ставят клиницистов в трудное — с этической точки зрения — положение, заставляя их защищать интересы общества. Боязнь ответственности за возможные общественно опасные действия больных заставляет врачей расширять контингент пациентов, подлежащих принудительной госпитализации и лечению против их воли. Многие больные отказываются от лечения, но получив его, признают, что оно было полезным. Таким образом, в психиатрии упразднение недобровольной госпитализации невозможно, иначе определенная категория психически

больных оказалась бы брошенной на произвол судьбы. Но это касается только общей психиатрии и только клинических показаний для недобровольной госпитализации законопослушных больных и принудительной госпитализации совершивших общественно опасные деяния. Мы же ведем речь совсем о другой категории пациентов. Принудительная госпитализация предпринималась для того, чтобы помешать политическим диссидентам распространять их взгляды, а также для того, чтобы дискредитировать эти взгляды, объясняя их наличием психического заболевания.

Все без исключения — как первичные, так и повторные — госпитализации обследованных нами носили принудительный характер и были осуществлены в нарушение инструкции Министерства здравоохранения СССР (1972 г.). Согласно этому документу, принудительной госпитализации подлежат психически больные, представляющие социальную опасность, т.е. те, которые уже совершили или могли бы совершить общественно опасные действия насильственного характера, представляющие угрозу для **здоровья** (а не мировоззрения) граждан (убийства, самоубийства, изнасилования и т.д.). Ни один из обследованных таких деяний не совершал и опасности в таком плане не представлял. Следовательно, ответственность за медицинские рекомендации, касающиеся принудительного лечения в специализированных психиатрических больницах системы МВД, несут в первую очередь непосредственно эксперты-психиатры.

Если в период ожидания судебно-психиатрической экспертной комиссии диссиденты еще могли надеяться на то, что нельзя психически здорового человека признать психически больным, то после экспертного заключения о неменяемости человек лишался своих гражданских прав, и злоупотребление психиатрией разворачивалось во всей своей полноте. Политические противники режима, инакомыслящие подвергались не только политическим, но и психиатрическим репрессиям. Подробности и специфика условий «лечения» описаны в воспоминаниях В. Буковского, П. Григоренко, Л. Плюща.

Наша работа о судьбах пострадавших от злоупотреблений психиатрией носит в основном информативный характер.

Невозможно с помощью диагностических категорий передать весь спектр переживаний диссидентов.

Нэнси Адлер и Семен Глузман (1992) классифицировали все многообразие стрессовых факторов, которые ощущали на себе узники психиатрических концлагерей на протяжении многих лет, и выделили следующие.

1. **Стрессоры физического характера:** скученность в камерах; грубая, однообразная, скверная пища; невозможность физической разрядки и пребывания на свежем воздухе; отсутствие в камерах туалетов для отправления физиологических нужд в определенное время; наконец, избиения.

2. **Морально-психологические стрессоры:** само наличие ярлыка «психически больной»; отсутствие конкретного срока заключения и депривация; отсутствие реальных жизненных перспектив после освобождения; утрата элементарных юридических прав; требования медицинского персонала отказаться от своих убеждений; совместное содержание с крайне тяжелыми психически больными; невозможность переключиться на какое-либо иное занятие ввиду отсутствия бумаги, ручек, карандашей.

3. **Собственно медицинские стрессоры:** шок от поступления в психиатрический стационар с реакцией ужаса и суицидальными мыслями от безысходности; ощущение изменений в психике вследствие медикаментозного лечения, боязнь их необратимости; изменения характера со снижением эмоциональности, появление безразличия, апатичности с периодическим возникновением агрессивности; реакция на освобождение, о которой мы расскажем ниже.

И, наконец, о непосредственных проблемах **принудительного лечения**. Тема лечения психически здоровых людей методами, предназначенными для тяжелых психически больных, заслуживает отдельного рассмотрения. К психически здоровым применялись следующие методы.

Коматозная (шоковая) терапия с неоднократным введением пациента в бессознательное коматозное состояние с помощью инсулина и (еще более архаичный метод) атропина.

Ежедневная **терапия нейролептиками** на протяжении многих лет. Известный киевский психиатр проф. И.А.Полищук на своих лекциях говорил врачам-психиатрам о том, что в далеком прошлом больным связывали веревками ноги, а в наше время связывают ножки мозга. Длительное лечение нейролептиками может привести к побочным действиям лекарств либо к осложнениям. Можно только предположить, каково было психически здоровым людям ежедневно получать нейролептики — зачастую без корректоров побочных действий этих медикаментов. Поскольку диссиденты не были больными, они не выздоравливали, но на протяжении многих лет вынуждены были страдать от приобретенного с помощью психиатров органического поражения головного мозга в форме нейролептического синдрома со стойкими тяжелыми двигательными нарушениями.

Инъекции сульфазина. Много лет тому назад к нам с коллегой обратился приятель с просьбой помочь ему получить больничный лист. Предупредив о последствиях, мы, молодые психиатры, ввели ему начальную дозу (1,5 см³) сульфазина и выслушали много нелестных замечаний в свой адрес от пострадавшего, который (по собственной просьбе) в течение недели страдал от изматывающей температуры свыше 39°C и интенсивных мышечных болей. Диссиденты же получали эти инъекции в более высоких дозировках и многократно — как наказание за инакомыслие.

Какие-либо научные данные об эффективности сульфазина отсутствуют. Сильная боль, обездвиженность, высокая температура и некроз мышц в месте укола дают основание полагать, что данный препарат используется скорее в карательных, чем в терапевтических целях.

Сохранить свое «я» в таких нечеловеческих условиях пострадавшим помогали их уверенность в состоятельности собственных политических убеждений и в отсутствии у них психического заболевания; постепенное привыкание к жутким условиям, вера в торжество справедливости, некоторым — вера в Бога; надежда на то, что психиатры других стран пытаются разоблачить карательную психиатрию в Советском Союзе.

Несколько конкретных примеров действия карательной психиатрии.

С Виктором Парфентьевичем Рафальским (1918–1998) мы встретились за полгода до его смерти. Несмотря на тяжелые испытания, выпавшие на его долю (двадцать шесть лет в психиатрических больницах, из них двадцать лет — в больницах специального типа), тяжелые болезни (гипертоническая болезнь, глаукома, осложнившаяся слепотой), нас встретил не потерявший бодрости и юмора очень немолодой — но не старик — человек. Он продолжал оставаться активным: писал книги, выступал на собраниях, поддерживал переписку с зарубежными писателями.

В. Рафальский — выходец из семьи репрессированных. После окончания школы поступил в Киевский химико-технологический институт, откуда был исключен за критику секретаря профкома. Стал вольнослушателем исторического факультета Киевского университета и одновременно пединститута. Попытка добровольцем уехать на войну в Испанию. Начал писать стихи, острые политические памфлеты. *«Мои политические убеждения были ярко антисоветского характера... Я понимал, что дело не в Сталине, а в системе в целом. Я был под впечатлением идей Кропоткина и Бакунина. Мои взгляды нашли отражение в так называемых «33 принципах Воли»... Вступил в политический конфликт, отказавшись идти в армию».* В связи с этим был привлечен к уголовной ответственности. Проходил СПЭЖ в 1937 г. в Киевской психиатрической больнице. Какое было вынесено заключение — не знает, но наказание не отбывал и принудительному лечению не подвергался. После ареста «мотался» по стране. Несмотря на судимость, в 1945 г. был призван в армию, участник боевых действий в войне с Японией. После демобилизации поехал в Западную Украину искать следы своей семьи. С 1946 по 1954 г. работал преподавателем, директором школы, был дважды женат. Продолжал писать политические памфлеты. Выпустил четыре манифеста с призывами к населению добиваться независимости республик и требовать демократических свобод. В 1954 г. был привлечен к уголовной ответственности по обвинению в

измене родине. В это время Н.С. Хрущев выступил с директивной установкой: «У нас сейчас нет политзаключенных. Заниматься антисоветчиной могут только сумасшедшие». Судебно-психиатрическая экспертная комиссия признала Виктора Парфентьевича невменяемым с диагнозом шизофрении. В 1955 г. его перевели для принудительного лечения в Ленинградскую специализированную психиатрическую больницу, откуда в 1956 г. он совершил побег. Нелегально, пройдя пешком Россию и Украину, вернулся в Станислав (теперь — Ивано-Франковск) и сразу же был арестован. До 1959 г. в общей сложности пять лет находился на принудительном лечении в Днепропетровской и Казанской специализированных психиатрических больницах, освобожден по амнистии, проживал в Ленинградской области. Продолжал антисоветскую деятельность и в 1962 г. вновь был арестован. Следствие велось до 1964 г. Освобожден в 1964 г., по его мнению, после вмешательства Нины Петровны Хрущевой, которая была знакома с матерью Рафальского. До 1967 г. жил в Крыму, на Кубани, работал на разных работах. В этот период написал сатирический роман «Необыкновенные приключения трех оборотов в стране Чудес». В 1966 г. его вновь привлекли к уголовной ответственности — по ст. 62, ч. 1 УК УССР. Где проходил СПЭК — не помнит. С прежним диагнозом и прежними медицинскими рекомендациями был направлен на принудительное лечение. Двадцать один год (до 1986 г.) находился в психиатрических больницах. За время своего «крестного пути» побывал в психиатрических больницах Киева, Харькова, Львова, Москвы, Вильнюса, его «лечили» в ленинградской, днепропетровской, казанской и сычевской психиатрических специализированных тюрьмах. Начиная с 1981 г. его периодически переводили на общих основаниях в Львовскую областную психиатрическую больницу, неоднократно осматривали СПЭК и комиссии по снятию принудительного лечения. Так, из постановления Стрыйского районного народного суда Львовской области от 27 февраля 1984 г. известно, что 01.02.84 г. Рафальский после очередного побега был освидетельствован очередной СПЭК, которая вновь подтвердила диагноз: шизофрения с дефектом в

эмоционально-волевой сфере. Суд, проверив собранные доказательства — «стихи, написанные в состоянии шизофренического бреда, а также высказывания Рафальского с критикой в адрес КПСС», заменил принудительное лечение на общих основаниях принудительным лечением в специализированной психиатрической больнице системы МВД. И вновь невменяемого — повторно — осуждают как психически здорового. Имеется выписка (от 23.01.86 г. за № 3342) из 7-го отделения Львовской областной психиатрической больницы о том, что комиссия, осматривавшая Рафальского 09.12.85 г., решила продлить лечение, т.к. его «психическое состояние не дает оснований ходатайствовать перед судом о снятии принудительного лечения».

Из воспоминаний В. Рафальского «Репортаж из ниоткуда» (1989 г., пишет их «дефектный» больной шизофренией, т.к. диагноз еще не снят): *«В тюрьме вы можете обратиться к прокурору по надзору. Здесь (в больнице) вы бесправны, бессловесное существо. Вы — сумасшедший, психически больной. Юридически. А потому с вами можно все — унижить, искалечить, убить. Именно так. В тюрьме вы можете читать, писать, чем-то, наконец, заняться, чтобы убить время. В тюремных психушках вы имеете право только смотреть в потолок: запрещено хранить бумагу, карандаши, даже книгу. Ни один администратор не даст объяснения: почему? — Не положено. Когда читаешь сейчас статьи о тех или иных злоупотреблениях властью имущих в разных сферах нашего бытия, то придется призвать на помощь все богатство человеческого воображения, чтобы в какой-то мере представить себе, что же тогда делалось за стенами засекреченных тюремных психушек. Ведь там полная бесконтрольность и произвол. Ведь туда не имеет права проникнуть ни один представитель прессы. Ведь все это совершенно вне поля зрения общественности. Разгул эмоций и вседозволенности. Как и всюду, там, конечно, крутятся какие-то комиссии, что-то, так сказать, контролируют — неизвестно только, что. Заключенные у них вне поля зрения».*

Как пишет Виктор Парфентьевич, с 1969 г. в тюремных спецбольницах был учрежден штат санитаров (до этого их

функции исполняли надзиратели — контролеры, как они официально теперь именуются в тюрьмах: так культурнее и не отдает чем-то старорежимным). Санитары не вольнонаемные. Их рекрутируют из числа уголовников — до 1975 г. даже из лагерей особого режима. *«Отбросы общества получают какую-то власть. Комментарии нужны? На их действия, поведение, персонал стыдливо закрывает глаза. Даже потворствует»* (В.П. Рафальский приводит многочисленные примеры и фамилии систематически избиваемых). *Вы не увидите «фонарей» под глазами этих несчастных — тут своя система: почки, печень. Чтобы никаких следов. ... Трудно сказать, чему отдать предпочтение, если говорить о режиме — Днепрпетровску или Сычевке. Бараки без фундамента. На первом этаже под полом — вода. Отопление еле-еле, т.к. трубы на эстакадах под землей не проложишь — болото. А зима тогда ох, какая лютая! Вымерзли сады на Смоленщине. Туалет — интервал три часа! Как и в Днепрпетровске. Хоть разорвись — никому до этого дела нет. Я же говорю, это несравненно хуже тюрьмы, ибо там туалет не проблема. А здесь... Прогулки нет совсем, если не считать каких-то случайных. И надзор, надзор, надзор. Точно собрали сюда самых мерзких подонков общественного дна... .. При психушке фабрика на пятьсот машинок. Рабочий день — шесть часов, благодаря Богу, ибо на фабрике грохот — стены дрожат, и, вдобавок, уйму динамиков добавляют, и себе на полную катушку, магнитофонную запись современной супермузыки. Резнуться можно. Шмон — идешь на работу, шмон — идешь с работы. Зимой просто беда — раздевают на лютom морозе. А в бараке не согреешься, трясешься осиной. Погнали на работу с первых дней. А представляете ли Вы, что значит работать под нейролептиками? А работали. ... Скажу прямо, когда я попадал в тюрьму (что было довольно часто), я, верите, отдыхал. Ибо что была тюрьма в сравнении с ужасом тюремных психушек?! Есть вещи, которые невозможно представить. Когда человек годами находится под нейролептиками — это превышает человеческое воображение. А впереди — неизвестность. Она калечит, она убивает. Слабые духом не выдерживают — вешаются. Но нейролептики ломают и*

дух, и тогда бывший человек теряет всякое человеческое достоинство, падает на колени перед своими палачами, молит о милосердии.

... После следствия я попал в казанскую психушку. Кололи меня там беспощадно. Быть все время под нейролептиками — вещь страшная. Это состояние описать невозможно. Нет покоя ни днем, ни ночью. Человек перестает быть человеком. Становится просто особью, существом жалким, низведенным до животного состояния. Какого-либо медицинского подхода к лечению здесь нет, назначение лекарств действует автоматически — месяц за месяцем, год за годом. Никому нет дела, что таким вот образом человека делают инвалидом, ибо никакой человеческий организм не в состоянии выдержать систематических атак нейролептиков.

... Метод усмирения: раздевают донага, укутывают мокрой простыней, привязывают к кровати и в таком состоянии держат, пока человек не завопит. Ибо высыхая, плотно обернутая простыня причиняет невыносимую боль. Это так называемая укутка. В ленинградской психушке применялась довольно часто.

... В какой цивилизованной стране возможно подобное? И достойно ли это самой сущности цивилизованного государства? Отнята жизнь. Оплевана, загажена душа. Двадцать лет погублено, считая со дня последнего ареста — год 1966. Двадцать лет. Вдумайтесь только в это. Не знаю, ей-богу, не знаю, как я все это перенес».

Сравните с декларационным заявлением Д.Р. Лунца («Советская судебная психиатрия». Изд-во «Знание», 1970 г., стр. 32): «Организационные формы советской судебной психиатрии дают реальные гарантии охраны прав психически больных». Без комментариев.

Днепропетровскую специализированную психиатрическую больницу описывает **Леонид Плющ** («История болезни Леонида Плюща»): «Санитарами в больнице работают бывшие уголовники, а больные полностью отданы во власть безграмотным, грубым санитарам, которые усиленно используют методы физической расправы. У больных от-

существует табак. Плата за папиросу — 20 целчков или 25 «банок» (ударов пряжкой от ремня). На 7–8 больных — одна пара обуви. Санитары заставляют больных терпеть по несколько часов, после чего выводят в туалет. Врачи злоупотребляют инъекциями, которые назначаются не как метод лечения, а как наказание, например, за резкий ответ пациента на замечание санитаря. Диссиденты находятся в одних палатах с убийцами, насильниками и др. уголовниками».

Л. Плющу следственный изолятор, в котором он мог читать, написать «Морфологию игры», после специализированной психиатрической больницы казался раем. При поступлении в больницу ему назначили галоперидол. Лечащий врач сообщил Татьяне Житниковой, жене Плюща, что его долго будут лечить разными препаратами: вначале галоперидолом (один из сильнейших нейролептиков), затем чем-нибудь еще. 19 октября 1973 г. Татьяна Житникова во время свидания в Днепропетровской спецбольнице не узнала мужа: *«...в глазах боль и тоска, говорит с трудом, с перерывами, часто откидывается на спинку стула, ищет опору. Видно, как он старается ответить на вопросы, хочет вести беседу, но внутренние силы исчерпаны, закончились. Л.И. начал задыхаться, расстегивать непослушными пальцами свою одежду, его начало ломать, лицо искривилось подергиваниями, начало сводить руки и ноги. Он то корчился, вытягиваясь, напрягаясь всем телом, то бессильно падал на стул. Было видно, что временами он теряет слух. Но он крепился — перед ним жена и сын, совсем обескураженный увиденным, — старался говорить, проглатывать слюну. Судороги сжимали горло, голосовые связки. Л.И. не выдержал и сам попросил прекратить свидание (на 10 минут ранее). Его вывели».*

Он находился в палате, где лежали двадцать шесть человек, среди которых было много агрессивных больных. Выводили их один раз в день на часовую прогулку и три раза — в туалет. Лечащий врач, отказавшись назвать свою фамилию, сообщила жене Л.И., что не установила у него «философской интоксикации», но у больного — стрем-

ление к «математизации психологии и медицины», а, по мнению врача, математика не имеет никакого отношения к медицине. Какие дозировки галоперидола, без корректоров, получал Л.И., неизвестно, но после уменьшения дозы до 30 мг двигательные нарушения прошли, остались апатия, сонливость, он с трудом читал, писал (*«не только читать — думать не могу»*). Говорил с трудом, начал заикаться, не верил в возможность избавления от страданий. Следует подчеркнуть, что апатия, которую описывает Татьяна Житникова — действительно результат введения нейролептиков, а не эмоционально-волевые изменения, свойственные шизофреническому дефекту. До начала приема нейролептиков Леонид Иванович из больницы постоянно писал близким теплые и заботливые письма без каких бы то ни было признаков шизофренического резонерства или разорванности мышления.

Леониду Плющу повезло. За его освобождение боролись известные правозащитники России (А. Сахаров, Т. Ходорович, С. Ковалев и другие) и целые международные организации. После четырехлетнего пребывания в психиатрической больнице он был выписан и вывезен на границу. Л. Плющ эмигрировал.

Психосоциальная реабилитация психиатрических больных включает в себя комплекс мероприятий, направленных на улучшение жизнедеятельности хронически больных как в социальном, так и в профессиональном аспекте. Не меньшее значение имеет и повышение качества жизни до того уровня, какой больной имел до начала заболевания. Чтобы повысить функциональный уровень и качество жизни, реабилитация должна быть индивидуализирована.

Естественно, ни о какой индивидуальной реабилитации диссидентов не могло быть и речи. Наоборот, истории их жизни свидетельствуют о типичном насильственном отношении и отсутствии уважения к уникальности личности на всех этапах карательной психиатрии. Найти свое место в жизни смогли не все, а только психически сильные личности.

Вот они, наши диссиденты. Идеалисты, наивные, добрые люди. Верящие в справедливость и общечеловеческие ценности и заплатившие за эту веру годами советских концлагерей. Психически здоровые до ареста и не обнаруживающие психических нарушений при нашем обследовании, все они были признаны СПЭК душевнобольными.

Итак, восемнадцать случаев прямой фальсификации психиатрического диагноза.

А.В.Н., 1939 г. Окончил индустриальный институт, инженер-механик. В 37-летнем возрасте привлечен к уголовной ответственности после написания разоблачительного трактата о коммунизме. Обвинен в клевете на советский строй. Ранее у психиатров не лечился. После ареста направлен на судебно-психиатрическую экспертизу, СПЭК больницы им. Павлова в 1967 г. признала его психически здоровым и вменяемым. Освободился через три года, в 1979 г. Спустя три месяца вновь привлечен к уголовной ответственности за нарушение паспортного режима, хотя ясно, что ранее судимый не мог прописаться за три месяца. Повторно направлен на СПЭК и той же экспертизой признан невменяемым с диагнозом паранойяльное развитие личности. Год принудительного лечения в Днепропетровской спецбольнице и еще год (на общих основаниях) в больнице им. Павлова. Итого — **пять лет психиатрических концлагерей.**

Б.В.Н., 1924 г. Не закончил институт из-за ареста. Впервые арестован в 24 года. Глубоко верующий человек. Четырежды привлекался к уголовной ответственности по обвинению в антисоветской и религиозной пропаганде. В 1949 г. проходил СПЭК в больнице Павлова, был признан невменяемым (диагноз неизвестен) и **три года** находился **на принудительном лечении** в разных больницах. При последующих судимостях на СПЭК не направлялся. Был осужден в общей сложности на десять лет.

Г.Е.М., 1936 г. В 36 лет — ст. 190¹ (распространение сведений, порочащих советский государственный строй). СПЭК

в Сахалинской областной психиатрической больнице. Диагноз: болезнь Иценко-Кушинга (эндокринное заболевание) с шизофреноподобным синдромом. **Четыре года принудительного лечения** в специализированной психиатрической больнице (без наблюдения и лечения эндокринолога) плюс **четыре года лечения в психиатрической больнице** на общих основаниях с диагнозом паранойяльное развитие психопатической личности.

И.А.М., 1954 г. Не хотел служить в армии, освобожден от службы с диагнозом психопатия. С 1985 г. — правозащитная деятельность. Арестован в 1985 г. после отказа принимать участие в голосовании. Обвинен в хулиганстве. Диагноз СПЭК — шизофрения, психопатоподобный тип дефекта. Невменяем. Принудительное лечение в специализированной психиатрической больнице системы МВД. **Четыре года принудительного лечения**, из них — год в Днепропетровской спецбольнице. Диагноз снят в Московской психбольнице американскими психиатрами в 1989 г. Однако при выписке был оставлен диагноз «шизофрения, паранойяльный тип дефекта». И только в 1991 г. киевская СПЭК установила диагноз: психически здоров.

К.Б.Ф., 1931 г., высшее образование, журналист. Арестован в 41 год. Статья 62 УК УССР. В 1973 г. в Институте им. Сербского признан невменяемым как страдающий вялотекущей формой шизофрении. **Пять лет принудительного лечения** в Днепропетровской и Сычевской специализированных больницах, непродолжительное время (на общих основаниях) — в больнице им. Павлова.

К.В.А., 1956 г. Арестован в 20-летнем возрасте в период учебы в институте иностранных языков. Обвинен в злостных измышлениях, порочащих государственный строй. Заключение киевской экспертизы — шизофрения, параноидная форма (бред — идеи переустройства общества, национализма). **Три года лечения** в Днепропетровской спецбольнице, а затем еще шесть лет находился на спецучете в психоневрологическом диспансере.

К.В.М., 1929 г., со средним техническим образованием. В 56-летнем возрасте обвинен в клевете на советских должностных лиц. По заключению Харьковской СПЭК признан невменяемым как обнаруживающий признаки паранойального развития личности. **Два года принудительного лечения** в психиатрической больнице общего типа и еще три года пребывания на специализированном учете. Относительно «мягкое» наказание объясняется политическими переменами в советском обществе: 1985 год — перестройка.

М.А.В., 1929 г. Активная правозащитница. 1980 год — Харьковская СПЭК, диагноз: шизофрения, невменяема. **Восемь лет принудительного лечения** в Казанской специализированной психиатрической больнице.

М.-Л.Е.А., 1957 г. Попытка эмиграции в 1982 г. закончилась спровоцированной дракой, обвинением в хулиганстве, диагнозом шизофрения и **двухлетним пребыванием на принудительном лечении** в Харьковской психиатрической больнице общего типа и пребыванием на учете у психиатров до 1990 г.

М.В.В., 1928 г., незаконченное высшее образование. Студентом, в 23 года арестован у входа в американское посольство (также, как и **М.-Л.**, собирался эмигрировать). Обвинен по ст. 58 УК СССР. **Четыре года принудительного лечения** в Ленинградской специализированной психиатрической больнице. Находился на специальном учете у психиатров еще тридцать лет, хотя за эти годы окончил институт, аспирантуру, написал книгу воспоминаний.

Н.А.П., 1952 г. В 21 год во время учебы на подготовительных курсах арестован по обвинению по ст. 187, ч. 1 УК УССР (распространял листовки, призывая к демонстрациям). **Два года принудительного лечения** на общих основаниях с диагнозом шизофрения, затем — диспансерный психиатрический учет.

О.В.Я., 1937 г. Незаконченное высшее юридическое образование. В 1982 г. обвинен по ст. 187¹ УК УССР (измышления

сведений, порочащих государственный строй). Одесская СПЭК установила диагноз: шизофрения, параноидная форма. **Четыре года «лечения»** в Днепропетровской специализированной психиатрической больнице.

Плющ Леонид Иванович, 1939 г., высшее образование, инженер-кибернетик. Активный правозащитник. Член инициативной группы по защите прав человека. В 33 года арестован, ст. 62 УК УССР (антисоветская агитация и пропаганда). Диагноз — шизофрения. **Четыре года в специализированной психиатрической больнице.**

Рафальский Виктор Парфентьевич, 1918 г. Обвинялся в отказе от службы в Советской армии, измене Родине, клевете на советский государственный строй. В общей сложности **провел в психиатрических больницах двадцать шесть лет, из них двадцать один год — в специализированных.**

С.В.И., 1926 г. Арестован в 1970 г., обвинен в измене Родине, измышлении сведений, порочащих государственный строй и т.д. (статьи 56, 62, 75, 89, 222 УК УССР). До ареста преподавал английский язык и географию, работал над кандидатской диссертацией о программировании курса изучения экономики зарубежных стран, писал книгу «Пагубность однопартийной системы и ее последствия», в которую входила глава «Ленин без маски» с анализом ленинских декретов. Всю пагубность однопартийной системы и ее последствия прочувствовал на себе. Уволили с работы, после намерения эмигрировать был арестован. Несмотря на то, что у психиатров никогда не лечился, направлен на СПЭК в Институт судебной психиатрии им. Сербского. Признан неменяемым с диагнозом сутяжно-параноидальное развитие личности. **Тринадцать лет** находился **на принудительном лечении** в специализированных больницах системы МВД г. Днепропетровска (1970–1979 гг.) и Казани (1979–1983 гг.), затем еще три года состоял на учете в психоневрологическом диспансере. За время пребывания в психиатрических больницах утратил дом, сад и все имущество. После выписки принимал активное участие в работе демократических орга-

низаций, печатался в газетах и журналах, написал книгу «Украинская трагедия», принимал участие в работе украинских и международных конгрессов, выдвигался кандидатом в депутаты Верховного Совета Украины, возглавляет Союз политических заключенных и репрессированных.

С.А.В., 1938 г., инженер. Арестован в 1979 г. после того, как написал письмо в газету «Правда» с критикой войны в Афганистане. Статья обвинения не сформулирована, СПЭК не назначалась. Сразу же был направлен в Киевскую больницу им. Павлова. Диагноз — шизофрения, параноидная форма. Принудительное лечение не назначалось. До 1995 г. находился на учете у психиатров, в больницах не лечился. Анализ медицинской документации позволяет предположить, что **С.** перенес реактивное состояние, спровоцированное ситуацией.

Ч.А.Г., 1950 г. В 18 лет, в период учебы в Киевском университете, арестован по обвинению в антисоветской пропаганде. До возбуждения уголовного дела направлен в общее отделение больницы им. Павлова, где ему поставили диагноз шизофрения, спустя два месяца был выписан из больницы. Сам диссидент полагает, что психиатры пожалели его и спасли от лагеря.

Я.В.И., 1953 г. Незаконченное (из-за ареста) высшее техническое образование. Единственный признанный психически здоровым и вменяемым. Обвинен по ст. 62 УК УССР. *Десять лет лагерей.*

Эти (или им подобные) люди могли бы принести своей стране немалую пользу, если бы их насильственно не изолировали на многие годы в психиатрических больницах и не исковеркали им жизнь. Причем следует подчеркнуть, что чем более сильной и творчески незаурядной была личность, тем больше лет принудительного лечения требовалось властям для «коррекции имеющихся расстройств».

Помимо этих восемнадцати случаев, у семи диссидентов мы выявили при осмотре психотическую симптоматику. Они

привлекались к уголовной ответственности в период 1955–1982 гг., обвинялись в антисоветской деятельности (клевета на государственный строй, пропаганда, распространение листовок, акции протеста и т.д.). Четырем из них поставили диагноз шизофрении и было вынесено решение о необходимости направления на принудительное лечение в специализированную психиатрическую больницу системы МВД.

А.В.И., 1952 г., арестован в 29 лет, *три года* принудительного лечения в Днепропетровской *спецбольнице*, диагноз поставлен на СПЭЖ;

З.В.Н., 1947 г., арестован в 34 года, *до ареста лечился у психиатров, семь лет* принудительного лечения в Днепропетровской *спецбольнице*;

М.А.В., 1937 г., арестован в 18 лет, диагноз поставлен на экспертизе, *четыре года* принудительного лечения в Ленинградской *спецбольнице*;

С.В.Н., 1947 г., арестован в 23 года, диагноз поставлен на СПЭЖ, *шестнадцать лет* принудительного лечения в Днепропетровской *спецбольнице*.

Двоим из семерых принудительное лечение было назначено на 1–2 года в больницах общего типа:

К.В.У., 1927 г., арестован в 47 лет, до ареста на учете у психиатров не состоял;

С.А.Н., 1945 г., арестован в 17 лет, диагноз определен на СПЭЖ.

И наконец, был один свидетель по делу Л.И. Плюща — **М.Г.Т.**, 1945 г., которому к моменту обследования исполнилось 27 лет, и на СПЭЖ был определен диагноз депрессивного состояния. Принудительное лечение ему не назначалось.

Таким образом, только у семерых (около 20%) обследованных нами диссидентов мы смогли подтвердить наличие психического заболевания. Достоверность заключений подтверждает катамнестический характер исследования, так как от первоначального диагноза до установления заключительного (в большинстве случаев — нами, в некоторых случаях — до нашего осмотра — другими специалистами) прошло немало времени. Из этих семерых (у которых мы выявили психотическую симптоматику) только один до ареста лечился у психиатров. У остальных болезненное состояние дебютировало в условиях психотравмирующей следственной ситуации. Причем можно выделить четыре случая, которые являются диагностически сложными и в настоящее время, так как реактивное состояние, психологические и психиатрические последствия социальной травматизации способствовали сложным и, скорее всего, постреактивным изменениям личности пострадавших.

Безусловно, можно утверждать, что все перечисленные здесь *не нуждались в принудительном лечении*, поскольку не представляли опасности для окружающих в плане насильственного поведения. Достаточно было ограничиться лечением в психиатрической больнице по месту жительства на общих основаниях. Возможно, если бы не было ареста, допросов, принудительного лечения не только в условиях специализированных психиатрических больниц системы МВД, но и в больницах общего типа, не было бы и дебюта психического заболевания, либо оно протекало бы более благоприятно.

Особенности психики человека и этика психиатрического диагноза

Сегодня, переступив порог нового века и нового тысячелетия, мы все еще плохо знаем и понимаем природу человека. По-видимому, существуют в мире какие-то первоосновы, которые вообще не поддаются объяснению. В личности человека, будь он политиком, ученым или писателем, воссоединяются в единое целое все сферы его интересов. Человек многолик.

Изучение особенностей жизни наших диссидентов показало, что у них, в подавляющем большинстве случаев, не отмечались так называемые предрасполагающие преморбидные особенности личности (комплекс психических особенностей индивида, на фоне которых чаще всего развивается психическое заболевание). Есть некоторые качества, присущие почти всем диссидентам — хорошая успеваемость, тяга к знаниям, стремление к самообразованию, пониманию существующей общественной формации, нестандартное мышление с самобытностью и самостоятельностью суждений. И в обязательном порядке — чувство собственного достоинства. Многие из них были комсомольцами, коммунистами, они могли бы реально преуспеть в обществе, если бы не уверенность в том, что каждый член общества вправе иметь собственные убеждения и активно их отстаивать. Именно это и приводило к конфликту с обществом, и именно это вызывало целенаправленное обращение власти к психиатрии.

Психиатры при диагностике психического состояния человека выделяют облигатные (основные) и факультативные (дополнительные) особенности личности. Эксперты-психиатры не имеют права толковать психическое своеобразие отдельных личностей предвзято и упрощенно, усматривая в индивидуальных (нестандартных) личностных особенностях проявление психического заболевания либо отклонение от нормы.

Что ожидало бы многих писателей прошлого века, окажись они нашими современниками? К примеру, А.С. Пушкина с его эпиграммами на придворный круг? Ф.М. Достоевский вместо ссылки и каторги попал бы у нас в психиатрическую больницу: ведь ему вменялось в вину чтение вслух на собрании кружка Петрашевского письма Белинского к Гоголю. Кружок Петрашевского не был собственно революционной организацией, но в нем читали книги недозволенного содержания, тайно обсуждали политические вопросы. Достоевский, как и диссиденты, о которых идет речь, не был революционером, он просто не мог смириться с любой несправедливостью. К моменту ареста в 1849 г. он уже имел литературное имя, вынашивал множество новых замыслов. В

последний момент смертная казнь была заменена четырьмя годами каторги, а затем ссылкой. В этот период в личности Достоевского сплелись в клубок неразрешимые противоречия: эпилептические припадки с дисфориями, азарт страстного игрока, склонность к самобичеванию и самоумалению, болезненное самолюбие, мнительность, ипохондричность, педантичная расчетливость, сосредоточенность на мелочах, склонность к резким выпадам против несимпатичных ему людей и в то же время способность к трогательной привязанности, заботливости, широкий размах, страстность и т.д. и т.д. По мнению профессора-психиатра Чижа, Достоевский был глубоким знатоком «явлений больной души». Многие биографы писателя, и он сам, связывают эти знания с его личными ощущениями. Так что основания для направления на судебно-психиатрическую экспертизу были. И если бы писатель жил в наше время, то находясь в психиатрической больнице, не написал бы произведения, которые написал на каторге: «Белые ночи», «Неточка Незванова», «Дядюшкин сон» и др. Однако каторга не сломила Достоевского. После нее появились «Униженные и оскорбленные», «Записки из мертвого дома», «Игрок», «Преступление и наказание», «Идиот», «Братья Карамазовы» и т.д. — произведения, открывающие бездны безумства и высоты человеческого духа, заключенные в слабом теле. Его герои — странные, сумасшедшие, болезненно нервные и просто душевнобольные. Достоевский, став политическим преступником и каторжанином, в своих письмах к друзьям и родным решительно осудил свои недавние социалистические убеждения. Что это было? Трезвый расчет гения или конформизм? Наверное, и то и другое. Но сделал он это самостоятельно, без помощи психиатрии. И его индивидуальный склад ума, тонкость психической организации, живость воображения и остроту восприятия не притупляли нейролептиками.

Характер нашей эпохи predetermined бунт диссидентов, а их собственный характер не позволил им изменить своим убеждениям. Но никто не давал психиатрам право снисходительно объяснять убеждения диссидентов либо бредовыми идеями реформаторства и переустройства обще-

ства, либо инфантильностью, желанием самоутвердиться. И если в отдельных случаях диагностические выводы судебно-психиатрической экспертизы можно с большой натяжкой назвать ошибкой, то те же выводы, сделанные несмотря на многолетние наблюдения за психическим состоянием этих людей во время принудительного лечения, и подтверждение диагноза психического заболевания после СПЭК можно объяснить только конформизмом и трусостью психиатров.

Как стало возможным, что советская психиатрия превратилась в карательный инструмент государства для подавления политического и иного инакомыслия, квалифицируя это явление как психическое заболевание?

С позиций современности легко осуждать ошибки прошлого, но это прошлое надо знать, помнить и относиться к нему как к реальности, чтобы не повторять ошибок. Диссиденты в России были всегда: и в 1825 г. — декабристы, и в 1870 г. — движение народолюбцев, и в наше время, сто лет спустя. Диссидентское движение не имело успеха в народе, оставаясь в принципе непонятым ему. Революция 1917 г. победила потому, что лозунги большевиков были понятны массам: земля — народу, война — дворцам и пр. Правозащитное движение 1970 г. развивалось на фоне, в основном, индифферентного общественного мнения. Передовой отряд нестандартно мыслящей интеллигенции был обречен на провал, особенно после интенсивного давления властей, КГБ. Но инакомыслящие сделали свое дело. Они заставили задуматься хотя бы мыслящую интеллигенцию.

Борьба за права человека и демократию, борьба против ущемления прав национальных меньшинств, религиозно и эмигрантски настроенных лиц, критикующих бюрократические порядки государства, квалифицировалась властями как отклонение от советских общественных норм. Против этой категории лиц использовались всевозможные методы социального контроля и подавления, но использование карательной психиатрии позволяло избежать судебной процедуры, во время которой подсудимые могли заявить о своей невозможности громко говорить, о нарушении их гражданских прав.

Карательные функции психиатрии формировались постепенно. Этому способствовала сложившаяся практика проведения судебно-психиатрической экспертизы:

- отсутствие внимания психиатрической общественности к этическим проблемам судебной психиатрии;
- централизованное судебно-психиатрическое обследование диссидентов;
- отсутствие единого методологического подхода к решению диагностических и экспертных вопросов и отсутствие стандартизированных оценочных критериев диагностики;
- чрезмерный патернализм и недостаточно разработанные критерии при назначении принудительного лечения;
- низкая целесообразность лечебных мероприятий.

В большинстве стран решением судебно-экспертных вопросов занимаются обычные психиатры. В Советском Союзе судебная психиатрия как отдельная область выделилась из общей психиатрии и начала успешно конкурировать с последней. И если одной из основных проблем общей психиатрии были этические нормы взаимоотношений врача и больного, то советская судебная психиатрия в 60–80-е годы этическим и деонтологическим проблемам особого внимания не уделяла. Решающее значение имел медицинский критерий, т.е. диагностирование психического заболевания и вытекающее из этого экспертное решение о вменяемости либо невменяемости.

Как уже было сказано, практически во всех случаях экспертиза диссидентов проводилась в Центральном научно-исследовательском институте судебной психиатрии им. проф. В.П. Сербского. Именно до предела бюрократизированная иерархичность структуры советской психиатрии с ее чиновничьим аппаратом позволила исключить основной круг судебных психиатров из участия в экспертизах диссидентов. Большинство судебных психиатров, включая и сотрудников института, даже не знали о злоупотреблениях, имевших место в его 4-м специализированном отделении.

Последствия диагностических ошибок в судебной психиатрии носят медицинский и социальный характер, так как неправильно установленный диагноз ведет к неверному экспертному заключению, в результате которого психически больной очень часто попадает в руки пенитенциарной системы, а психически здоровый — на много лет в психиатрическую больницу.

Анализ причин диагностических ошибок очень важен и для самих судебных психиатров. Обобщающий анализ ошибочной клинической диагностики, проведенной сотрудниками института, нам не известен. В 1997 г. вышла в свет монография Н.Г. Шумского, посвященная диагностическим ошибкам в судебно-психиатрической практике института, однако клинического разбора диагнозов, поставленных диссидентам, в этом труде, естественно, нет.

Ошибки в диагностике психического состояния диссидентов (в случаях, когда это были ошибки, а не преднамеренное искажение диагноза) — это не просто заблуждения отдельных врачей-психиатров, это ошибки, отражающие не столько болезнь личности, сколько доминирующие в то время диагностические стереотипы. Одной из причин ошибочного диагноза, nepозволительной госпитализации и принудительного лечения в больницах специального типа системы МВД являлось отсутствие в 80-е годы строгих формализованных оценочных критериев в диагностике психических заболеваний. Отчасти в связи с этим, отчасти по другим причинам стойкие невротические и психопатоподобные расстройства, сверхценные образования, стертые аффективные проявления, подозрительность, которые иногда проявлялись в период ареста, трактовались как проявления вялотекущей прогрессирующей шизофрении. Убежденность в своей правоте, потребность в справедливости, обостренное реагирование на ситуацию, унижающую человеческое достоинство, диагностировались как паранойяльное развитие. В собственной судебно-психиатрической практике нам неоднократно приходилось сталкиваться с тем, что непонимание системы взглядов и аффективных реакций человека, совершившего правонарушение по религиозным мотивам, трактовалось как состояние паранойяльного развития только потому, что его

система взглядов и отношений находилась в явном противоречии с советской действительностью и системой взглядов самого эксперта. Такие диагностические подходы к концепции бреда реформаторства в рамках вялотекущей шизофрении и паранойяльных состояний существовали фактически только в СССР и некоторых восточноевропейских странах.

Утверждение, что поставленные диссидентам неправильные диагнозы являлись целенаправленной фальсификацией и следствием отсутствия строгих формализованных оценочных критериев, может показаться противоречивым: репрессии или ошибки? Однако это не так, поскольку отсутствие единых стандартизированных подходов к диагностике дает возможность для неправомερных и опасных разночтений, а это, в свою очередь, облегчает фальсификацию диагноза.

Основы расширенного толкования шизофрении (вялотекущей формы) были заложены трудами сотрудников школы профессора А.В. Снежневского.

Концепция этого известного московского психиатра о вялотекущей шизофрении с отсутствием явно выраженных симптомов и так называемой латентной шизофрении приводит к размытости и нечеткости границ психического заболевания, стиранию различий между нормой и патологией. Основные трудности заключались в оценке времени начала заболевания или проявления психических отклонений. При доминировании упрощенных критериев диагностики психическая временная дезадаптация трактовалась как патологическое состояние. Расширительная концепция шизофрении способствовала ошибочной диагностике этого заболевания, а при необходимости — обоснованию заведомо неправильного диагноза. С диагнозом шизофрения успешно конкурировал диагноз паранойяльное развитие личности.

Доминирующая установка диагностической школы А.В. Снежневского встречала сопротивление со стороны других психиатрических школ — ленинградской и киевской, а также отдельных психиатров, в частности Этилии Казанец, уволенной в 1979 г. из Института им. Сербского после публикации ее статьи о гипердиагностике шизофрении в западном психиатрическом журнале.

Практика показала, что из-за отсутствия единого методологического подхода постоянно наблюдается широкий диапазон диагностических и экспертных заключений. По данным Института судебной психиатрии, в 1922 г. психически больными и, следовательно, невменяемыми, были признаны 46,5% прошедших СПЭК, а в 1935 г. удельный вес невменяемых составил только 3%. Естественно, не могло быть и речи об исцелении 43% больных. Просто констатация в 1935 г. невменяемости или временного расстройства психической деятельности, развивавшихся в результате применения пыток во время следствия, помешала бы массовым сталинским политическим процессам, начавшимся в СССР.

Изучение экспертных заключений, проведенное в 1989 г. Украинским филиалом ВНИИ им. Сербского, показало более стабильные данные. Невменяемость в среднем по Украине составляла 4,2%, но по отдельным регионам колебалась от 2,7% в Крыму до 4,2% по Львовской области. Невменяемыми чаще всего признавались больные шизофренией, но вот диагностические расхождения были очень велики: от 53% в Киевской СПЭК до 85,4% в Крымской экспертизе. Поэтому, как бы несовершенны и условны ни были все классификации психических заболеваний, все равно — без точных стандартизированных диагностических критериев невозможно избежать расширенной диагностики. В «Руководстве по судебной психиатрии» под редакцией А.С. Дмитриева и Т.В. Клименко, вышедшем в Москве в 1998 г., идеи реформаторского содержания исключены из категории бредовых переживаний. Однако в непрерывнотекущей шизофрении по-прежнему выделяется вялотекущая шизофрения с неврозоподобной и психопатоподобной симптоматикой (стр. 172–173).

С нашей точки зрения, строгий перечень необходимых формализованных критериев диагностики психических заболеваний предлагает МКБ-10. В этой классификации выделяется четыре группы четких и четыре группы менее отчетливых симптомов шизофрении. Для диагностики шизофрении необходимо как минимум наличие одного комплекса симптомов из основной группы или двух комплексов из дополнительной, с длительностью психотического эпизода со специфическими симптомами не менее

месяца. Продромальные неспецифические симптомы, которые можно диагностировать только ретроспективно на фоне уже имеющихся типичных шизофренических проявлений, нужно относить к непсихотическому этапу болезни. МКБ-10 наиболее четко отражает динамику течения заболевания, уточнена характеристика типов течения заболевания и выделены: непрерывный тип течения; эпизодический с нарастающим или стабильным дефектом, либо ремитирующий; состояние ремиссии (полной).

Такой подход к диагностированию шизофрении особенно важен в условиях психотравмирующей судебно-следственной ситуации.

И опять приходится подчеркивать, что психиатр, а особенно — судебный психиатр, обязан разобраться в душевном мире каждого пациента, проанализировать все переживания с учетом социокультуральных, социально-экономических, политических, микросоциальных, возрастных, индивидуально-психологических особенностей, жизненных ситуаций, событий, переживаний и поведения личности, — чтобы дифференцировать неболезненные личностно-индивидуальные особенности и не принимать нестандартное мышление за болезнь.

Для избежания гипердиагностики психического заболевания на любой стадии судебно-следственного процесса и судебно-психиатрической экспертизы концептуальность должна стать обязательным принципом психолого-психиатрического анализа проблемных диагностических случаев.

К недобровольному лечению психически больных нельзя относиться только отрицательно, так как ряд психотических проявлений и некритичное отношение к своим переживаниям в некоторых случаях требуют обязательного направления на принудительное лечение. Недобровольная госпитализация, патернализм, вызванные наличием у больного клинической симптоматики, требуют от психиатра осторожности, чтобы не нарушались гражданские права пациента. 9 декабря 1976 года Генеральной Ассамблеей ООН была принята Декларация о защите всех граждан от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих человеческое достоинство

видов обращения и наказания. Под пытками понимаются действия, причиняющие какому-либо лицу сильную боль или страдания, для того, чтобы получить информацию, признание, либо наказать его за совершенное действие или за действие, в совершении которого оно подозревается. Случаи, когда на принудительное лечение направляют психически здоровых либо лиц с психическими отклонениями, не требующими такого лечения, следует приравнять к пыткам. Тотальный патернализм в психиатрической субкультуре объясняется профилактикой агрессивных действий психически больных и ведет к профилактической госпитализации, в том числе и недобровольной, к применению более сильных препаратов в завышенной дозе, продлению срока госпитализации и пребыванию на специализированном учете. Однако чрезмерные опасения, связанные с возможностью совершения больными общественно опасных действий (так же, как и гипердиагностика психических заболеваний), являются признаком профессиональной некомпетентности психиатров. Об этом свидетельствуют статистические исследования: вероятность совершения психически больными общественно опасных действий практически не отличается от вероятности несвершения таких действий (В.М. Шумаков, Г.С. Жуковский, 1973).

Судебные психиатры дают медицинские рекомендации относительно необходимости принудительного лечения, а проводят лечение клинические врачи, перед которыми возникает масса этических проблем. (Поскольку эта книга не является строго научным трактатом, мы не останавливаемся на проблемах общественно опасного поведения психически больных и прогнозировании возможности такого поведения; принудительного лечения в больницах общего типа, появившихся больницах с усиленным наблюдением и переданных в ведение Министерства здравоохранения больниц со строгим наблюдением.) Речь идет о правах больного на лечение и на отказ от него, об информированном согласии больного на лечение и госпитализацию. Эти проблемы стали обсуждаться в конце 80–90-х годов XX века в связи с усилением движения за гражданские права личности и с

утратой психиатрии своей автономности. Они могут разрешиться только если роль судопроизводства будет возрастать и квалифицированные юристы займутся формированием действенной защиты прав пациентов. Особенно это касается обоснованности и законности принудительного лечения. Несмотря на то, что процедура согласования с юридическими органами вопросов, касающихся принудительного лечения, громоздка, другого пути нет.

И, наконец, вопрос применения лечебных методов и их целесообразности. Диссиденты годами находились на принудительном лечении, и на этом этапе особенно остро возникает вопрос о личной ответственности клинических психиатров. Трудно представить, чтобы психиатр-практик при длительном наблюдении за пациентом не смог бы разобраться в его клинических проявлениях и уточнить диагноз. И тем не менее, к диссидентам в конце XX века применяли методы воздействия и активного вмешательства (инсулиновые комы, строгие меры физического сдерживания, атропиновая «терапия», вызывающая преходящие делириозные состояния и повышение температуры, сульфазин), которые по сути своей не являются лечебными. Кроме того, практически все они длительно принимали антипсихотические препараты, которые оказывались неэффективными и вызывали осложнения в виде двигательных нарушений. Согласно существующим инструкциям статус пациента, находящегося на принудительном лечении, пересматривается каждые 6 месяцев. Как показало наше обследование, эти сроки удлинялись, комиссии по снятию принудительного лечения носили формальный характер, в них до настоящего времени не участвуют независимые инстанции с правом вынесения решений. Практически не только у пациентов, но и у их родных нет реальных возможностей оспаривать решения врачей; кроме того, комиссии совершенно не обращают внимания на лечебные мероприятия.

Психиатрия, являясь дисциплиной социально уязвимой, в связи с этим занимает в ряду других медицинских специальностей несколько обособленное положение. Работа врачей-психиатров охватывает медицинские, социальные

и правовые проблемы. Психиатры должны отдавать себе отчет в том, что население опасается их. В недавнем прошлом психиатрию использовали для борьбы с политической оппозицией. Но и сегодня поднимается вопрос об использовании психиатрии для сведения политических счетов и установления психиатрического контроля над людьми, претендующих на власть в стране. Очевидно, найдутся сторонники целесообразности такого фильтра, только стоит ли заменять выборы медицинскими заключениями экспертов? А если среди судебных психиатров окажутся люди недобросовестные или некомпетентные? В прессе все время появляются публикации о злоупотреблениях психиатрией по экономическим и даже бытовым мотивам. Сегодня мы сталкиваемся с ситуациями, когда при квартирных махинациях, используя беспомощное состояние психически больных, объявляют их психически здоровыми, либо признают недееспособными психически здоровых. В Харькове муж с помощью врача-психиатра три года продержал в психиатрической больнице неуютную ему жену. В другом случае мошенники поместили женщину в психиатрическую больницу на полгода и за это время продали принадлежащие ей две квартиры. О злоупотреблениях психиатрией пишут два десятка лет, но тема психиатрических репрессий продолжает оставаться актуальной.

Тяжесть психиатрических репрессий испытывали и продолжают испытывать не только политические диссиденты и борцы за справедливость при тоталитарных режимах, но и жертвы непреднамеренных ошибок психиатрической диагностики. Нетерпимость и дискриминация на бытовом уровне также может привести к ошибочному диагностированию психического заболевания.

Говоря о последствиях этих репрессий и злоупотреблений в отношении инакомыслящих диссидентов, нельзя не остановиться на проблеме психиатрической стигматизации. Под стигматизацией понимается набор отклоняющихся от нормы и неприемлемых отличительных признаков, сформировавшихся в результате внушения и самовнушения. Этот комплекс неприемлемых признаков различного характера в

силу своей необычности порождает страх и настороженное отношение.

Психически больные испытывают страх перед обществом, так как психическое заболевание является социальным клеймом. Отчужденность, закрытость психически больных, их изолированное положение в обществе как раз и являются следствием их страха.

В свою очередь, население, подвергая дискриминации психически больных, точно так же испытывает страх перед больными. Он формируется у здоровых вследствие необычного поведения больных, сопровождающегося иногда агрессивными тенденциями. Люди боятся клейма психически больного, опасаются сойти с ума, быть выброшенными из общества, стать изгоями. Существует страх и перед психиатрами: боятся неправильной диагностики, принудительной госпитализации, насильственного введения лекарственных препаратов, побочных действий и осложнений в результате лечения. Чувство страха перед психиатрией и среди населения, и среди психически больных в определенной степени сформировано самими психиатрами. Все это вызвано тем, что свой долг перед пациентами психиатры исчерпывают оказанием медицинской помощи, госпитализацией больного. Затем исполняют свой долг перед обществом: защищают его от негативного поведения больного, изолировав последнего. Свои же обязанности по отношению к пациентам как гражданам и членам общества отодвигают на второй план, в связи с чем и происходит нарушение гражданских прав больного. В конечном итоге деятельность психиатров начинает вызывать недовольство и со стороны психически больных, и со стороны общества.

Затронутые проблемы решить непросто. Диагностические стандарты аномальности и индивидуальные особенности нормальности зависят от личностных особенностей, от мышления и пациента, и психически здорового, и психиатра.

Литература

1. Адлер Н., Глузман С. Пытка психиатрией: Механизм и последствия // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им.

- В.Н. Бехтерева. — 1992. — № 3. — С. 138–152.
2. Буковский В., Глузман С. Пособие по психиатрии для инакомыслящих // Хроника защиты прав в СССР. Вып. 13. — Нью-Йорк: Хроника, 1975. — С. 36–61 (Приложение).
 3. Буковский В. И возвращается ветер...: Письма русского путешественника. — М., 1990. — 463 с.
 4. Ван Ворен Роберт. Даниил Лунц: Психиатр-дьявол. — Амстердам, 1980. — 45 с.
 5. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. — К.: Сфера, 1997. — Т. 1. — 299 с.; Т. 2 — 435 с.
 6. Григоренко П.Г. Мысли сумасшедшего: Избранные письма и выступления. — Амстердам, 1973. — 324 с.
 7. Григоренко П.Г. Сборник статей. — Нью-Йорк: Хроника, 1977. — 121 с.
 8. Григоренко П.Г. Наши будни, или Рассказ о том, как фабрикуется уголовные дела на советских граждан, выступающих в защиту прав человека — Б.м.: Сучасність, 1978. — 117 с.
 9. Григоренко П.Г. В подполье можно встретить только крыс. — Нью-Йорк: Детинец, 1981. — 845 с.
 10. Гушанский Э.Л. Информационное письмо о злоупотреблениях в психиатрии в Московский исследовательский центр по правам человека. — М., 1996. — 25 с. — Рукопись.
 11. Диагностические критерии DSM-III-R. — К.: Абрис, 1995. — 270 с.
 12. Заступница: Адвокат С.В. Калистратова. — М.: Звенья, 1997. — 349 с.
 13. Історія хвороби Леоніда Плюща. — Б.м.: Сучасність, 1976. — 206 с.
 14. Ленгард К. Акцентуированные личности. — К., 1981. — 390 с.
 15. Международная классификация болезней: (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств (ВОЗ, 1992). — К., 1999. — 270 с.
 16. Оценка недавних перемен в советской психиатрии // Бюллетень шизофрении / Пер. с англ. — Вашингтон, 1989. — Т. 15. № 4. — 219 с.
 17. Очерки истории / Под ред. проф. Т.Б. Дмитриевой и Ф.В. Кондратьева. — М., 1996. — 228 с.
 18. Плющ Л. На карнавале истории. — Рукопись.
 19. Рафальский В.П. Репортаж из ниоткуда. — Рукопись.
 20. Рафальський В. Заспівай, любо мамо, мені коліскову...: Автобіографічні нотатки. — Стрий, 1997. — 102 с. — Рукопись.
 21. Ротштейн В.Г., Ястребов В.С. Психиатрия, психиатры и общество: (Русский опыт). — М., 1995. — 165 с. — Рукопись.
 22. Руководство по психиатрии. /Под ред. акад. Г.В. Морозова. — М.: Медицина, 1988. — Т. 1. — 640 с.; Т.2. — 640 с.
 23. Современное состояние судебно-психиатрической экспертизы и пути ее совершенствования: Информационно-аналитическая

- справка. — К.: Укр. филиал ВНИИОСП им. В.П. Сербского, 1990. — 6 с. — Рукопись.
24. Судебная психиатрия / Под ред. А.С. Дмитриева, Т.В. Клименко. — М., 1998.
 25. Судебная психиатрия / Под ред. проф. Б.В.Шостаковича. — М., 1997. — 385 с.
 26. Шумаков В.М., Жуковский Г.С. К вопросу о прогнозировании риска общественно опасных действий больных шизофренией // Казанский мед. журнал. — 1973. — № 6. — С. 48-49.
 27. Шумский Н.Г. Диагностические ошибки в судебно-психиатрической клинике. — СПб., 1997. — 372 с.
 28. A biographical dictionary on the political abuse of psychiatry in the USSR. — Amsterdam, 1990. — 180 p.
 29. Schizophrenia. Bulletin National Institute of Mental Health. Supp. to Vol. 15, # 4, 1989. — 220 p.

ГЛАЗАМИ ПСИХОЛОГА

Манипуляции психиатрическим диагнозом

В психологии существует понятие «манипулятивные техники общения». Эти приемы коммуникативного поведения сродни инструментальным формам активности человека, в которых партнер по взаимодействию (как и любой другой человек вообще) выступает обычным средством достижения желаемого результата, поставленной цели. Иначе говоря, другого человека могут просто использовать — как, например, используют молоток, чтобы забить гвоздь, или забивают, как гвоздь, который причиняет неудобства и, понятно, может быть опасным, создавая лишние проблемы, постоянно «остро» напоминая о себе, указывая на что-то нелицеприятное.

Через инструментальную активность манипулятивные техники в действиях человека тесно связаны с так называемой инструментальной агрессией. С ее помощью любая проблемная ситуация разрешается рассудочно, как абстрактно-логическая задача, без учета того, что «условием» этой задачи могут являться или являются живые люди. При этом косвенное или прямое ущемление интересов и прав другого человека обосновывается целесообразностью применения подавляющих (насильственных) санкций (вплоть до убийства) исходя из особенностей ситуации, которая якобы уполномочивает принимать такие решения.

Сопротивление или попытка сопротивления навязываемым манипулятивным техникам, царственно дарующим человеку статус марионетки, отличает каждого диссидента, в том числе и многих из тех, кому выпала участь испытать злоупотребления психиатрическим диагнозом в политических целях. Рискну напомнить известную фразу: «нет человека — нет проблемы». И добавить, что с помощью циничной

политической манипуляции психиатрическим диагнозом от человека избавлялись психическим нигилированием, т.е. психологическим убийством, гражданской смертью.

Не секрет, что к психиатрическому диагнозу давно прибегали и все еще прибегают как... к средству спасения. И от законных санкций, и от беззакония. При этом в очень мирных и гуманных целях и по многим причинам.

Об этом не боятся писать психиатры, сумевшие отказаться от защитной позиции нивелирования, отрицания и замалчивания наболевших проблем психиатрического диагноза, связанных с его функцией социальных санкций. К сожалению, и сами они не избежали запрета на свою точку зрения — санкции, неконструктивной для устранения названных ими социально-психиатрических проблем.

Получается, что время диссидентских рукописей, которые пишутся «в стол», не везде и не для всех прошло окончательно. Однако авторы цитируемой ниже работы относятся к этому обстоятельству с достойным уважением и терпением. Они, проявляя целесообразную осмотрительность, состоящую в желании скрыть свои имена, дабы избежать обещанных санкций профессионального подавления со стороны их начальственных коллег (А как же иначе?! Отступники ведь (диссиденты!), сор из избы метут и т.д.), предоставили возможность привести выдержки из своей книги.

«...один только факт обращения в психиатрическое учреждение или поставленный когда-либо диагноз (а диагноз не отражает и не может отразить всех особенностей состояния больного) мог исключить возможность заниматься некоторыми видами профессиональной деятельности, водить автомобиль, лечиться в санатории, купить охотничье ружье, поехать в заграничную командировку или туристическую поездку и т. д...». Однако такие «... социальные ограничения... становились бессмысленными по отношению...» к пациентам с пограничными, непсихотическими состояниями, «... что было ясно и им самим, и врачам... Инструктивные материалы этого не учитывали... Ряд социальных санкций (а их становилось все больше) по-прежнему касался всех лиц, состоящих на психиатрическом учете, или всех тех, кому поставлен определенный

диагноз... Выйти из положения было трудно; к чести психиатров, это все-таки иногда делалось».

«Если, например, оказывалось, что пациент ограничен в своих правах в связи с определенным диагнозом, а врач видел, что его состояние не требует такого ограничения, можно было обойти инструкцию единственным способом: пересмотреть диагноз. При этом могло случиться, что врач вообще-то с диагнозом был согласен, а могло быть и так, что он действительно считал его неверным. В первом случае возникала следующая проблема. С одной стороны, для того, чтобы помочь больному, психиатр должен «симулировать» профессиональную ошибку — поставить заведомо неверный диагноз. Для врача, обладающего высоким нравственным уровнем, это просто невозможно. С другой стороны, в первую очередь именно такие врачи ощущали, что **нельзя ограничивать пациента в его правах по чисто формальному признаку**, и с этой точки зрения неверный диагноз поставить необходимо. Этот нравственный конфликт разрешился путем формирования своеобразной этической нормы: можно записать в историю болезни заведомо неверный диагноз, если назвать его в кругу коллег «социальным», «реабилитационным» или как-нибудь еще в этом роде. Истинный диагноз стали называть «научным», «академическим» и т.п.; он был известен в учреждении, где наблюдали больного, лечение проводилось в соответствии с ним, но в историю болезни его не записывали. Такая практика получила довольно широкое распространение и обозначалась множеством жаргонных словечек («двойная бухгалтерия», «один пишем, два в уме» и т.п.)».

Ну что ж, остается констатировать хорошо известное: атомная энергия используется и в мирных, и в разрушительных целях. А манипуляция психиатрическим диагнозом — и во благо, и во вред...

Вообще, если человеком манипулируют, психологическая сторона его жизни, мягко говоря, очень проблемна. Если человека при этом стремятся политически подчинить, подавить или уничтожить, используя психиатрический диагноз, его жизнь превращается в испытание унижением, в духовную пытку. Психологические краски исчезают, вокруг

сгущается мрак безысходного отчаяния...

Мир воспоминаний этих людей заставляет ощутить действие какой-то бесстрастной, неумолимо и безжалостно уничтожающей силы. Я помню, что это ощущение и удивило, и насторожило меня. Оно даже вызвало сомнения в пользу эмоциональных нарушений, которые могли соответствовать проявлениям вялотекущей шизофрении. В то время это был «главный» психиатрический диагноз. Он был облечен важной политической миссией «охраны государственной безопасности».

Рассказывая о периоде политико-психиатрических репрессий в своей жизни, люди перечисляли какие-то формальные детали (где было окно, где стояла кровать, как открывалась дверь), называли запомнившееся имена следователей, врачей, сопалатников, санитаров. О своих чувствах и переживаниях того времени они ничего не говорили, — по крайней мере, спонтанно и самопроизвольно. Это казалось неестественным. Ведь если много пережил, бесстрастность рассказа трудно сохранить — даже очень волевому и скрытному человеку. Тем более трудно не заметить прорывающиеся чувства, если внимание к такого рода нюансам давно стало профессиональной привычкой.

Вопрос о возможной болезни и возможных болезненных изменениях вследствие лечения в так называемых исправительных целях оставался до некоторого времени открытым. Ответ на него нашелся после того, как в процессе бесед, которые имели определенную психодиагностическую ориентацию, прояснилось множество важных психологических обстоятельств и деталей.

Люди воспринимали будущее как практически не существующую для них реальность. Они не надеялись. Они эмоционально отрешились от будущего. Жить надо было их настоящим, реальным. А в настоящей, реальной жизни был просто стул, окно, скрип двери, стоны и крики по ночам, кровать соседа, сам сосед, действительно страдающий тяжелым психическим заболеванием, грубый или, если повезло, добрый санитар и такой же врач, прием лекарств, действие которых укрепляло уверенность в том, что скоро придет твой конец. Конец казался желанным,

смерть избавляла от страданий. Душевная боль и маленький огонек надежды прятались за внешней атрибутикой, находя за ней защиту в те страшные дни и оставаясь за ней и в воспоминаниях.

На собственные переживания человек не имел права. Он даже сознательно отказывал в этом праве самому себе. Он понимал или интуитивно чувствовал и угадывал, что собственным эмоциям сейчас нельзя давать волю, иначе ослабеешь, не выдержишь. Поэтому таил свои чувства даже от самого себя.

Формальное перечисление несущественных деталей в рассказах-исповедях свидетельствовало о действии психологических защитных механизмов, когда главное глубоко прячут внутри, а о второстепенном, которое когда-то заменяло под давлением обстоятельств главное, рассказывают. Этот факт становился отчетливо ясным и неоспоримым. Когда же рассказывали о главном — плакали, а многие, чтобы не плакать, старались о главном говорить вскользь или вообще не говорили...

Здесь совсем не лишним будет вспомнить о научной объективности «субъективных» данных психологии и заметить, что глубинная, индивидуальная, объясняющая и понимающая психология является условием создания действительно объективно-научных диагностических стандартов для психиатрии, увеличивая объем представлений о вариативности индивидуальных психологических проявлений человека.

Вот только скептики от психиатрии упускают это из виду. Но почему? Может, бессознательно, подчиняясь грубо вытесненной в подсознание психологической личной проблематике? Или сознательно? Кто знает? Ведь недаром говорят, что чужая душа потемки... Но в психологических потемках своей души, да и потом в реальной жизни легко создать ситуацию, выгодную для циничных манипуляций психиатрией. Об этом скептики также забывают, что уж совсем непозволительно.

Наверно, это досталось им по наследству от того времени, когда психология из психиатрии была изгнана. Произошло это, как известно, в октябре 1951 г. на объединенном заседании Президиума АМН СССР и пленума

правления Всесоюзного общества невропатологов и психиатров. Психологическому направлению в психиатрии тогда инкриминировались псевдонаучность и пропаганда буржуазно-идеалистических воззрений на природу поведения человека, признававших объективную роль внутренних (субъективных, индивидуальных) факторов в детерминации его мотивов. Профессора А.В. Снежневского, возглавившего вскоре после этого НИИ общей и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, «психологическое направление в психиатрии... не интересовало».

«В практике судебно-психиатрической экспертизы... наиболее частый вопрос, который ставится перед экспертом-психиатром, состоит в том, вменяем ли испытуемый, то есть можно ли применить при разборе того нарушения закона, которое он совершил, категорию вины... правильно решить этот вопрос можно только в том случае, если соблюдены два обязательных условия: если доказано, что испытуемый в самом деле нарушил закон; если есть возможность принять решение строго индивидуально» и индивидуализировано по отношению к состоянию и особенностям подэкспертного. *«И первое, и второе условие в практике советской судебно-психиатрической экспертизы нарушалось».*

Мне кажется, что эта объемная цитата совсем не лишняя. Когда в работе над проектом «Диссиденты» мы анализировали случаи злоупотребления (и, естественно, их причины) психиатрическим диагнозом в политических целях, этот вывод напрашивался сам собой.

Вина, болезнь, наказание. Индивидуальная мера вины, соразмерность наказания и ответственность. Индивидуальная норма и психические отклонения. Это далеко не полный ряд вопросов, объективные ответы на которые не могут быть даны без психологии, т. е. без наполнения психологическим содержанием категорий юридической и медицинских наук, которые тесно соприкасаются друг с другом в проблеме судебных экспертных оценок при определении медико-социального и правового статуса личности.

Временами (не высказанная, но явно ощущаемая) нехватка психологического знания проступает в недостаточ-

но корректных психиатрических оценках типа «психическим заболеванием не страдает, но обнаруживает особенности характера». Звучит так, как будто особенности характера — уже признак болезненных отклонений от психической нормы. Еще пример столь же психологически некорректных формулировок, но уже из серии вопросов, которые ставятся перед судебно-психиатрической и судебно-психологической экспертизой: «Имеются ли у обвиняемого какие-либо индивидуальные особенности?». Как будто бывают люди без индивидуальных особенностей! Справедливости ради следует отметить, что и некоторые психологи вряд ли отдадут себе отчет в том, что делают непозволительную для их профессионального звания грубейшую ошибку, когда на вопрос такого рода отвечают: «Обвиняемый не имеет каких-либо индивидуальных особенностей, которые могли повлиять на его поведение».

Встречаясь в своей работе с такими диагнозами, с такими вопросами и с такими ответами, мало сказать, что крайне неприятно удивляешься. Возмущение долго не дает успокоиться. Потом становится просто очень горько от сознания того, что люди, в силу своей профессии, или, как говорится, по определению обязанные учитывать человеческий (индивидуальный) фактор, игнорируют его или не умеют справиться с такой повседневной для их профессионального труда задачей. Впрочем, это закономерно для сегодняшнего уровня психологической культуры и психологической подготовки специалистов: как тех, которые назначают и проводят психиатрические и психологические экспертизы, так и тех, которые учитывают их результаты в суде. Однако эта тема — предмет отдельного разговора. Тема очень серьезная и опять же с очень болезненными последствиями для Homo Individualis — человека индивидуального.

Между тем, психологические особенности «инакомыслящих» не всегда оставались без внимания. Ими активно интересовались стражи государственной безопасности. Если не «сомнения» в психическом здоровье диссидента, не подтвержденные когда-то уже проводимой в отношении него (и тоже по политическим мотивам) судебно-психиатрической

экспертизой, то хотя бы черты его характера, отраженные в ее тексте, могли послужить поводом к тому, чтобы проблемная для государства, т.е. по тем временам политически небезопасная личность (как часто оказывалось, более проблемная для себя и не столько политически, сколько психологически), была направлена следствием на повторную судебно-психиатрическую экспертизу.

Во время работы над проектом «Диссиденты» в архивных материалах (акт судебно-психиатрической экспертизы на обвиняемого по ст. 62, ч. 1 УК УССР — распространение клеветнических измышлений, порочащих советский государственный и общественный строй) нашлось постановление следователя УКГБ УССР по г. Киеву и Киевской области, завизированное его вышестоящим начальством, со следующей мотивировкой назначения судебно-психиатрической экспертизы: «В ходе предварительного следствия вину в совершенном преступлении Я.В.И. (фамилия, имя, отчество — **Н.А.**) отрицает, на допросах ведет себя неискренне. Ранее Я.В.И. подвергался ...судебно-психиатрической экспертизе... был признан вменяемым. В настоящее время в поведении Я.В.И. отмечается фиксация внимания на своем внутреннем мире, переоценка собственной личности. На основании изложенного...для установления психического состояния Я.В.И. назначить судебно-психиатрическую экспертизу...».

К настоящему времени (т.е. ко времени назначения второй судебно-психиатрической экспертизы) фраза, начинающаяся со слов «В настоящее время...», никакого отношения не имела. Ее просто позаимствовали из акта (трехлетней давности!) прежней судебно-психиатрической экспертизы. Тогда обвиняемый привлекался к уголовной ответственности по ст. 194 УК УССР (предоставление подложного документа и получение оплачиваемого отпуска) со следующей (малоубедительной) мотивировкой назначения судебно-психиатрического освидетельствования: «При допросе Я.В.И. возникло сомнение в том, что у него нормальное здоровое состояние психики, а поэтому он нуждается в судебно-психиатрическом обследовании». Инкриминируемые ему действия и статья обвинения, как выяснилось позже, маскировали политические мотивы попыток «приобщить»

его к психиатрии или как бы намекали и предупреждали о необходимости незамедлительно изменить свое поведение и отказаться от намерений покинуть СССР.

Показавшиеся следователю «странными» сосредоточенность Я.В.И. на своем внутреннем мире и переоценивание собственной личности были, что явствовало из текста экспертного заключения, далеко не единственными признаками, которые характеризовали его индивидуальные особенности. Среди таких признаков, например, отмечались следующие: «свободно оперирует абстрактными понятиями»; «к исследованию относится с интересом»; «проявляет активное внимание к тестовым вопросам методик диагностики личностных особенностей, охотно анализирует их в совместном обсуждении, соотносит их содержание с присущими ему поступками, индивидуальными особенностями, своим образом жизни»; «внешне стремится проявить удовлетворенность собой, нивелируя внутреннюю напряженность и неуверенность с помощью психологически защитного поведения по типу избегания критического самооценивания с некоторой переоценкой собственной личности». Заметим, что с точки зрения психического здоровья, в наличии которого психиатры ему не отказывали, разница между «некоторой переоценкой личности» и «переоценкой личности» несущественна, но фраза, вырванная из контекста, всегда может иметь тот смысл, который ей хотят придать. Чтобы найти такую фразу, следствие проявило высокопрофессиональную избирательность внимания.

Но и Я.В.И. не отступил от своей цели. Сейчас он с семьей живет в Америке, работает и, по рассказам друзей, уровень его притязаний вполне удовлетворен. Возможно, поэтому в его поведении психологические защиты будут проявляться реже. Если, конечно, он также удовлетворен и тем, что его *«шизоидные ассоциации, без которых не было бы гениев»* оцениваются не только им, но и окружающими как *«оригинальные идеи»*, а ему самому хватает профессионализма, чтобы их реализовывать.

Психиатрический «компромат» использовался не только по отношению к «инакомыслящим» диссидентам. Дьявольская «удачная» находка — манипуляция психиатрическим

диагнозом — могла, как политический шлагбаум, преградить путь сотрудникам системы правопорядка, если решение профессиональных задач, служебный долг и профессиональную честь кто-то из них представлял иначе, не так, как предписывалось сверху.

Такие истории стали всплывать, когда психиатрии пришлось реабилитировать себя из-за собственных и политически навязанных ей злоупотреблений диагнозом. Еще до создания независимой Ассоциации психиатров Украины, примерно в начале 1991 г., инициативная группа киевских психиатров организовала работу консультативно-экспертного совета по психиатрии при главном психиатре Министерства здравоохранения УССР. Царившая тогда, активно и пассивно созданная, психиатрическая диагностическая неразбериха заставляла людей обращаться в Совет за помощью, и они рассказывали...

Для одного из посетителей, пытавшегося преодолеть препятствия на пути борьбы с преступностью, это закончилось серьезным служебным конфликтом и направлением на медицинское освидетельствование с участием психиатра из-за того, что он, как было сказано в документе, «несмотря на умение оперативно выполнять поставленные перед ним задачи, в последнее время стал обнаруживать изменения в характере: вспыльчив, позволяет себе высказывать самостоятельное мнение». Когда уволить правдоискателя по служебному несоответствию и по состоянию здоровья «через психиатрию» не удалось, а желания добраться до коррумпированных небожителей у него (несмотря на разнообразные многочисленные намеки быть разумным и оставить свои намерения) не поубавилось, была применена очередная мера воздействия: фабрикация статьи уголовного обвинения.

Находясь под следствием, он был уволен из системы внутренних дел, а тогдашнюю психологически понятную утрату равновесия, т.е. стрессогенный эмоциональный срыв, очень быстро соединили с упомянутыми выше «изменениями в характере». В итоге диагноз: «Шизофрения, параноидная форма». Вскоре после этого уголовное дело прекратили по отсутствию события и состава преступления. Психиатрический диагноз остался (*«В зоне, как обещали, не сгноили.*

Спасибо, что не убили, но сумасшедшим все же сделали. Осталось писать мемуары, но кто поверит бреду сумасшедшего о мафии советского периода?!»)

И хотя психическая полноценность автора будущих мемуаров все же была удостоверена, однако к их написанию он еще долго, наверно, не приступит, так как не исключено, что его служебный сейф пополняют материалы о мафии современного, постсоветского, периода.

Сложившаяся государственная система давила не только тех, кто ее якобы разрушал, распространяя сведения, порочащие государственный строй. Она давила и тех, кто действительно охранял ее безопасность, загоняя людей в тупик неразрешимых нравственных противоречий. Как-то мне доверили сокровенное: *«Я разочаровался в жизни. Я плакал, когда понял, что есть кто, и во имя чьих интересов я боролся совсем не с теми преступниками».* Для некоторых оставался только один выход из нравственного тупика — самоубийство.

Человек, полностью (и рационально, и эмоционально) идентифицирующий себя с кем-либо или с чем-либо, не выдерживает, когда подвергается критике или терпит крах предмет его идентификации. Например, система, которой он беззаветно служил, не догадываясь о порочных сторонах ее политики. В силу этого человек может вынести себе смертный приговор, так как считает себя виновным в преступных действиях организации, которой отдал всю жизнь, не осознавая страшного смысла своего дела, и привести этот приговор в исполнение.

Объяснять такие суициды низкой стрессоустойчивостью или психическим заболеванием нелепо. Самоубийство, имеющее нравственную основу — это один из видов надситуативной активности, которой руководит совесть и которая свидетельствует о том, что моральную ответственность за происходившее человек возлагает на себя...

Злоупотребление психиатрией в политических целях — явление масштабное, проблемное и очень разнообразное в своей конкретике... Психологические аспекты — лишь малая его часть. Но особенности даже этой малой части можно

перечислять очень долго. Их трудно разделить на главные и второстепенные: пожалуй, любая и каждая частность будет главной, так как непосредственно соприкасается с уникальным феноменом — с жизнью человека, с его судьбой.

Если смириться с тем, что проблема борьбы добра со злом является вечной для человека, хочется сказать, что на наш век этой вечной проблемы, то есть её психиатрической метаморфозы, хватило с избытком. Очень хочется надеяться, что, благодаря общим усилиям, бесследно растворившись в вечности, в будущем она вновь не возникнет.

Борцы за справедливость... Все не так просто

Жизнь не только трагична, она одновременно и комична. Манипулировать психиатрическим диагнозом можно и в жанре трагикомедии. Наверно потому, что он закономерен для жизни вообще и является психологической закономерностью для людей с определенным характером. Вот один такой и впрямь казусный пример.

Не так давно, в 1998 г., один человек доверительно, можно сказать, попросил совета: «Может, мне лучше остаться с диагнозом, чем идти в тюрьму?». Он задал этот вопрос, так как задумался и об особенностях своего характера, и о своей способности заниматься «социально-освободительной борьбой за освобождение украинского народа от любой власти, за его права, которые указаны в Конституции Украины».

Сохраняя понятную анонимность (срок давности не прошел!), фамилию его не называем, хотя он разрешил «при случае» рассказать о нем, согласившись фигурировать в таком рассказе как **Человек** (с «большой буквы»), что каждому и положено по его изначальному и неотъемлемому праву.

Так вот, Человек задал свой вопрос комиссии врачей-психиатров, перед которыми стояла задача дать судебно-психиатрическую оценку его психического состояния. Следовало устранить противоречия в выводах предыдущих судебно-психиатрических экспертиз и провести дифференциальную психодиагностику, уточнив диагноз («паранойальное развитие личности» или «параноидная шизофрения»).

Для объективности (из-за расхождения предыдущих диагностических заключений) в рамках повторной судебно-психиатрической экспертизы проводилось еще и психологическое исследование. Теперь это становится уже чуть ли не правилом (а в период психологической деиндивидуализации человека было полным исключением), потому и возникла возможность рассказать этот случай.

Обвинение соответствовало ст. 188¹, ч. 2 УК Украины — сопротивление работнику милиции при исполнении им обязанностей по охране общественного порядка, сопровождавшееся угрозой насилия. Эта статья предусматривает срок тюремного наказания от одного года до пяти лет. Наличие же психического заболевания, в зависимости от его особенностей и степени выраженности, освобождает, как известно, от ответственности за содеянное, снижает эту ответственность, смягчая наказание, или заменяет его принудительным лечением в психиатрической больнице общего либо специального типа. Поводом к назначению судебно-психиатрической экспертизы и, очевидно, основанием для поставленных диагнозов послужили высказывания Человека и то, чем он объяснил свое поведение во время общественного митинга, проходившего в одном из районных центров Украины.

По словам Человека (теперь уже и Подэкспертного), когда он намеревался выступить, его стали стаскивать с трибуны, не давая сказать правду о лице, претендующем на высокую должность в районной администрации, но, как считал Человек, не имеющего на это никакого морального права, поскольку народные деньги легко прилипали к его рукам, а о чести, совести и справедливости он никогда не слышал, и всякому было понятно, что свое руководящее положение это лицо будет использовать только с выгодой для себя, так как уже сейчас беззастенчиво нарушает права простых людей, ясно указанные в Конституции Украины, сумел подкупить власть, т.е. милицию, что лишило его, т.е. Подэкспертного Человека, законного права на свободу слова.

Создавшиеся обстоятельства (и митинг, и арест, и судебно-психиатрическую экспертизу и, по его выражению,

«приклеенный» психиатрический диагноз) Подэкспертный Человек расценивал как *«...уничтожение борца за права человека и гражданина, борца за права украинского народа, о которых написана Украинская Конституция».*

Подэкспертный Человек рассказал также, что социально-политическая и экономическая ситуация в его регионе была неблагоприятной. Вскрывая недостатки, он *«...раскрыл злодейскую банду, которая совершала злодейские преступления против государства, насильственным путем ликвидировав конституционный строй в регионе»,* но не нашел поддержки своей инициативе (*«...временно подчинить мне Национальную Гвардию, чтобы она в соответствии со своими обязанностями отстаивала Конституцию, и народ не поднялся на социальную войну, а смог решить свои проблемы законными правовыми методами, соответственно отстаивая принципы верховенства права статьи 8 Конституции».*) Теперь же с ним, считал Подэкспертный Человек, *«банда хочет расправиться, обвинение не имеет никаких оснований, подкупленный суд, некомпетентные и берущие взятки эксперты с бандой заодно».*

Понятно, что при очередной встрече с психиатрами, т.е. уже на повторной экспертизе, Подэкспертный Человек сразу категорически заявил, что никому не сделать его сумасшедшим, что прошли те времена, когда за справедливость *«клеили диагноз»,* что он здоров и всегда будет отстаивать *«конституционные права народа, несмотря на всяческие препятствия».*

Можно дословно привести многие его обоснования своего поведения, взглядов, отношения к происходящему в сегодняшней жизни. Он подробно изложил их в письменном заявлении, адресованном *«лично психиатру и психологу»,* которым был *«вынужден доказывать, что не идиот».* И только в том случае, если ему *«кто-то докажет, что Украинская Конституция — бред»,* Человек готов был согласиться, что он *«...действительно идиот, который поверил, что украинский народ хочет создать государство».*

Подэкспертному Человеку нельзя было отказать в наличии объективных оснований для его умозаключений. Тем не менее, многое в его словах создавало какое-то непонятно-

неприятное тревожное ощущение, как будто повеяло болезнью. Это, можно сказать, обострило диагностическое чутье.

«Обман профессионального обоняния» часто влечет за собой проявление архаичной пристрастности, опасной для объективного познания вообще и тем более опасной в оценочных суждениях о человеке. Во избежание такого обмана обычно прибегаешь к самопроверке — святой заповеди психодиагностики: только после последовательного анализа возникающих сомнений и только после сопоставления всех всесторонне проанализированных «тревожных» признаков в словах и поведении человека может быть выстроена сложная причинно-следственная взаимосвязь их проявлений и сформулировано диагностическое суждение.

Чем же настораживали высказывания и поведение Подэкспертного Человека? Прежде чем ответить на этот вопрос, следует познакомиться с ним самим.

В свои 56 лет, имея полную военную выслугу (штурман ВВС), Подэкспертный Человек выглядел очень моложавым. Среднего роста, поджарый, с почти незаметной сединой в светлых волосах, с голубыми, как-то по-детски широко раскрытыми и, наверно, поэтому в чем-то наивными глазами, очень подвижный, с порывистыми движениями, быстрой речью и ... с трудом выслушивающий возражения.

Если в давних служебных характеристиках отмечалась конфликтность, то в последнее время отзывы окружающих были прекрасные: внимательный, вежливый, алкоголем не злоупотребляет, приходит на помощь другим и т.д.

О себе молодом Подэкспертный Человек рассказал, что его конфликтность — это простая требовательность (т.е. он требовал порядка от подчиненных и прямо высказывал свое мнение старшим по званию: *«Никогда не боялся сказать правду без всякой дипломатии, был принципиальным, настойчивым»*). К себе, как он считал, относился так же, как и к другим — требовательно. Политикой никогда не интересовался, но, выйдя в отставку и наблюдая *«полный беспорядок вокруг, решил вмешаться, чтобы дать дорогу справедливости»*, считал это делом своей чести, прямой обязанностью. Крайне был удивлен, разочарован и даже обижен пассивной политической позицией людей из

ближайшего окружения, не находя у них той надежной поддержки, на которую первоначально рассчитывал: *«Все по углам, на митинги не ходят, ничего не понимают. И Вы, наверно, не ходите, а почему? Тоже не понимаете! А Вы хоть читаете?!»*.

Говоря это, Подэкспертный Человек достал из кармана куртки брошюру «Конституция Украины» и стал искать свою любимую статью 34 о гарантии прав на свободу мыслей, слова, на свободу выражения своих взглядов и убеждений, продолжая при этом с воодушевлением трактовать и без того ясный смысл написанного, приводя в качестве дополнительных аргументов неоспоримого значения и новизны собственных слов общеизвестные истины, воспринимаемые им как открытие никому ранее не известного и как, можно сказать, священное знание или святое откровение. Почувствовав, что уровень новизны его суждений стал резко снижаться под влиянием контраргументов и дополнительной информации, он обиделся и как-то сразу сник, растерялся, но тут же стал оправдывать свою практически полную неосведомленность и бессистемные знания тем, что поздно стал читать такую литературу, так как его прежняя (и тоже очень важная) работа не оставляла на это времени.

На какой-то период, пока Подэкспертный Человек с интересом слушал новую для него информацию, он как бы забывал, что его *«преследуют за инакомыслие»*, и слова *«моя борьба»*, произносимые им с пафосом и достаточно часто, практически исчезали из его лексикона. Выражение лица становилось грустно-мягким, а психодиагностическое исследование, проводимое в судебно-экспертных целях, превратилось в психологическую консультацию по профпригодности Подэкспертного Человека к профессиональным занятиям политикой, постепенно все больше напоминая своей эмоциональной атмосферой домашнюю беседу.

Наверно, такие психологические условия смягчили разочарование, охватившее Подэкспертного Человека, когда он убедился, что не все тестовые пробы, успешное выполнение которых предполагает хорошо развитое абстрактное мышление, оказались ему по силам. Он тут же поинтересовался, не шизофрения ли это, и был удовлет-

ворен, услышав, что его ошибочные решения не признаки болезни, а естественные проявления присущего ему конкретного типа мышления (когнитивного стиля), т.е. стиля мышления человека, более предрасположенного к решению интеллектуальных задач преимущественно прикладного (сугубо частного и практического) характера. Ответы на тестовые пробы отражали выраженную ориентацию Подэкспертного Человека на активные действия: обобщаемые в смысловые категории предметы оценивались им с точки зрения их функционального назначения и возможности максимально конструктивного использования на практике (в быту, например). К сожалению, Подэкспертный Человек не особенно часто догадывался рассмотреть эти категории за пределами конкретного представления о них и таким путем попытаться увидеть их весомость в контексте иных и более сложных смысловых значений.

В процессе диагностически-консультативного общения особенности критического самооценивания Подэкспертного Человека указывали на возможность конструктивной саморегуляции эмоциональных проявлений, но для этого ему понадобилась бы определенная психологическая работа над собой.

Все дело в том, что его бурные эмоциональные реакции находились в зависимости от очень неустойчивой самооценки. Он быстро терялся и умолкал, он прямо на глазах как-будто уменьшался в размерах и сжимался в комок, но тут же мгновенно, как пружина, распрямлялся и наносил защитный удар в виде обвиняющего упрека. Удар не попадал в цель, так как обида мешала подобрать обоснованные и точные аргументы. Своей победой Подэкспертный Человек считал, если последнее слово оставалось за ним, даже если оно было не совсем по существу вопроса: самое главное в разговоре — поставить именно свою точку над «i». Эти особенности обнажали проблему ущемляемого самолюбия. Оно как автономная сила буквально заставляло Подэкспертного Человека обязательно парировать высказанный кем-то аргумент собственным (пусть даже и неудачно заимствованным) контраргументом, особенно если обстоятельства

предоставляли такую возможность или провоцировали ее. Ущемляемое самолюбие всегда или почти всегда заставляло его отыгрываться. В процессе исследования оно, это самолюбие, тоже не раз было задето, и он не остался в долгу, заметив: *«Вот Вы меня слушали, слушали, я разговаривал с Вами, а оказалось, что Вы тоже не золото, Вы меня не поняли. Я же все время указываю потому, чтобы меня просто все поняли»*. Понимал ли Подэкспертный Человек сам себя?

Между тем эмоциональные нюансы проявляемого к нему отношения он улавливал очень быстро. Ему, вернее его самолюбию, больше всего подходила нейтрально-доброжелательная и обязательно лично-безоценочная эмоциональная атмосфера, щадящая для чувства собственного достоинства; именно на ее фоне он воспринимал (слушал и слышал!) критические замечания, которые активно перерабатывал. Такой «разбор полетов» ему подходил, так как создавал условия для процесса критического самооценивания и оберегал то, о чем он пока не был готов говорить открыто.

Из-за угрозы быть наказанным своим восставшим самолюбием он, конечно же, не мог говорить о чувстве безмерной усталости от споров и конфликтов, о желании восстановить свои силы в спокойном и мирном окружении, о том, что ему уже не по силам требования, которые ему предъявляет жизнь и он сам, о бесполезных самоограничениях, о боязни неудач, о мрачном и подавленном настроении, сменяющим природный энтузиазм. Не мог Подэкспертный Человек говорить и о том (так как не осознал этого), что воздушные замки, среди руин которых он не раз оказывался, он строил сам, но обычно винил других в том, что именно из-за их недоброжелательности, глупости, неискренности его идеализированные конструкции оказывались непрочными и распадались. Постепенно и незаметно стал накапливаться неприятный эмоциональный осадок, так как обиды (и напрасные, и ненапрасные, но всегда искренние, несмотря на его заблуждения) оставались неизжитыми. Поэтому эмоциональное равновесие как бы устало и чаще стало давать сбой, утрачивая былую способность быстро восстанавливаться.

Между тем Подэкспертный Человек считал, что в боевом полете выдержка и теперь не изменила бы ему. Факт, что на митинге он был далек от нее, им не учитывался. Он, кстати, был безмерно удивлен, узнав, что боевая выдержка и эмоциональный контроль не менее важны и для реализации его сегодняшних планов — отстоять конституционные права народа, несмотря на всяческие препятствия. Поймав меня на слове, когда речь шла о значении выдержки в политической борьбе, Подэкспертный Человек с удовольствием контраргументировал, сославшись на примеры боевого поведения некоторых представителей народных интересов, беспристрастно наблюдаемые и фиксируемые телевизионной камерой во время острых споров и дебатов (поединков самолюбий!).

Время между нашими беседами Подэкспертный Человек не терял даром. Он увлеченно упражнялся в составлении агитационных текстов и с новым, очевидно неиссякаемым (!), энтузиазмом стремился при очередной встрече разъяснить их смысл.

Наверно, в соответствии со своими индивидуальными особенностями и поведенческими стереотипами, сформированными прежней профессией, Подэкспертный Человек буквально, как прямое указание о непосредственном выполнении поставленной задачи, ставшей в его глазах почти военным приказом, воспринял полученные разъяснения о значении стиля для рекламно-информационных материалов. Их, как правило, должен иметь в своем «боевом» арсенале каждый, кто ясно и четко представляет себе и может определить свои программные цели, хочет довести до сознания людей свои основные идеи, генеральную линию действий, если он претендует на успех в своем политическом соревновании и рассчитывает на понимание и поддержку окружающих.

Конечно, Подэкспертный Человек без особого энтузиазма воспринял консультативное психологическое заключение о недостаточном соответствии его индивидуально-психологических особенностей и уровня подготовки занятиям политической деятельностью. Но не обиделся. Напротив, тут же попросил бумагу и ручку, чтобы записать, какая литература необходима *«в помощь начинающему политику»*.

Пожалуй, теперь уже можно ответить, чем же настораживали поведение и высказывания Подэкспертного Человека.

К высказываниям (некоторые из них выделены курсивом) сейчас следует вернуться. Они представляют собой автентичную, т.е. не стилизованную и, конечно же, не искаженную речь Подэкспертного Человека, которая очень важна для формирования объективного представления о нем, его состоянии и особенностях.

Прежде всего, настораживали система суждений и логические основания умозаключений. Система суждений опиралась на отрывочные знания, а в логических посылках отражалась выраженная избирательность смысловых акцентов. В силу этих двух причин Подэкспертный Человек значительно проигрывал, не имея возможности сравнить собственные выводы со смысловым контекстом более широкого информационного поля, а также достаточно критически оценить их полемический потенциал, чтобы избежать логических ловушек оппонентов, не говоря уже о краткой, но информационно емкой и гибкой аргументации своей точки зрения. На «непонятном» и «скудном» научном языке (в высшей степени толерантно по отношению к Подэкспертному Человеку) это можно выразить так: в структуре мыслительной деятельности эмоциональный компонент преобладает над рациональным; тип аналитико-интегрирующей и прогнозирующей функции интеллектуальной активности, с учетом уровня и соотношения наглядно-конкретных и абстрактно-логических мыслительных операций (преобладание первых над вторыми), свидетельствует о когнитивной простоте.

Такой букет индивидуальных особенностей создает психологические (чисто субъективные) предпосылки к действиям, совершая которые, человек не учитывает или оценивает весьма поверхностно собственные представления и склонен их абсолютизировать. В практике психологического консультирования встречаются, например, люди, которые в силу указанных причин не понимают, почему в их жизни часто возникают проблемы и препятствия, рождающие в их душах разочарования, обиды, настороженность, подозрительность, враждебность к окружающим. Если такой

человек, как говорится, не привык сидеть сложа руки, то есть по натуре своей активен да еще и самолюбив, обидчив, он зачастую эмоционально легко вовлекается в деятельность полемического (соревновательного, состязательного, спорного, однако не обязательно кверулянтского) характера. Он не осознает линейной простоты своих прогностических выводов, а порой и отсутствия способности к ним, так как их ему заменяют (замещают, компенсируют) эмоциональные впечатления, которые проистекают от активных действий и часто способны создавать психологическую иллюзию насыщенной, содержательной жизни. В силу указанных особенностей, чем бы (и в какой сфере деятельности) этот человек ни занимался, он, скорее всего, бессознательно предпочтет активность ради активности.

Негуманно, недостойно, неправомерно, безосновательно и просто, наконец, глупо, если за такие индивидуальные особенности человека обрекают на испытание психиатрическим диагнозом. Безмерно трагичной становится его жизнь, если он расплачивается, подвергаясь политико-психиатрической репрессии. Вот слова одного из тех, кому, как и многим другим украинским диссидентам, было предоставлено «право» на такое испытание: *«Я тогда не думал, какой будет Украина. Меня это не интересовало. Мне было важно, чтоб подалее и побыстрей от москалей».*

«Подальше», «побыстрей», «от любой власти» (вспомним слова Подэкспертного Человека), а как? что потом? и как потом? — *«не интересовало»*... Какая-то наивная и простодушная непосредственность, избежавшая искушения когнитивной сложностью. Нельзя сказать, что сила таких политических противников соответствовала примененной к ним мере усмирения — политико-психиатрической репрессии. Противник часто имел другую весовую категорию.

Теперь о поведении Подэкспертного Человека. Его агрессивные действия на митинге настойчиво напоминали о давнем выводе ученых относительно «необходимости просветить тех, кто сегодня делает политику», чтобы выявить и понять причины человеческой агрессивности.

Объективные факты действительности свидетельствуют о том, что проявления агрессии, как и многие иные социаль-

но проблемные формы поведения (например, политическая оппозиция, отсутствие лояльного отношения к политической линии государства, ставшее сегодня будничным для нас пикетирование государственно-административных учреждений), во многом как бы навязываются ему. Такое социально проблемное поведение человека является отражением обострившихся и затянувшихся в своем разрешении противоречий самого общества, оно даже как бы антиципирует, т. е. предвидит, изменения в государственной политике и социальные преобразования. В некоторых своих проявлениях (диссидентство, например) социально проблемное поведение нередко опредмечивает (и кроваво подчеркивает) ряд значимых государственных проблем.

Государство, как правило, в силу множества причин «запаздывает» не только со своевременным решением своих обострившихся проблем, но даже с их углубленным и непредвзятым анализом. Нередко это обусловлено обстоятельствами чисто субъективного характера. Например, из-за психологических особенностей и личностных качеств конкретных представителей государственной власти и административно-исполнительного аппарата происходит небезопасное и для человека, и для социума как умышленное, так и неумышленное отстранение от решения действительно актуальных задач как государственной, так и социальной политики.

В этой связи небезынтересным, наверно, будет следующий факт. Он обнаружился при сравнении данных Отчета Украины, представленного на Международную конференцию 1998 г. «Права и развитие человека», и «Альбомов записей гражданского протеста за 1991 г.», которые были переданы в Украинско-Американское бюро защиты прав человека одним интервьюером-добровольцем, с которым мы уже были знакомы: в процессе работы над проектом «Диссиденты» (злоупотребление психиатрией в политических целях) анализировалась его политико-психиатрическая одиссея.

Официальные данные 1998 г. и 403 неофициальные записи гражданского протеста, собранные в 1991 г. нашим инициативным знакомым во время пикетирования Республиканской прокуратуры, практически полностью совпадали

— по указанным в них кризисным вопросам современного общества, которые социально и психологически остро проблематизируют жизненное положение и поведение основной массы населения, провоцируя проявления агрессии.

Так что высказываясь по поводу социальных проблем сегодняшнего дня, Подэкспертный Человек был не так уж и неправ. Во всяком случае, его высказывания не отличались болезненным искажением действительности.

В итоге судебно-психиатрическая экспертиза обернулась для него и психолого-психиатрическим освидетельствованием, и психологическим консультированием одновременно. Мы задавали друг другу много вопросов. Не все ответы удовлетворяли каждого из нас. Это личное (очень личное) неудовлетворение, то есть расхождение во мнениях, не разрушило желания понять друг друга и атмосферы взаимного уважения, возникших за время нашего «экспертного» общения. Иначе Человек не задал бы открыто и наивно свой непростой вопрос: тюрьма или диагноз?

Ему ответили вопросом психодиагностическим: «А Вы как хотите? Допустим, если выбор за Вами?». Ответ Человека — и по эмоциональным проявлениям, его сопровождавшим, и по содержанию — отрицал и опровергал прежние психиатрические диагнозы. «*Я подумую*», — ответил Человек. Но долго не раздумывал и тут же сказал: «*Все же шизофрени у меня нет*». Потом, тяжело вздохнув, уже подойдя к двери и обернувшись, добавил: «*Не все так просто...*».

Да, все не так просто. Трудно, например, не спросить и не просто ответить, в какой мере сам Человек был причастен к своему аресту и диагнозу. Скорее всего, такой вопрос может показаться бестактным, обидным, даже провокационным. Тем не менее, он дает возможность хотя бы попытаться ответить на другие столь же сложные и важные вопросы, которых все больше и больше возникает в рассматриваемой теме.

Ретроспективно оценивая события прошлого, люди, пострадавшие от массового политического террора и его психиатрической разновидности, отвечали на такой вопрос

по-разному. От полного обвинения политического порядка времени, в котором они жили, до откровенно безжалостных высказываний в свой адрес — как, например: «*В своем аресте я присутствовала сама*».

Между крайними полюсами этих ответов расположен диапазон многих психологических проблем, некоторым образом определяющихся личностными особенностями человека. Например, интернальностью или экстернальностью, т.е. тенденцией искать и усматривать главную причину того, что с ним происходит, в самом себе, или в других людях, в сложившихся обстоятельствах. Человек может правильно или неправильно определять такие причины, абсолютизировать их, а также соизмерять их роли в казуистике своего положения. Степень точности зависит от уровня субъективного контроля, который является многомерным (сложным) психологическим образованием, участвующим в работе системы саморегуляции деятельности человека, даже, наверно, главным управляющим всей этой системы. В своих частных проявлениях уровень субъективного контроля придает поведению человека разнообразную психологическую окраску: оно становится, например, осмотрительным, осторожным, предупредительным, дипломатичным, то есть, согласно немудреному определению в толковом словаре, политичным.

Политичное поведение ничуть не противоречит диссидентской позиции, т.е. оно вполне может являться одной из многих внешних форм действий, которые по сути выражают несогласие с какой-либо господствующей доктриной. Во всяком случае, политичное поведение — не худший из методов для преодоления препятствий в практической реализации и защите альтернативных идейных направлений.

К сожалению, такое поведение само по себе редкое явление, так как предусматривает проявление искусного самоконтроля зачастую даже в неуправляемых обстоятельствах. Кроме того, в силу своей природы политичному поведению трудно противостоять поведению политическому и политиканскому, так как они опасны интригами, подставками, подножками, игрой амбиций, беспринципностью, политическим делячеством.

О феномене политического поведения и уровнях его проявления написано много. В обширной литературе представлен анализ его бессознательной мотивации, освещаются глубинные психологические истоки различных форм политических диктатур (деспотизма, тоталитаризма, авторитаризма); составлены и составляются психологические портреты крупных политических деятелей прошлого и современности. Можно сказать, что политические досье великих диктаторов давно легализированы. Легализовано сегодня и политическое диссидентство, которое раньше было подавляемо, с которым безжалостно расправлялись и которое теперь официально проявляется в программах различных политических партий. Любой человек может выбрать одну из них в интересной для него области политического инакомыслия.

Вопрос как стать политиком и преуспеть в борьбе за власть родственной по духу партии становится серьезным (для некоторых он звучит вопросом «как стать знаменитым?», то есть чуть ли не «как стать кинозвездой?»). Уровень субъективного контроля многим подсказывает, что хорошо бы подучиться. В период обучения возникает живой интерес к психологии, от которой обычно ожидают помощи в решении многих практических задач и сугубо частных проблем, по приоритетности, конечно же, уступающих основному, почти экзистенциальному (!) вопросу: «Быть или не быть... профессиональным политиком?».

Что такое профессиональный политик, ответить пока трудно. Еще труднее дать универсальную психологическую инструкцию — как им стать. В процессе психологического консультирования по этим «наболевшим» вопросам обычно бывает легче подсказать человеку, что делать и как работать с его индивидуальными особенностями, которые, по его мнению, мешают ему. При этом попутно накапливается банк данных о представителях (сегодня уже легального) политического инакомыслия, которых объединяет борьба за справедливость.

И тут совершенно естественно напрашивается сравнение двух групп политически инакомыслящих — «легальных» и «нелегальных». Конечно, это сравнение нельзя назвать стро-

го научным. Оно, скорее, представляет собой рабочее, пилотажное исследование, дающее информацию для размышления. В общем, результаты оказались небезынтересными, но... преимущественно для размышлений на грустные темы.

В психологическом калейдоскопе инакомыслящих «легалов» и «нелегалов» можно было увидеть очень разных людей. Между легальными диссидентами 1997–1998 гг. и диссидентами, репрессированными политической психиатрией, существовало достаточно большое сходство. Ни в коем случае не претендуя на всех охватывающую и все исчерпывающую строгую научную классификацию и позволяя себе некоторую художественно-психологическую вольность описания, встречавшиеся типы человеческих натур можно представить следующим образом: Совестьливый альтруист, Самодовольный лидер, Уставший серьезный профессионал, Молодой прагматик, Обиженный, Путаник, Любитель пошуметь, Властолюбец, Идеальный по призванию, Случайный дилетант, Азартный игрок, Добрая душа, Насмешник, Самостоятельный, Правильная посредственность, Дальновидный скептик, Компанейский выпивоха, Сомневающийся, Романтик, Подражатель, Скучный праведник, Просто активный, Передовик, Восторженный, Ответственный, Триумфатор, Искатель, Функционер, Защитник, Неустойчивый, Опробетованный экспериментатор, Послушник, Имитатор, Увлекающийся, Серьезный, Неутомимый спорщик, Ревнивый завистник, Предприимчивый, Легковерный, Созерцатель, Оптимистичный идеалист...

Общая цель, объединившая столь разные психологические натуры в их политическом инакомыслии, вместе с тем каждым в отдельности понималась иначе (цель борьбы за справедливость — в самой справедливости, абстрактной и конкретной; в борьбе; в том, чтобы реализовать только индивидуально-справедливую цель и т.д.). И реализация поставленной цели также происходила в соответствии с определенной психологической натурой, т.е. в соответствии с ее особенностями, нравом и даже норовом, диктат которого не исключался. От свойств натуры зависели, так сказать, сила и уровень сложности политического пилотажа как характерологически существенного способа достижения цели.

Перечислить и описать все варианты характерологически существенных способов достижения цели вряд ли возможно в принципе. Ведь число индивидуальных вариаций личностно-поведенческих проявлений трудно даже представить. Это — множество разнообразных сочетаний (с определенным пропорциональным соотношением) различных свойств и особенностей человека. Именно потому образующиеся психологические комбинации бесконечны в своем неповторимом своеобразии.

Здесь могли причудливо переплетаться и трезвый расчет, и недостаточная способность понять мотивы своих действий, оценить их последствия. Энергичный напор уступал привлекательности чувственных наслаждений, а происходящее недооценивалось, терялось в глубине сосредоточения на своем внутреннем мире. Низкая самоорганизация поведения могла соседствовать с подчинением директивным наставлениям, с внушаемостью и упрямством. Логика ясного, последовательного мышления, антиципирующего (предвосхищающего) творческого воображения становилась практически беспомощной из-за идеализации окружающего. Общительность и деловая предприимчивость теряли свою привлекательность из-за взрывоопасных глубоких обид и переживаний. Стремление к преодолению препятствий и свободному волеизъявлению уступало искушениям возможности влиять на окружающих. Способность к планомерной организации действий поддерживала сознательную ориентацию на материально-меркантильный характер их результата. Идеальное сочетание представляли собой такие качества, как достаточно высокая интеллектуальная активность, продуктивность в конкретной практической деятельности, живой интерес к знаниям, сочувствие к людям и склонность к просвещению, тонкое эстетически-нравственное чутье. Исполнительность при условии личной выгоды подчеркивала хитрость и черствость, а беспринципное соглашательство — легкомысленность, стремление к увеселениям и удовольствиям. Решительность и настойчивость не исключали экспансивно-упрощенных, с эксцессами, форм поведения, а ограниченность представлений становилась опасной при спокойно-сосредоточенной жесткости действий. Мягкость, безволие, непоследовательность и

несдержанность ограничивали самостоятельность и инициативность. Ум и энергия были откровенны в карьеристском компромиссе, а честолюбие четко проявляло тенденцию к насилию, так как абсолютизация власти достигала уровня самоцели. Рассудочность и имитация нравственности обеспечивала искомые и выгодные границы самостоятельности. Способность к развитию критичного осмысления действительности фатально зависела от устойчивой приверженности опыту проб и ошибок. Эгоцентрические интересы и сверхличные цели приводили к неразрешимому внутреннему конфликту. Его причинами могли также быть простота, однообразие и недостаточная координированность усилий в реализации стремлений к добру и справедливости. Отсутствие четких представлений о сложных явлениях окружающей жизни, недостаточная полнота и ясность самостоятельных воззрений ограничивали социальную реализацию чувства долга и сострадания, способность согласовывать собственные цели и желания с существующими условиями. Непосредственность действий и эмоциональных порывов, готовность к усвоению идей референтной группы, смелость отступали перед низкой способностью к детальной разработке и самостоятельному воплощению планов, а преобладающие идейные интересы и оригинальные начинания поглощались сосредоточенностью на конкретных деталях, односторонними и узкими взглядами, ограниченным миропониманием. И т. д. и т. п. — до... бесконечности.

Но вернемся к политическому инакомыслию «нелегалов». Независимо от отдельных действий и личных свойств этих людей, общую, основную линию своего поведения они мотивировали общественными интересами, интересами социальной и национальной справедливости, которые занимали ведущее (по крайней мере, не последнее) место в системе их личностных ценностей.

Личностные ценности — это очень серьезно. К любым из них хорошо подходит известная поговорка «Своя рубашка ближе к телу». Правда, чаще всего ее употребляют, когда хотят подчеркнуть эгоизм человека. Но это ограничивает ее глубокое содержание, которое можно трактовать и несколько по-иному (!). Подчеркивая, например, огромную побуди-

тельную силу того, что действительно имеет для человека важное субъективное значение, т.е. является личностным смыслом, мотивирующим его поведение. Личностный смысл — это не личный интерес, это — сверхличная ценность. Если идея социальной справедливости достигает уровня сверхличной ценности, обыденному сознанию это кажется принципиально странным, ибо оно видит в этом — вместо личной благополучной (в его понимании!) жизни — лишь действия, которые лишены (в его понимании!) жизненно необходимой целесообразности. «Человеку-личный интерес» всегда непонятен «Человек-сверхличная ценность».

Надличность взглядов и стремлений украинских диссидентов, т.е. понимание ими самой идеи социальной и национальной справедливости и практики ее осуществления резко расходилось с, как было принято говорить в то время, магистральной линией политики партии и государства. Кстати, это (иное!) понимание не всегда было самостоятельным. Оно могло быть заимствованным, — но идущим от души. Четко сформулированным, осознанным — и только смутно ощущаемым, угадываемым. Массовые отклонения от «единственно правильного» магистрального пути, который неуклонно, если верить лозунгам, вел в мир равенства, братства и счастья всех людей, объявлялись антигосударственным преступлением. Сверхличные ценности тех, кто иначе представлял себе картину светлого настоящего и упорно мешал идти к светлому будущему, легко зачислялись в разряд сверхценных идей. Сверхценные идеи, это, как известно, — уже не «просто» странность, это — патологическая странность, психическая болезнь.

Трудно удержаться, чтобы вновь не обратиться к уже цитируемой здесь рукописи. Ее авторы тоже анализировали *«результаты судебно-психиатрических экспертиз некоторых диссидентов задолго до 1983 года, пожалуй, с середины 70-х; в процессе этих обсуждений...выслушивали людей,которые лично знали испытуемых,и...читали копии актов экспертиз,которые им удавалось раздобыть. Нельзя забыть чувство глубокой растерянности,возникавшей при этом. Акты-то были написаны квалифицированными*

людьми, и в них не было ни нелепостей, ни противоречий. Противоречия были между тем, что написано, и тем, что рассказывалось. Не было сомнений, что рассказывали правду, значит... Но подписи, подписи под актами... Не может быть... Еще раз прочитать акт... Ну, конечно... Просто нужно быть профессионалом, чтобы увидеть... Ну, хорошо, нерезко выраженные расстройства — в характере, в личностных особенностях... Ну и что? Их идеи — болезненные? Бредовые? Почему — «невменяем»? Ну, как почему — потому что шизофрения... Шизофрения исключает вменяемость... Все вроде правильно, но странно, странно...»).

Созданные на политико-психиатрической кухне «странности» достигали шоковой степени воздействия. От него нельзя было спрятаться за спасительное «Не верь глазам своим», т.к. обладающие странностями воочию свидетельствовали о заказном характере диагноза.

Что иное можно было подумать, глядя, например, на 43-летнего энергичного и активного в движениях человека с очень живыми непосредственными эмоциональными реакциями, стремящегося из-за дефицита общения (почти изгой с сомнительной репутацией конфликтной личности, «психического») взять инициативу разговора на себя, если в заключении судебно-психиатрической экспертизы, проведенной в 1986 г. в связи с привлечением его к уголовной ответственности по ст. 206 УК УССР (хулиганство), привычно маскировавшей ту самую, главную диссидентскую статью, указывалось, что он болен шизофренией? Да еще какой! **«Параноидная форма, непрерывно прогрессивный тип течения. Смешанный тип дефекта. Следует считать невменяемым. По психическому статусу представляет собой повышенную опасность для окружающих. Подлежит принудительному лечению в больнице специального типа системы МВД.»**

Но в 1997 г. (почти одиннадцать лет спустя) ни специфические неблагоприятные последствия, ни неблагоприятный тип течения указанного серьезного психического заболевания упорно не хотели проявляться. Проявлялось совсем другое.

Ясное, можно сказать, улыбающееся лицо. Вопрошающе-заинтересованный взгляд. Сначала легкое, потом все усиливающееся нетерпение, возникавшее под градом обрушившихся вопросов и расспросов психолога и психиатра о причинах, заставивших недавно появиться перед прокуратурой Украины с карикатурно-обличительным плакатом. Задиристый и в то же время добродушно-прощающий, с ноткой некоторого превосходства, тон (адресованный, так сказать, объекту плаката) при объяснении причин этих действий и тут же — настороженно-внимательное выражение лица в ожидании психолого-психиатрической ответной реакции, упрежденной уже вызывающим тоном. *«Никак не могу их перевоспитать, да и за советы не судят, а с людьми надо быть более щепетильными. Вот и приходится учить. Я их просто ругаю. Пишу и смотрю, как они реагируют. Мне было бы достаточно, если бы просто сказали «извините». Я бы простил. Считаете, что я проявляю, как мне уже писали, эмоционально-волевою настойчивость при реализации своих бредовых идей?»*

При всем желании из высказываний **Учителя** нельзя было сотворить даже жалкого подобия бредовых идей. Кстати, действительно учителя, который работает сегодня в одной из школ г. Николаева (в школе-интернате для детей-сирот). В прошлом — учителя математики, переквалифицировавшегося, согласно руководящим разнарядкам нового времени, в учителя украинского языка, из-за которого когда-то приобрел репутацию конфликтного человека и заплатил за нее пятью годами принудительного лечения в психиатрической больнице специального типа. В мышлении Учителя не было никаких — ни явных, ни остаточных — признаков шизофренического процесса. Оценочные суждения критически «препарировали» не только окружающее, но и самое себя: *«Я понимаю, что я едкий, что мой юмор злой, но с ним я отношусь к тем, кто не раскаивается».*

От кого и какого раскаяния ожидал Учитель, не желающий смириться с тем, что его, как и многих других, обрели на испытание унижением, забыв потом извиниться? Но кто просит прощения у «списанного человеческого материала»? Для этого мало понять и представить: надо

ощутить, как это больно — быть «списанным материалом»! В общем, ни в официальных ответах на письма-запросы по поводу денежной компенсации за бесосновательно репрессированное время жизни, ни при непосредственных встречах с официальными лицами Учитель не находил отношения, способного его удовлетворить, удовлетворить его легко ущемляемое чувство собственного достоинства. Прикосновение к этой теме заметно меняло эмоциональные проявления Учителя, и горечь окрашивала его слова: *«Ведь унижает что? Обесценка! Хотя я в глубине души верю, что может быть совсем по-другому».*

Ощущение обесценивания своей личности и, отсюда, повышенная ущемляемость чувства собственного достоинства возникли не на пустом месте. С детства крепло ощущение своей социальной неполноценности, когда Учитель *«в интонациях родителей, простых украинских крестьян, уловил, что они настороженно, неприязненно и со страхом относятся к разным партийцам и коммунистам; это запало в душу».* Очевидно, что природная восприимчивость и впечатлительность стали эмоциональной основой для формирования психологической готовности к проявлению целенаправленного внимания и повышенного эмоционального отношения к информации соответствующего содержания. Впоследствии доказательство своего значения и признания человеческой полноценности стало соведущим мотивом поведения Учителя, реализуемым в частных и в более широких (общественного уровня) ситуациях, где присутствовали унижение человека, ущемление его прав, бытовая и социальная ложь.

В 17 лет (в 1971 г.) он по собственному желанию выбыл из рядов членов ВЛКСМ, т.к. *«стал понимать, что дела и слова расходятся».* В 1972 г., в период прохождения срочной военной службы, возник конфликт со старослужащими: *«Обращались «деды» оскорбительно. Они говорили, что пока «салага», т.е. я, не «исправится», т.е. не подчинится, всем будет плохо».* Попал в госпиталь, был выписан с диагнозом: *«Затяжное реактивное состояние с психопатоподобным поведением. Здоров, нуждается в постепенной адаптации к военной службе».* Однако присущие ему особенности эмо-

ционального реагирования и условия социума постепенной адаптации не способствовали...

В 1986 г. Учителю стали усиленно помогать адаптироваться, т.к. его **«психическое состояние значительно ухудшилось, от написания жалоб с нелепыми требованиями до выхода из гражданства СССР. Считает себя борцом за справедливость»**. Тут следует отметить, что, якобы склонный к описанному типу психической дезадаптации, Учитель, окончив Педагогический институт, работал педагогом в школе пенитенциарного учреждения, в 1982 г. был уволен за «незаконные контакты с осужденными». Увольнению предшествовало письмо на имя генерального секретаря КПСС Л.И. Брежнева с отказом участвовать в выборах, т.к. *«выбирают не тех»*. Последующий период жизни, 1982–1986 гг., был связан с активностью, направленной на сатисфакцию, связанную с его социальным положением и правами, хотя, как отмечал Учитель, *«борцом за справедливость я себя совсем не считал»*. При этом его трудовая деятельность (за один год, после увольнения в 1982-м, он приобрел квалификацию электромонтера 5-го разряда) не прекращалась. От медицинской «помощи» в условиях спецбольницы системы МВД Учитель *«ушел»*, т.е. стал говорить то, что от него хотели услышать. Так поступали многие, чтобы избежать смертоносного медикаментозного насилия.

В 1991 г. следствие по его делу было приостановлено по сроку давности и в связи с его «заболеванием». Эта формулировка казалась обидной, т.к. считал, что по всем обстоятельствам справедливой была бы другая: о прекращении дела по недоказанности вины, хотя он действительно *«тогда впервые вышел из-под контроля»*. В 1991 г. инвалидность по психическому заболеванию была снята. Теперь формулировка его устраивала: психически здоров. В настоящее время работает. С иронией отмечает, что ведет себя правильно: *«Если в классе нарушают дисциплину, я замолкаю, спокойно реагирую на это. Они, ученики, тоже затихают. Продолжаю урок»*.

Минор настроения из-за всплывающих обид, предвестники эмоциональных бурь (склонность к нетерпению, раздражению и даже резкости), мажор неунывающего духа,

задор озорного веселья, минутная увлеченность легкой игрой авантюризма и риска в собственных словах, способность без труда поддерживать эмоциональную атмосферу общения, сама общительность — от стремления просто поболтать до желания поделиться своими соображениями по различным вопросам и определенная прямолинейность некоторых из этих соображений; активность и сосредоточенность внимания, способность улавливать противоречия, непосредственная категоричность высказываний и сопряженных с ними эмоционально-оценочных отношений, хорошая память, — это далеко не весь перечень индивидуально-психологических особенностей, естественно и спонтанно проявившихся во время нашей встречи с Учителем.

Спонтанные эмоционально-поведенческие проявления не сдерживались сознательными защитными установками, но и не отличались некритичной обнаженностью мыслей и переживаний, содержание которых было психологически естественным и понятным. Учитель откровенно рассказывал о том, что в последнее время появилось чувство усталости от жизни (*«наверно, старею»*), снизилась работоспособность (*«раньше мог работать по ночам, теперь устаю»*), изменился характер (*«не могу терпеть, когда упрекают»*). Из-за этой, упомянутой вскользь, особенности не удалась попытка создать семейные отношения (упрек или замечание задевали эмоциональные раны самооценки, что по-прежнему было для Учителя психологически болезненным). Осталось общение с друзьями, которых немного, и только искренняя уверенность в своей правоте, по его словам, дает силы жить. Серьезность и самоирония в самооценке нейтрализовали лояльное отношение Учителя к своей участвовавшей вспыльчивости, тем более, что его объяснения не выглядели самооправданием: *«Реагировать лучше. В себе все держать хуже»*.

Душевная боль нередко выражается в конфликтном поведении, ее трудно вынести. Это мифические герои могут обладать недюжинной силой. А если ты обычный человек?...

Необходимо иметь много сил, чтобы восстановить живую связь с реальной жизнью. Очень часто львиная доля их расходуется на поиск выхода из замкнутого круга бюрократических бумажек, которые оказываются препятствием не менее труднопреодолимым, чем бронированные двери тюрьмы или спецпсихбольницы. Очутившись в кольце хоро-вода формальных отписок, которые будто бы сговорились между собой, человек, как правило, сперва терпеливо и с надеждой дожидается, когда наступит прихотливый пере-рыв в этом вечном движении. Потом, хотя и гораздо реже, пытается справиться с ним — чтобы голова не пошла кругом. Приходится учиться доказывать очевидное, опровергать вымышленное, дополнять упущенное, устранять противоре-чия, искать затерявшееся, выделять главное, учитывать второстепенное и т.д., и т.п. В итоге под влиянием обстоя-тельств человек постепенно приобретает специализацию контролера и ревизора. Иногда, незаметно для себя само-го, он становится, можно сказать, своеобразной частной инстанцией по надзору (с тяжелым, въедливо-уличающим и вредным характером), которой трудно угодить.

Речь идет не о тех людях, которые легко присваивают мелкому недостатку ранг смертного греха, и не о тех, для чьего характера хождение по мукам (или продолжение их в виде хождения по инстанциям) является счастливой встре-чей с родной средой обитания. Речь идет о ситуационных акцентуациях характера и о ситуационной актуализации акцентуаций характера в обстоятельствах, провоцирующих возобновление неизжитых психологически травмирующих переживаний, происхождение которых связано с оскорби-тельной для достоинства человека формой непринятия его субъективно-значимых ценностей. В таких случаях уместно говорить о психологической травматизации вследствие на-вязанной человеку необходимости использовать заведомо стрессогенные для него способы восстановления утраченных живых связей с реальностью. По этой причине может слу-читься, что даже свершившееся чудо получения нужной бумаги с решающей подписью и солидной печатью еще не-скоро возвратит человеку прежнее ощущение этих живых связей с жизнью.

Любые связи, как известно, надо поддерживать. Связи с живой жизнью — участием в ней. Но вот человек по независящим от него причинам достаточно длительное время участвовал совсем в другой, не в живой, а в мертвой жизни, поглощавшей жар его души, пока он доказывал свою правоту. Связям с живой жизнью в это время не хватало эмоциональной отдачи, поэтому они постепенно увядали и чахли. Радость ощущений самой жизни подменила ее жесткая проза. Она могла удовлетворить лишь безграничными возможностями совершенствования таких психологических новообразований, как уличать и доказывать, которые постепенно вытеснили другие жизненно необходимые и важные навыки.

Однако самосовершенствование в направлении «уличать — доказывать» становится не самоцелью, а суррогатным заместителем витального (жизненно значимого) чувства социальной полноценности и социального принятия. Без этого чувства человеку трудно обрести уверенность в своих силах, т.е. ощутить твердую почву под ногами и сохранять равновесие. Так, например, произошло и с Учителем: процесс «уличать — доказывать» стал заменять ему забытую радость живой связи с реальной жизнью, за насильственное разрушение которой он продолжает отыгрываться.

Дополняя психологический портрет Учителя, следует отметить и другие особенности, также немаловажные для понимания логики его поведения (или логики его инакомыслия!), т.е. подчеркнуть некоторые психологические характеристики его познавательной (когнитивной) сферы, а конкретно — особенностей мышления, тем более, что речь шла о шизофреническом процессе, который, как известно, специфически руинирует мыслительную деятельность человека.

Учителя отличала, и отличает, восприимчивость к противоречиям действительности, т.е. понятийный уровень мышления, свидетельствующий о сложном когнитивном стиле. Вместе с тем ему также присуще и непосредственное отношение к источнику (или к объекту) этих противоречий, т.е. предпонятийный уровень мышления, свидетельствующий о невысокой степени когнитивной сложности. Особенно

сти эмоциональных основ его характера (восприимчивость, впечатлительность) способствовали тому, что именно непосредственное эмоциональное отношение служило исходной посылкой для умозаключений. Формально это соответствует логическим законам получения правильного вывода, соответственно которым он и поступал. Однако логическая посылка в виде непосредственного эмоционального отношения была слишком простой (как уже отмечалось, предпонятийной), чтобы умозаключение, а значит, и обусловленная им тактика действий, могли по своей сложности соответствовать явлениям действительности, имеющим сложноопосредствованную детерминацию. Кстати, именно такая же формально логическая правильность, которая, в свою очередь, не согласовывалась с психологической сложностью индивидуальности Учителя, определяла оценочный подход и отношение к его индивидуальному миру.

К проявлениям болезненного характера такие особенности познавательной сферы не имеют никакого отношения, т.к. человеку присуща различная когнитивная сложность в различных по содержанию областях мышления и деятельности. Например, высокая степень сложности в механике и низкая — в межличностном восприятии или оценке душевного состояния.

Способность замечать присущие действительности противоречия, особенно чутко реагировать на этические диссонансы во многом определяет психологические преддиспозиции поведения и мотивирует выбор принципиальной линии действий человека. Линия может быть прямой, очень прямой, бескомпромиссной...

Непосредственное проявление принципиальной позиции в сочетании с ироничным складом ума нередко делает высказывания острыми как бритва, и в оценочных суждениях (итог наблюдения и анализа происходящего) звучит горький сарказм. Они сами собой слагаются в фельетон, особенно если первая проба пера, пусть в курсовой стенгазете, уже состоялась и была принята благосклонно, а события и факты буквально требуют этого. Такой человек не работает в индустриальном жанре басен Эзопа, это не его стиль. Если к

тому же выбор стиля диктуется не только чистой любовью к искусству в себе, но и немножечко любовью к себе в искусстве, то определенная доля демонстративности приносит свой психологический колорит в бескомпромиссные и принципиальные слова и действия. Но природная восприимчивость к диссонансам (чувство справедливого равновесия) поровну распределяет сарказм и горькую иронию, т.е. острой критики хватает на всех: и на себя, и на других. Отсюда и слова: *«С моей амбициозностью, в принципе, я посадил себя сам, потому что на предварительных допросах издевался над следователем».*

Поддерживая настроение, задаваемое этой фразой, можно сказать, что она очень неплоха для начала автобиографического романа. У человека, которому она принадлежала, в запасе была не одна такая. Он называл себя эмпириоманом и полностью был прав, считая, что к шизофрении его образ жизни и мыслей не имел, и не имеет никакого отношения.

К шизофрении, параноидной форме, имела прямое отношение статья обвинения (187¹ УК УССР — «распространение заведомо ложных измышлений, порочащих советский государственный и общественный строй»), которая грозила ему лишением свободы на срок до трех лет или исправительными работами на срок до одного года, или штрафом до ста рублей. Понятно, что при выборе наказания для строптивого психиатрический диагноз имел явный перевес. Расчет был прост: после принудительного лечения (не имеющего точно определенного срока) в психиатрической больнице специального типа **Эмпириоману** почти наверняка будет не под силу осуществление инкриминированных ему действий (о сути обвинения он даже не был уведомлен). Чтобы расчет оправдался, нужна была усиленная подстраховка. Пока Эмпириоман «лечился», его жене заботливо советовали снова выйти замуж и очень настойчиво намекали, что она может забыть мужа, «честно» предупреждая, что он уже сумасшедший, перестал быть человеком и хуже скотины, а такой он ей не нужен. Жена поседела, пока ждала его, но знала, что он остался таким, каким был всегда, поняв это по его стихам, которые Эмпириоман сумел передать ей.

На следствии статью обвинения ему так и не предъявили.

Что предъявлять, если нечего предъявлять? Эмпириоману, практически юристу, было ясно, что состав преступления в его действиях отсутствовал.

После срочной службы в войсках связи специального назначения он учился в школе милиции. Кстати, был отличником, но, к большому сожалению приятелей-курсантов и многих преподавателей, с которыми в последующем подерживал добрые отношения, был отчислен за острый фелъетон. Продолжил образование в Иркутском университете на юридическом факультете, в шутку называя этот период своей жизни добровольной ссылкой. Уже в студенческие годы занимался адвокатской практикой. Обучение не закончил, ушел по собственному желанию из-за *«требований двойных этических стандартов, которые были неприемлемы внутренне»*. В общем, имевшихся у Эмпириомана профессиональных знаний было вполне достаточно, чтобы понять всю надуманность, нелепость, грубые натяжки и противоречия обвинительных доводов, которые он развенчивал в присущей ему острой манере, нелестной для следователя.

В этой ситуации особенности Эмириомана проявлялись не сами по себе: сказались и особенности самой ситуации, которые навязывали необходимость защищаться и оправдываться, лишая возможности быть полноценным и полноправным участником диалога. Это положение унижало.

45-летний Эмпириоман был сложившейся личностью, сделавшей жизненный выбор в пользу чувства внутренней свободы и сознательно отказавшейся от привилегий «статусной» псевдодипломатии. Эмпириоман стремился к лидерству, так как любил находиться в центре внимания. Вполне простительная человеческая слабость — он действительно мог быть лидером, ценящим и уважающим окружающих. Он был способен замечать и с юмором обыгрывать несуразицы и недостатки, улавливать пристрастное смещение этических акцентов и предвзятое искажение действительных фактов. Молчаливый компромисс был для него неприемлем, также, как и зависимая, безропотная позиция. Для психологической природы Эмпириомана естественным был активный и самостоятельный способ действий. Сознание унизости своего положения активизировало психологическую защиту.

Она провоцировала остроту полемики со следователем, принося мимолетное удовлетворение от перевеса собственных сил в словесной (не исключено, что и в интеллектуальной) баталии. Эмпириоман был прав: этого ему тоже не простили.

В ситуациях неординарных — таких, как следствие или, например, судебное экспертное исследование, — нередко проявляется феномен «подопытного кролика», т.е. поведение, с помощью которого человек стремится психологически защититься от неприятного ощущения себя букашкой, изучаемой под микроскопом. Такое защитное поведение отличается большим разнообразием (бравата и рисовка, пренебрежительность и фамильярность, угодливая лесть и заискивание, отчужденное молчание, негативизм, враждебность, растерянность, раболепие, сарказм, ирония, критика, насмешки и т.д., и т.п.), а его формы — психологической (диагностической) многозначностью. И страх, и растерянность, и волнение, и самоуверенная убежденность в формальном, «дежурном», характере происходящей процедуры (допроса, экспертизы) могут полностью совпадать по внешнему рисунку своих проявлений.

Точно определить психологическую подоплеку защитного поведения трудно. Для этого прежде всего необходима атмосфера, в которой человек (подследственный, подэкспертный) может чувствовать себя полноценным и полноправным, хотя по отношению к нему характер ситуации является оценочным (следственным или экспертным). Не менее важно также умение и желание оценивающего лица делать поправку на свои собственные особенности, способные провоцировать само защитное поведение. Со своей стороны, человек, попавший в следственную или судебно-экспертную ситуацию, обращает внимание и чутко реагирует на реакцию следователя или эксперта, учитывая ее в своей программе защитного поведения, в том числе и в его манипулятивных формах. Нередко, по своей чуткости и даже наблюдательности, оцениваемый человек не уступает оценивающим профессионалам — эти качества могут развиваться благодаря его опыту взаимодействия с людьми и природным данным. Тренированные восприимчивость и наблюдательность обостряются в «проверочных» ситуациях

и, уловив слабые стороны оценивающих профессионалов, оцениваемое лицо может воспользоваться ими. Кроме того, оцениваемый человек может просто превосходить оценивающего по своей психологической сложности. В таких случаях возникает опасная ситуация-поединок, которая нередко приводит к сознательному или невольному наказанию за проявление недозволенной дерзости на территории, где прав тот, у кого больше прав.

Аправ у Эмпириомана не было. Кроме того, что на следствии статья обвинения не предъявлялась, а его деятельности приписывали антисоветскую мотивацию (болезненный характер которой потом настойчиво и насильно заставляли признать в психиатрической больнице), его лишили возможности защитить себя в суде, на который он надеялся после ареста. Написав прошение, составив список свидетелей, которые должны были присутствовать на процессе, он ждал. Но суда не было...

Ситуация-поединок с уже понятными для Эмпириомана последствиями существовала и на психиатрической территории. К этому времени, т.е. в 1982 г., он трудился на шахте. После принципиального ухода из Иркутского университета пытался дважды поступить в МГУ на факультет журналистики, однако попытки успехом не увенчались. Пошел работать на шахту, вскоре стал профсоюзным лидером, проб пера не оставил, писал стихи («*Не к топору я Русь зову, зову ее я к микрофону*»), был знаком с Е. Евтушенко; всегда, как говорится, по долгу службы, находился в курсе общественных событий, деятельно пребывая в потоках сообщаемой информации и активно внимая ее свежим, но запрещенным источникам, которые «порочили советский государственный строй». Учитывая статью обвинения, о которой Эмпириоман официально уведомлен не был, у него спросили, почему он делает подкопы. Прекрасно понимая подтекст вопроса (подрыв устоев коммунистического общества), он ответил, что работая кайлом и лопатой, действительно делает подкопы. «Недопустимая дерзость» ответа вызвала у врача бурное возмущение, потом последовали угрозы, правда, с незначительным изменением: вместо «я тебя посажу» теперь говорилось «я тебе покажу», т.е. сделаю сумасшедшим.

Непосредственным доказательством психической болезни был признан писавшийся Эмпириоманом роман, который изъяли у него в квартире во время обыска — вместо найденного запрещенного «самиздата». Роман показался странным, а странность оказалась удачным поводом для направления на психиатрическую экспертизу. Герой романа был философ, который развивал теорию витализма как основы социальной справедливости. К сожалению, ознакомиться с образцом литературного творчества, которое вновь стало роковым для его автора (ведь из школы милиции он был отчислен за фельетон «Школа Держиморд»), не удалось: текст не сохранился. Поэтому возможность судить о патологичности (или непатологичности) романа отсутствует.

Однако можно сказать, что Эмпириоман в то время активно интересовался философией. Причем не только потому, что стал ощущать пробелы в образовании, но и потому, что середина жизни, к которой он приблизился, естественно обращает думающих людей к философским вопросам существования. Еще следует отметить и то, что стилистика ортодоксальных философских текстов, которой, по замыслу романиста, должны были отличаться размышления его героя, философа, могла не даваться автору. По духу и уровню мастерства ему все же был ближе жанр фельетона и стиль публициста, которые, при свойственном ему репродуктивном воображении, позволяли избегать призаков вторичности в создаваемом произведении.

На сыром, то есть предварительном варианте пробы пера в новом жанре (который, скорее всего, был проблемным по части литературного уровня и имел, по словам самого автора, изобилие «*символов художественного обобщения*») легко было поставить штамп «бред сумасшедшего».

К тому же существовал еще один «бред». Наружное наблюдение, установленное за Эмпириоманом до ареста, он сумел заметить благодаря знанию «профессиональной кухни» и говорил об этом. Но если наблюдают — значит следят, а следят — значит преследуют, а если преследуют — значит бред, бред преследования, раз уж было уготовано «универсальное» наказание психиатрическим диагнозом. Так и «заболел» Эмпириоман шизофренией в ее, согласно офици-

альной записи в медицинской документации, параноидном варианте.

Ситуация-поединок продолжалась. Теперь — на территории психиатрической больницы тюремного типа. «Вас трудно выписать» (то есть — освободить), — говорили ему, когда он сопротивлялся *«превращению в безвольное животное»*. Он улыбался, когда ему угрожали, и молчал, когда растормаживали, выбивая медикаментозным насилием, доводящим до беспомощного состояния, признание болезненного характера его мыслей, и добиваясь критического отношения к ним, то есть отречения от убеждений.

Клин выбивают клином. Инъекционные шoki гасились шоком недоумения, который не блокировал, а активизировал работу сознания. Эмпириоман продолжал считать происходящее страшной, кошмарной нелепостью, так как не мыслил своей жизни вне ленинских установок борьбы за справедливость, которые, крепко усвоив, считал своими руководящими принципами, и выбирал те сферы деятельности (правопорядок, правосудие, профсоюзы), где мог бы их реально воплощать (*«Я был больше ленинцем, чем они»*). Он не считал себя диссидентом, ему трудно было представить, что его заподозрили в опасной антигосударственной деятельности, и *«если уж на то пошло, посадить должны были не в 1982-м, а в 1974 году, когда подписал письмо Е. Евтушенко в защиту А. Солженицына»*.

Эмпириоман не был пассивно-подчиняемым человеком. Он продолжал думать. И это тоже был поединок. Думал — и уже не торопился высказываться: обстановка, которую он учитывал, не располагала к этому. Не располагала настолько сильно, что его ситуационно обусловленную немногословность, скованность и настороженность во время планового психиатрического освидетельствования, обязательного для всех в его положении, расценивали как болезненные эмоциональные изменения вследствие заболевания шизофренией. Эффектом исправительного лечения, очевидно, были удовлетворены: Эмпириоман вернулся домой полуинвалидом. Но — не духа! Он был способен продолжать поединок. Пока что — навязанный ему поединок с самим собой.

Яд характера (*«Я от скромности не умру»*) оказался

спасительным противоядием («*Не люблю, чтоб меня жалели, люблю, чтоб мне завидовали*»). Он спас от страха жить физически немощным, от чувства беспомощности и стер клеймо прокаженного, задевшее всю семью. Люди отворачивались от его близких. От сына ушла невеста. Жена и дочь не переставали плакать. Около трех лет воинствующий дух Эмпириомана вел поединок со слабостью своей разрушенной плоти и разъедающими душу сомнениями.

Гордый дух победил! Постепенно страх и стыд из-за собственной слабости отступили. Тяжкий труд избавления от них на чужие плечи не взваливался: Эмпириоман никогда не был и не стал психологическим иждивенцем. «*Я еще легко отделался, — сумел не повеситься от безысходности, а многие оценили свою никчемность и... ушли сами*». Получив «*психушно-арестантские деньги, когда был полностью реабилитирован и снят с психиатрического учета как социально-опасный элемент*», вернулся на шахту. Стремление лидировать ему не изменило. С присущей ему настойчивостью по-прежнему стремится находить в конкретном опыте реальных дел («*Даже в депутаты выдвигали*») ответы на вопросы, которые все же ближе теории, чем, к сожалению, практике справедливости («*Как же это можно — издеваться над теми, кто «помешан» на добре?»*», «*Почему же существует государственная система действий, которая приносит вред?»*»). Практический опыт — его стихия, его образ жизни, поэтому он и называет себя Эмпириоманом, стремясь разгадать, как он говорит, «*нескончаемый поток противоречий настоящего времени*», защищаясь от них и преодолевая их с помощью иронии и самоиронии, не забывая прошлого и стараясь смотреть в будущее.

Прошлое было жестоким. Первозданный хаос по сравнению с ним был бы, наверно, порядком высшего разума...

Голос с настойчиво-непреклонными интонациями заставил вернуться из этого кошмара в настоящее: «*Девочки, а давайте-ка, я вас покормлю*». Девочки, психолого-психиатрический тандем, достигший почти столетнего суммарного возраста, послушно последовали на кухню. **Хозяйка**

в шуточной форме, но все же строго, предупредила, что ждать не любит. Между тем терпенья ей было не занимать, еще и одолжить могла.

Семь нескончаемо долгих лет, с 1980 по 1987 год, Хозяйка отбывала наказание (иначе не скажешь) в виде принудительного лечения в психиатрической больнице специального (тюремного) типа, обвиняясь по ст. 62 УК УССР в антисоветской агитации и пропаганде, будучи признанной невменяемой вследствие психического заболевания шизофренией с, как гласил диагноз, изменениями эмоционально-волевой сферы. Был еще один диагноз: «психопатическая личность со сверхценными идеями». Были и заверения в том, что психически она совершенно здорова. И все это — в один и тот же период, сразу после ареста. Хозяйке тогда был 51 год. *«Все было похоже на опасную игру, — не знала, что и думать, угнетало полное неведение, полная безнадежность. Но, знаете, как ни странно, это рождало у меня сопротивление».*

Для характера Хозяйки нарождающееся сопротивление было вовсе не странным, Странным, и даже очень, оно было для шизофрении и ее специфических, эмоциональных изменений.

Характер же Хозяйки заявил о себе с детства. Она дружила в основном с мальчишками, которые ее слушались, так как во всяческих детских спорах и перипетиях *«отстаивала слабых, могла защитить и себя, и других».* Много читала и знала. Была, по ее словам, *«заводилой с авторитетом».* В школьные годы стала пионервожатой, *«одной из первых на Западной Украине»*, что в то время было неординарным для этого региона. Воспитание получила, можно сказать, академически строгое: дисциплинированность, аккуратность, щепетильно-точное соблюдение этикета в поведении и общении с людьми, с учетом возрастной и статусной субординации. Училась во Львовском педагогическом институте, получила специальность преподавателя иностранных языков средней школы. На чужое мнение никогда не полагалась, во всем стремилась разобраться сама, чтобы *«иметь точное, а не приблизительное представление».* В итоге поняла, что *«принимать все на веру нельзя».* Вывод не замедлил под-

твердиться на практике.

Время окончания института, 1951 г., совпало с периодом массового переселения с земель Западной Украины, принадлежавших ранее Польше. В результате насильственно осуществляемой национальной политики пострадали ее многие знакомые, были репрессированы близкие родственники — брат, сестра, дядя, а сама Хозяйка, также вынужденно покинув родные места, стала учительствовать в маленьком селе под Одессой.

Специфика некоторых профессий, к числу которых относится профессия учителя, требует определенных стандартов поведения и пунктуального следования конвенциональным нормам. Характеру Хозяйки это не противоречило. Активность, твердость, принципиальность, требовательность (даже в мелочах), дисциплина, порядок правил и правила порядка, самостоятельность и независимость суждений... Ближайшее окружение не удовлетворяло критичный ум Хозяйки. Здесь не знали, и не могли знать книг, которые она читала, живя на Западной Украине. Хозяйка активно стала искать единомышленников, надеясь найти их в Одессе, куда удалось переехать по переводу. По этой причине возникла размолвка с мужем. Присущие Хозяйке категоричность и прямолинейность оказались плохими советчиками, так как для решения проблемы смогли предъявить лишь ультиматум, который не был принят.

В начале 70-х годов Хозяйка приезжает в Одессу, где, по ее словам, взгляды окончательно сформировались. Она знакомится с шестидесятниками, редактирует «Хронику текущих событий», принимает деятельное участие в работе Украинской Хельсинской группы, т.е., по ее словам, занимается диссидентской деятельностью.

А в это время характер Хозяйки находился в «неблагоприятной» динамике развития. В 1977 г. ее обвиняют по ст. 107, ч. 2 УК УССР (нанесение множественных ударов) в связи с письменными заявлениями родителей учеников, о том, что она на протяжении длительного периода избивает их детей. Из школы пришлось уйти, стала работать в железнодорожном депо. В 1979 г. последовало новое обвинение (статьи 125, 126 УК УССР: клевета и оскорбления, унижающие

честь и достоинство личности), получила один год условно. Жалобы, протесты, попытки объективно разобраться... В прокуратуре ей подсказали «не усердствовать, т.к. все имеет политическую подоплеку». Независимый характер Хозяйки эту информацию, как говорится, не утилизировал. В 1980 г. камуфляж прежних статей обвинения был снят. Хозяйку, что называется, без маскировки привлекли «по политической», потому что по-своему, но предупреждали. Почти как в школьной считалке: «Первый раз прощается, второй раз запрещается, а на третий раз не пропустим вас».

А что же характер? Как справился он с психиатрическими испытаниями на политическую тему? Благодаря ему Хозяйке удалось наладить взаимоотношения с персоналом. Это помогло уменьшить губительное влияние инъекций аминазина. Никак не изменились привычки: чистота и педантичная аккуратность, во что бы то ни стало. Каким бы ни было настроение и насколько позволяли скудные возможности (и их отсутствие) условий. Правда, характеру пришлось все же ожесточиться: *«Вы представляете,— ведь я научилась использовать мат,но это было необходимо,для защиты,ведь уголовники обижали действительно больных и слабых»*. Связь с живым миром устанавливалась... через синицу за окном. Она свидетельствовала, что жизнь продолжается. Огромную радость приносила случайно попавшая в руки незатейливая цветная картинка или открытка. Клочок бумаги, огрызок карандаша — непозволительная, тайная роскошь. Ничего личного, ничего своего, кроме собственного внутреннего мира, в котором боль и отчаяние давно теснили друг друга.

В период «лечения» характеру Хозяйки стали инкриминировать излишнюю эгоцентричность. Наверно, за то, что он продолжал поддерживать принципиальную позицию Хозяйки, от которой она не отступала ни на шаг, защищая свои убеждения. Ей неоднократно предлагали подписать текст так называемого раскаяния-отречения. Это часто практиковалось в подобных случаях. Свой отказ Хозяйка мотивировала отсутствием здоровой логики в таких предложениях, т.к. *«неменяемые шизофреники никак их*

раскаяний не подписывают». Поведение характера было явно неудовлетворительным, несмотря на обоснованность аргументов. Скорее всего, поэтому «лечение» длилось ровно столько, сколько срок, предусматриваемый статьей обвинения, т.е. ровно семь лет. Правда, без ссылки, но зато с практически полной невозможностью разговаривать в течение еще двух лет, т.к. аминазин сделал свое дело: *«Была как немая, распух язык, спазм мышц, обездвиженность»*.

Нельзя говорить, но можно думать. А потом и действовать. *«Я снова на баррикадах»*, — заявляет Хозяйка и тут же подробно и скрупулезно начинает перечислять, будто сыпать из рога изобилия, конкретные факты и детали. Возразить трудно. Источник хаоса больших и малых бед не одной ей кажется неиссякаемым, также, как и неиссякаемо стремление Хозяйки установить *«порядок всех вещей»* в этом мире.

Критические суждения Хозяйки порой утрированы. В них смещаются смысловые акценты — однако не больше, чем у обычных людей, когда они, например, делают вывод, что все мужчины эгоисты, а женщины всегда изменяют. Аффективное смещение смысловых акцентов приводит к гиперобобщениям. Эмоциональная, психологически понятная логическая ошибка ведет к чисто логической ошибке в действиях. На эту тему мы с Хозяйкой поспорили, и поспорили продуктивно.

В самом начале встречи наш, на Хозяинский взгляд слишком русскоязычный, психолого-психиатрический тандем вызвал у нее недоверие: *«Действия русских украинскому менталитету не подходят. Учитывая, что в гипердиагностике психиатрических заболеваний и политических репрессиях диссидентов принимали участие русские психиатры и судебный аппарат, современная диагностика должна быть украинской»*. Однако Хозяйка согласилась с нашим аргументом, что предвзятость не может быть основой цивилизованного взаимодействия между людьми. Предвзятость свидетельствует об устаревшем стереотипе отношений, в том числе и национальных, не украшая свойственной ему враждебностью любого человека любой национальности. В свете этого объективный пересмотр вопросов, связанных с политически обусловленным

психиатрическим диагнозом, становится принципиально важным. Хозяйка кратко заметила: *«Да, в вашей инициативе есть польза»*.

Интересно, согласилась ли бы Хозяйка с тем, что язычество — религия украинцев, т.к. в большей степени, чем другие религии, соответствует украинскому менталитету? Жаль, что не могли спросить об этом, поскольку к моменту встречи с Хозяйкой еще не успели побеседовать с диссидентом от «украинского национализма», которому принадлежит это мнение. Хотя вряд ли бы она с ним согласилась. Когда эмоциональные логические ошибки «уходят» и смысловые акценты восстанавливаются, неконструктивная архаика мнений, отношений и взглядов перестает притягивать человека.

На кухне за чаем мы уже просто-напросто болтали по-женски. *«Девочки, а как вам мой имидж?»*, — спрашивала Хозяйка. Аккуратная, подтянутая, она выглядела строго элегантно. *«Не очень ярко?.. Я специально выбираю поярче, еще там мечтала, ведь все было таким тусклым, унылым и серым, вспоминать не хочется...»*

В пору апогея понятного общественного интереса к диссидентскому аспекту политических злоупотреблений психиатрическим диагнозом часто возникал вопрос о специфических особенностях, характерных для всех пострадавших инакомыслящих. Вопрос, честно сказать, несколько раздражал. Во-первых, ответ содержался в нем самом: все они пострадали, так как мыслили иначе, что в то время означало: политически неправильно, значит — преступно и болезненно до степени невменяемости. А во-вторых, каждый из них (как и любой другой человек, здоров он или болен психически) по-своему очень особенный. Кроме того, говорить об этих людях в общем — значит обезличивать их, значит оставить их под репрессивным общим знаменателем, где человек «ничто и звать никак». Ничто человеческое не было им чуждо. И даже в единстве своего диссидентского инакомыслия они отличались друг от друга, они спорили, соглашались и не соглашались друг с другом. Тому были разные причины.

Один из спорщиков, **Изобретатель**, впервые попал в психиатрическую больницу в 1975 г. Ему было 28 лет, он разводился с женой. В конфликтной ситуации у него возникла уверенность в том, что его хотят посадить в тюрьму, чтобы выписать из квартиры. Диагноз помнит: «болезнь Блейера» (шизофрения). Потом он учился на вечернем факультете Ленинградского института авиационного приборостроения, имеет, по его словам, патент на одно изобретение. В 1980 г., когда писал диплом, заодно стал писать письма городскому прокурору. Из психиатрической больницы, в которой лечился два месяца, был выписан с диагнозом «астеническое состояние».

О чем и почему писались письма прокурору? На этот вопрос Изобретатель не ответил. Но, очевидно, вследствие присущих ему закономерностей ассоциативного процесса, которые он называл *«инерцией мозга»*, оттолкнувшись от произнесенного им слова *«астения»*, вспомнил про *«аустенит, важный материал для металлургии и дляковки железа»*.

Арестовали Изобретателя в 1980 г. за распространение листовок антисоветского содержания (*«и тогда считал, и сейчас считаю, что листовки были научные, без подрыва власти»*). Через шесть лет и девять дней его выписали из Днепропетровской психиатрической больницы специального типа. Числа и цифры Изобретатель помнит хорошо, т.к. видит в них *«магию смысла»*, которая для нас осталась тайной, покрытой мраком болезненного инакомыслия.

Трудно было постичь, несмотря на старательные объяснения, как с помощью его магии можно по собственному желанию менять погоду. Изобретатель утверждал, что ему это удастся, хотя и не настаивал, так как целенаправленность мышления постоянно изменяла ему. Он рассуждал о полетах на летающих тарелках, которые *«возможны при условии, если на время полета плоть отделить от души»*, а также был недоволен, что *«о звездах, которые находятся на небе, пишут, что они горят во лбу у женщин, которых можно брать в жены»*. Особенности ассоциаций Изобретателя отражали закономерности болезненного процесса: утрата целенаправленности, соскальзывание, разноплановость и

разорванность мышления.

О жизни Изобретатель думал *«как Ницше, — что это кость в горле»*, вскользь упоминая, что *«у брата на пачку сигарет не выпросишь и не заработаешь»*. Он жаловался, что спор о диалектике его оппонент переводит на разговор о Библии, которую он, Изобретатель, не читал, и сказал, что никуда не ходит, так как его никто не понимает: *«Вот только с вами пообщался»*.

Оппонентом Изобретателя был **Второй Спорщик**, который очень отличался от него. Он думал иначе. Он считал, что *«существует всеобщая телепатическая связь, т.к. человек — совокупность общественных отношений»*, поэтому обвинение по ст. 62 УК УССР, которое ему предъявили в 1981 г. за распространение информации антисоветского толка, для него *«всего лишь длинная история, связанная с психиатрией»*.

После ряда случаев, когда сбывались его желания, а он для этого *«мысленно обращался к любому богу»*, Второй Спорщик дал себе слово *«искать с ним контакты и обратился к книгам»*. Почувствовал, что *«сознание изменилось с появлением отцовских чувств»*, когда в 1975 г. у него родился сын. Как-то сын заболел, и Второй Спорщик сильно разволновался и *«стал молить бога взять взамен жизни ребенка»* его жизнь. Увидев *«неправдоподобно взрослый взгляд младенца, успокоился, понял, что это судьба человеческой жизни вообще, а не единственной жизни»*. Однако тревога о том, как жить сыну в этом мире, не покидала Второго Спорщика. Однажды ночью он *«проснулся с мыслями о социалистическом обществе, в котором царит обман»*. Почувствовал *«какой-то груз и желание или рассказать, или написать об этом»*. Решил обратиться в КГБ, чтобы *«зафиксировали открытие, что социализма нет»*. Там выслушали и никак не отреагировали. Пошел в партбюро — тот же результат. Тогда он понял, что *«люди не понимают, когда им говорят новое»*. Во имя спасения социализма, библейских заветов и просвещающих знаний Второй Спорщик стал действовать...

В период трехлетнего пребывания в Днепропетровской

спецпсихбольнице Второй Спорщик сделал много наблюдений. Сначала *«готов был поверить в свою болезнь, но увидел, что он не один»*. К тому времени, в свои 29 лет, он *«уже нащупал телепатию»* и понял, что *«человек — орудие труда природы»*. Добавились новые откровения: *«Психически больные это люди, пришедшие с поля боя духа. Они тоже воюют за власть, но духовно, ведь Христос сказал, что у каждого есть сердце, и там живет безумие»*.

Вопросы мироздания и его совершенства прочно занимали в сознании Второго Спорщика лидирующее положение. Тяготы настоящей жизни (отсутствие средств к существованию, которое поддерживалось им за счет родителей, стариков-пенсионеров) он просто констатировал, поскольку *«о приближении этих времен свидетельствовал, из-за чего теперь известен как жертва репрессий»*. Он был действительно болезненно отрешен от конкретики бытия и полностью поглощен превращением прозы жизни в одном ему понятную абстрактно-поэтическую схему совершенного социального устройства, которая достигала в его умопостроениях уровня филигранного изящества.

У Второго Спорщика была своя диалектика — *«постижение собственной противоположности: «Я» и «не Я», «Я» мертвого и «Я» живого»*. К. Маркс и Ф. Энгельс были для него пророками, *«о чем написано в Библии, только этого никто не знает»*. Конечно, он не мог согласиться с Изобретателем, для которого *«библейские пророки — инженеры с гиперболами Гарина»*.

Болезнь делала «социальную опасность» Спорщиков бесильной, а их самих — беспомощными, незащищенными и зависимыми от чужой воли, доброй и злой.

Велико своеволие болезни... В ее силах заточить человека в клетку искаженных представлений о действительности.

Из этих представлений не составить объективной картины его прошлой жизни, когда он мог называть себя **Соколом** и думать иначе: не под диктовку болезни, которая сводила на нет его несогласие с политическим режимом. Болезнь прервала свободный полет, спрятав нашего героя за глу-

хой стеной враждебной параноидной настроенности. Наша встреча не состоялась. Телефонные и письменные попытки установить контакт не пробились сквозь преграду болезни... Психиатрический диагноз был вне поля политических злоупотреблений.

Болезнь выбирает «цель на поражение» без учета политических ориентаций человека. Поэтому нет ничего удивительного в том, что среди диссидентов могли быть действительно психически больные люди.

Наш собеседник, человек объективный, подтвердил этот факт. Он сам не избежал политико-психиатрического произвола и наказания *«судом узаконенного беззакония»*, но *«никогда не кривил душой, не привык этого делать»*, его *«воспитывала совесть»*.

В 1944 г., в 15 лет, **Собеседник** ушел на фронт, где его *«испытывали четыре рода войск, пехота, танки, артиллерия и авиация»*. После демобилизации преподавал в школе физическую и экономическую географию, увлекался туризмом (*«дальние страны и путешествия интересовали с детства»*). Свой предмет любил. Сугубо профессиональная подготовка, в частности вопросы экономики слаборазвитых стран, само собой подразумевала изучение так называемой обязательной учебной литературы, в список которой входили работы В.И. Ленина «Декрет о мире», «Декрет о земле» и т.д. Склонность Собеседника к беспристрастному анализу и сравнению фактов вызвала у него и познавательный интерес к политическим, смежным с проблемами экономической политики и географии, вопросам. Это утвержденными учебными программами, конечно же, не предусматривалось, особенно по части самостоятельности взглядов на вопросы, которые надлежало изучать в духе незыблемых классических идей и учений. Особо «бдительные» персоны, работавшие с Собеседником, не дремали. Его личностью заинтересовались.

С работой у Собеседника перестало ладиться. Его то увольняли, то, не без жалоб с его стороны на имя Л.И. Брежнева и следовавших за ними бесчисленных комиссий, восстанавливали, то снова увольняли. По словам Собесед-

ника, его «разочарование в родной системе быстро росло, стал мечтать о переходе за границу с семьей» (позднее именно в такой интерпретации Собеседнику представляют его увлечение туризмом). Накануне празднования 100-летия со дня рождения В.И. Ленина Собеседника «поймали и заподозрили в поджоге, когда хотел водрузить на здании обкома партии флаг с траурной каймой». В день юбилея, 22 апреля 1970 г., Собеседника «поздравили», предъявив обвинение по следующим статьям УК УССР: ст. 62 (антисоветская агитация и пропаганда); ст. 56 (измена Родине, бегство за границу); ст. 75 (незаконный выезд за границу); ст. 89 (умышленное уничтожение или повреждение государственного и общественного имущества); ст. 222 (незаконное хранение оружия). Один из трех следователей КГБ, которые вели дело Собеседника, заметил, что его действия вызывают подозрения насчет психической болезни, так как он замахнулся на гения. Сначала Собеседник этим словам не придал никакого значения, а потом...

Потом ему откровенно предложили компромисс. Статьи, мол, очень серьезные, сами понимаете. Спишем все на болезнь, побудете некоторое время в больнице — и все. Собеседник не согласился. Ему не приходилось жаловаться не то что на болезнь, а даже на какое-нибудь пустяшное недомогание, он «был из семьи неболяющих долгожителей». Волк в овечьей шкуре, лицемер под маской доброжелателя, воспользовался страхом матери Собеседника («статьи ведь у вашего сына «расстрельные», а так скидка будет»), и она, спасая сына, сказала «да». Болел, в детстве были сильные головные боли. Таким образом, появились «объективные» данные, которые позволили более уверенно подвергнуть сомнению психическую полноценность Собеседника.

Дальше появились два психиатрических диагноза. Один, как ему говорили назидательно, «длинный», а второй — всего «в одно слово». «Длинный» — патологическое, существенно паранойяльное развитие личности, второй, «в одно слово», — шизофрения. Срок пребывания на «лечении» (Днепропетровская, Казанская и снова Днепропетровская психиатрические больницы тюремного типа) — тринадцать лет. «Гуманная», на два года меньше (!), замена максимального, пятнадцатилетнего, срока наказания, который

предусматривался статьями обвинения, предъявленного Собеседнику.

Чтобы не терять времени («ни вам, ни мне»), Собеседник подготовился к нашей встрече, составив перечень фактов, которые, по его мнению, могли представлять интерес. В семи пунктах значились: дата ареста и статьи обвинения; состав комиссии врачей-психиатров ВНИИ им. проф. В.П. Сербского, в котором проводилась судебно-психиатрическая экспертиза (Г.В. Морозов, Д.Р. Лунц, Я.Л. Ландау); обстоятельства суда («Одесский областной суд. В суде не было ни одного моего свидетеля. Адвокат был назначен КГБ. В суде не был. Свиданий с женой не давали. Моего дела в суде нет, якобы приобщено к другому делу, с материалами дела не знаком»); Днепропетровская спецпсихбольница (имена врачей, пациентов-узников, условия — «антисанитария, вшивость»); Казанская спецбольница (имена врачей, имена узников, условия — гомосексуализм, молчаливое одобрение медперсоналом насилия над больными и политическими); лечение (инсулин, сульфазин, аминазин, барбитал); «поездки к академику Сахарову. Развал семьи. Нищета».

За предельным лаконизмом рукописного маленького плана-конспекта, размером в стандартный лист бумаги, прятался *«шок от собственного бессилия. Тогда хотелось кричать, рвать, убивать от сознания того, что ничего не можешь изменить, ничего не можешь сделать, и неловко, стыдно за свою беспомощность, когда пена изо рта от лекарств и сидишь сам не свой»*. «Вылечили» с осложнениями: *«Отеки ног, скованность, да это вам все понятно»*.

Понятно. Понятно также, что и «длинный», и «в одно слово» психиатрические диагнозы не выдержали испытания временем, как выдержал его Собеседник. Искусственно созданные, оба они не выдерживали мягкого, но критического и внимательного взгляда Собеседника. Против их лживости свидетельствовали: живые интеллектуальные и эмоциональные реакции, которые сопутствовали нашей беседе; последовательные и обдуманые суждения; печальная мудрость юмора и общительность, жизненная энергия и аппетит ума, познающего неизвестное со стремлением к целесообразной активности.

В последнее время Собеседник был очень занят, так как работы в Днепропетровском отделении Украинского общества политически репрессированных было предостаточно. Усмотрев в нашем исследовании важную сверхзадачу (*«гарантия защиты от рецидивов психиатрических репрессий в будущем»*), он, отложив дела, приехал в Киев.

Изменилось время, ушла и притупилась острота темы диссидентства, появились новые политические и социальные проблемы. Вокруг них оживилась активность, закипели страсти... Они как магнит стали притягивать энергию специалистов по информационно-разоблачительным акциям, у которых *«всегда было что рассказать»* и находилось (не всегда неоправданное) желание быть *ценным респондентом*.

Один из таких людей встретился с нами в Украинско-Американском бюро защиты прав человека, чтобы, по его словам, *«отдать дань жертвам политических психиатрических репрессий»*, к которым причислял и себя. Правда, в беседе с ним выяснилось, что он *«не отбывал наказание за свое политическое инакомыслие как узник совести»*, но имел *«несколько предупреждений от КГБ»* (статьи 187¹ (распространение заведомо ложных сведений, порочащих советский государственный строй), 187³ (организация или активное участие в групповых действиях, нарушающих общественный порядок) УК УССР).

По словам **Респондента**, эти предупреждения заключались в том, что его часто обследовали психиатры, меняя ему диагнозы. Психиатрическая биография Респондента действительно была диагностически богатой (и ранней). Она началась в 1961 г., когда ему было 16 лет. Респондент связывает это с посещением французского посольства, в которое пришел с письмом матери по вопросу возможности разыскать ее сестру. С ним побеседовали, расспросили и *«предложили обследоваться»*. Почему? Респондент, со свойственной ему обтекаемостью, ушел от нашего вопроса, не ответил.

Вместе с тем он обладал выраженной склонностью к детализации и скрупулезному уточнению деталей. Правда,

эта особенность проявлялась очень избирательно. В основном тогда, когда акцентировал внимание на *«пунктах и параграфах правил»*, которые *«везде и сплошь нарушались»*. Однако все же возвращался, но гораздо позже, к вопросам, от которых сначала старался уходить, и отвечал на них уже несколько подготовившись, предлагая свою версию, согласно которой объективных оснований, чтобы признать его психически больным, никогда не было.

Между тем, психиатрически-диагностическая палитра Респондента была весьма разнообразной. 1961 г. — «шизофрения, простая форма». 1962 г. — «психопатоподобное поведение на фоне органического поражения центральной нервной системы». 1964 г. — «шизофрения». 1979 г. — диагнозы сняты (*«добивался этого, уже надоело, сами вызвали и сняли»*). 1980 г. — «реактивный паранойд, сутяжные тенденции». 1987 г. — «шизофрения, вялотекущее течение». 1988 г. — инвалид 2-й группы по психическому заболеванию. 1989 г. — *«отказался от инвалидности, т.к. уволили с работы»*.

Безудержная жизненная активность и индивидуально-психологические особенности Респондента были не менее разнообразны. Их сложно структурировать, они представляют собой быстро меняющийся яркий многоцветный узор хаотичной мозаики.

Некоторое представление о логике поведения и личностных проявлениях Респондента можно составить по его высказываниям. Они как будто в экстрагированном виде репрезентируют специфику присущих ему особенностей. Респондент, например, говорил, что *«религиозная литература развивает стиль мышления»* и в подтверждение представил соответствующий образец. Это была его *«новая жалоба на жалобу по жалобе»*. Он сожалел, что у жены и детей, которые всегда поддерживали его, *«действовать сознательно, в моем духе, не получилось»*. Респондент считал, что *«людям надо тиражировать свое мужество»*, как делал это он, когда *«объявлял голодовки в знак протеста подавления прав человека»*. Он был уверен, что *«доказал свою лояльность к государству честной работой»* и нашел в памяти, которая фиксировала все мелочи, представляющий для него немаловажное значение факт: к нему *«из КГБ*

обращались за помощью, потому что к простым людям они не обращались»...

В настоящее время Респондент был «снова в русле», надеясь «помочь людям осознать ошибки» и «работая в духе идей единства» в одной американской религиозной общине, куда его пригласили. Он также всегда «был в курсе всех событий», насыщая информацией свои широкие коммуникативные связи.

Информационная цепочка Респондента приводила к встречам и со случайными людьми. Правда, говорить так вряд ли справедливо. Ни один человек не может быть «случайным», тем более если приходит со своей обидой.

Обиженный человек давно был не согласен с психиатрическим диагнозом, а так как в больнице, где он лечился, его «называли политическим заключенным», он посчитал себя «жертвой политических психиатрических репрессий».

В психиатрическую больницу Обиженный попал в период конфликтной ситуации на работе, считая, что окружающие предвзято и враждебно к нему относятся, на политзанятиях, которых он «не выдерживал», придираются к его словам и посыпают его шапку ядом, из-за чего у него на лице стали появляться волдыри. На собрание, где разбирали его «склочное поведение и заявление соседей, что алкоголик», он отреагировал серией жалоб на имя Л.И. Брежнева и написал статью в газету. В больнице, по его словам, ему говорили, что «никакой Брежнев его не сможет освободить». По психическому заболеванию был признан инвалидом 3-й группы и с соответствующей записью в трудовой книжке уволен с работы.

С тех пор, то есть с 1980 года, Обиженный «вынужден добиваться справедливости». Он обращался в Ассоциацию психиатров Украины, но «с учета не сняли», «после этого два раза писал президенту». Цель своего прихода в Украинско-Американское бюро защиты прав человека Обиженный сформулировал четко: «Снять с психиатрического учета, восстановить стаж работы». Так же четко (и, что по-прежнему было ему свойственно, «не выдерживая»,

т.е. теряя самообладание, а попросту говоря, проявляя брутальную несдержанность в словах и возбуждаясь) он предупредил, что пойдет в суд, если *«не напишете, что я здоров и никогда не болел»*.

Конечно, удовлетворить требование Обиженного мы не могли, но расстались мирно. Правда, не без чувства вины. Ведь реально мы ничем не могли ему помочь. Мы так же, как и он, были бессильны (или пока бессильны) что-либо изменить в несовершенной системе медико-социальной и психореабилитационной помощи больным, которые остро нуждаются в защите от собственной болезни и многих других факторов, провоцирующих усиление ее дезадаптивных проявлений.

Совладать с окружающим непросто и здоровому человеку. Конфликтная среда, например, часто заставляет быть конфликтным. Однако существуют люди, относительно которых можно говорить, что внешние условия, зачастую провоцирующие конфликтное поведение, именно в их конфликтных ситуациях оказываются лишь сопутствующими социальными детерминантами. Такие люди, как правило, обладают конфликтной личностной структурой. Она настолько автономна, что сама по себе является объяснением конфликтного поведения. Никаким условиям не угнаться за привередливыми требованиями такой личностной структуры, и как бы они ни менялись в лучшую сторону, повод для конфликта конфликтная личность всегда отыщет. Пожалуй, мало найдется условий, способных угодить такому «социопатическому» человеку. Существуют также люди, избирательные в своем конфликтном поведении. Это объясняется их повышенной психологической уязвимостью в особо значимых для них личностных зонах, которые, можно сказать, охраняются устойчивыми внутренними конфликтными образованиями — чертами конфликтности. Психологическими предпосылками конфликтных стратегий поведения бывают также индивидуальные особенности, которые в своем чистом виде не содержат заведомой конфликтности. Они представляют собой, по словам Э. Дюркгейма, «неопределенную наклонность» или «смутную общую спо-

собность», которая может «принимать различные формы, смотря по обстоятельствам».

В обстоятельствах политического злоупотребления психиатрическим диагнозом сложное взаимодействие причинных факторов конфликтного поведения человека легко прятало концы в воду. Нам лишь оставалось констатировать печальный результат этого взаимодействия. Он, словно исторический слой, под которым хранятся секреты прошлого, скрывал правду о свойствах психологической природы человека.

Таких, например, как собственная точка зрения, демонстрация независимости, неосознаваемое стремление лидировать и жажда признания; дух научного соревнования и чувство соперничества; познание ради знания и ревность к чужим достижениям; спор ради истины и создание ситуаций, провоцирующих агрессивное поведение; критика и самокритика, уверенность в себе и самоуверенность; способность к систематизации знаний, рационализации накопленного опыта и эгоцентризм; настойчивость и упрямство, страдание от непонимания и нежелание понимать; склонность к негибкому поведению (в соответствии с лишь собственной системой правил); терпение и бурная несдержанность, ситуационная соразмерность и несоразмерность эмоциональных реакций; самолюбование и обидчивость.

Или же, например, чувствительность, раздражительность и придирчивость; педантизм и строгая система действий (в малом и в большом); трудолюбие, упорство и искренность; склонность к детальной проработке воспринимаемой информации; категоричность и упрощенность суждений; желание быть в центре внимания, высокий уровень притязаний; чувство неудовлетворенности и переживания из-за несправедливости; самостоятельность и упорство; способность соглашаться и вспыльчивость; эмоциональная напряженность и подозрительность; прямолинейность, ситуационное поведение, доминирующая роль эмоционально-оценочного отношения к действительности и обыденный прагматизм представлений; завышенные требования к окру-

жающему и собственное высокомерие; устойчивая система самозащиты с тривиальными претензиями эгоцентризма на духовную элитарность национального и сословного происхождения.

Претендуя на «исключительность», обычно забывают, что подлинная исключительность чаще всего исключительно скромна. Внутреннее благородство, которым она обладает, незаметно, но ощутимо присутствует в каждом жизненном шаге человека и сопровождает его до конца дней. Каковы бы ни были перипетии жизни, и каковым бы ни был сам, часто небезгрешный, человек, исключительность его духа делает его победителем и над обстоятельствами, и над самим собой...

Победитель родился в 1918 г., в Одессе. Детство провел на Подолье, в семье родителей матери. В школу пошел в Киеве, там же учился в химико-технологическом институте. В 1937 г. из института исключили и привлекли к уголовной ответственности. В последующем был вольнослушателем исторического факультета Киевского университета. С 1945 г. воевал в Манчжурии. После демобилизации, перебравшись на Западную Украину, работал учителем, директором средней школы, инспектором народного образования. В 1954 г. был арестован, судебно-психиатрической экспертизой признан невменяемым, до 1960 г. находился на принудительном лечении. После ареста в 1967 г. и последовавшей за ним чередой судебно-психиатрических экспертиз до 1987 г. перебивал почти во всех специализированных психиатрических больницах системы МВД СССР. Имеет 27-летний стаж безуспешного политического «исправления» и психиатрического «лечения» ввиду (по отзывам друзей Победителя) выраженной непереносимости к унижению достоинства личности и (по отзывам психиатров, считавших Победителя психически здоровым) значительно развитого рефлекса свободы.

В сухих фактах его биографических данных, в различных документах и медицинских заключениях ни психологические особенности, ни другие факторы, влияющие на формирование мотивов поведения, не значатся. Однако

без этого понять его личностно-поведенческие проявления просто невозможно. Объяснению психологических мотивообразований в значительной мере способствует метод психологического анамнеза, который предусматривает рассмотрение биографических данных человека через призму его восприятия и переживания событий жизни. При этом принципиально важно учитывать социально-экономический, политический, социокультурный, микросоциальный, возрастной, индивидуально-психологический контексты жизненной ситуации человека, так как это позволяет объективировать понимание индивидуальных закономерностей логики его поведения. Не только в практике психолого-психиатрического анализа случаев проблемного диагноза, но и при анализе любого «проблемного» поведения человека принцип контекстуальности следует считать обязательным для психодиагностики.

Каков же контекст? Представление о нем можно составить, если проанализировать другие, в том числе и психологические, факты, о которых рассказал сам Победитель. Тут, по его словам, всплывало много чего...

Победитель никогда не считал себя политиком, но *«по молодости и глупости характера натворил много ошибок, влезая в то, во что влезать не надо»*. Он был *«принципиальный, вспыльчивый, не выдержанный и впечатлительный, легко увлекался, влюблялся, читал поэзию, писал стихи, во многом сомневался»*. Был ли принципиальным конфликт с лидером профсоюза института, из которого Победителя исключили в 1937 г., наверняка он не помнил. Однако свою амбициозность, которая *«не позволила сдержаться, чтобы не ударить этого лидера в лицо»*, отметил с едким смешком, как будто уколол себя за это. Не исключено, что, сам того не сознавая, Победитель как бы адресовал этот укол своему деду (по материнской линии), который *«в свое время окончил Венский университет, был епископом Киево-Печерской лавры и видной фигурой в своих кругах, часто повторяя, что мы шляхта, из знатного рода»*. Победитель *«не верил в силу бога с тех пор как дед, не пережив смерти бабки, умер от горя меньше чем через год»*. Не верили в бога и его дядья, братья матери. Они были сотрудниками

Коминтерна, в 1937 г. их расстреляли как врагов народа. Эти, так сказать, политические и психологические аспекты обстоятельств ареста Победителя в 1937 г. позволяют лучше понять все произошедшее.

После ареста Победителя *«выпустили»*: *«До войны психиатрия была спасительницей, освобождали сразу же, и чтобы меня спасти, мать, по совету хороших знакомых, объявила меня сумасшедшим, тогда это помогало»*. Так Победитель стал, сам не подозревая об этом, обладателем маленькой психиатрической мины замедленного действия.

Психиатрическая мина взорвалась в 1954 г. Тогда Победителя привлекли к уголовной ответственности за *«дела пятилетней давности»*. В 1949 г. он издал свой *«Манифест народа»*, в котором *«призывал к демократическим свободам и независимости»*. На следствии *«вел себя своенравно»*, и тогда из прошлого возник психиатрический диагноз — шизофрения. С тех пор диагноз стал преследовать Победителя *«в заколдованном кругу юридической и психиатрической абракадабры, так как и в этих подсистемах системы существовал сплошной беспорядок»*. Шизофрения *«довела»* до (запись в медицинской документации) *«выраженного дефекта в эмоционально-волевой сфере»*.

Одновременно ему говорили: *«Молодой человек, если кто-нибудь скажет, что у вас шизофрения — рассмейтесь ему в лицо»*. Эти честные и смелые слова стали для Победителя путеводными. Он смеялся, смеялся многие годы, и не в одно лицо...

Смеялись и герои его книг, а *«сатиру больше всего боятся и не любят, особенно за взгляды, неприемлемые с точки зрения официальной идеологии»*. Поэтому смеяться чаще приходилось сквозь слезы, которые высыхали от ужаса перед масштабным уничтожением самой системой тех людей, которые ей верили. Победитель подробно рассказывает об этом в своих мемуарах, опубликованных в этой книге.

Почти тридцать лет он наблюдал все это изнутри, видел, как человека уничтожали биологически (превращая псевдолечением в жалкое существо, подобное животному) и морально, что было еще страшнее. Выбора не было. Все

находились «в подчинении у сил, которые решали сами, что с нами делать».

Тому, что увидел, чему удивлялся и ужасался, по поводу чего недоумевал, задаваясь вопросами, пытаюсь найти ответ, Победитель поставил свой диагноз: отсутствие логики. Потом, правда, признал его неправильным, т.к. *«логика все же была, только очень страшная, изумительная, создающая условия, в которых честным и человечным людям с твердым и бескомпромиссным характером очень трудно, невозможно жить»*.

Трудно ли было Победителю? Трагедию своей души он никогда не считал большей, чем страдания находящихся рядом с ним инакомыслящих единомышленников. *«Конечно, пострадал, но не о мне речь, а обо всех нас»*, — нетерпеливыми короткими фразами Победитель «отделялся» от наших вопросов. Казалось, что он устал от погружения в воспоминания о своей жизни, сюжетов которой хватило бы не на один роман. Для передышки (ведь Победителю было почти 80 лет), мы стали в шутку рассуждать о литературном жанре, подходящем для таких автобиографических экскурсов. Эта забава пришлась ему по душе, и каламбуры посыпались градом. Победитель находил себе «место под солнцем» и в психиатрическом триллере, и в политическом боевике, и в любовном романе, и в авантюрном приключении, и в лирической комедии, и в трагедии, познавая и верность и предательства...

В 1956 г. он совершил побег из Ленинградской психиатрической больницы тюремного типа. Ему было 36 лет, он *«был полон энергии и огня, гнить заживо не входило в планы, стреляли — не попали, убежал»*. Пробирался пешком на Украину. Через три месяца был почти у цели, но его бывший ученик, ставший к тому времени преподавателем медицины, к которому Победитель обратился, чтобы одолжить немного денег, выдал его...

В своих коротких и теплых весточках, которые Победитель слал из зоны молчания своим близким, с любовью, преданно ждущим его, он писал: *«Кто из нас не переживал? ... Черт его знает, как все же выносил человек. Сколько*

на долю досталось...но от всего этого человек становится, как бы это выразиться, мягче, что ли. Не правда ли?». И еще: «Завидую тебе, честное слово, ты живешь полнокровной жизнью...Когда уж я приобщусь к этому?».

Только шизофреники не находилось места в жизни Победителя, а ему самому — в жанре психологического некролога.

Если возраст считать болезнью, которая естественно ослабляет психические функции человека, то не это было главным препятствием, существенно ограничивающим активность Победителя. Этим препятствием были глаукома, которой он страдал уже четыре года (*«Я почти слеп, не читаю и поэтому не имею ничего, чтобы думать»*), отсутствие материальных возможностей самостоятельно обеспечить своевременное соответствующее лечение и полное забвение со стороны служб социального содействия и помощи, способных решать такие задачи.

Свободолюбивый дух не ищет, он сам создает и избирает своих покровителей, которые служат ему. Покуда не только слепая, но еще и глухая, и немая Немезида пребывала в отрешенном состоянии, погрузившись в политический летаргический сон, власть иногда удавалось захватить музе Невмениде. Она царствовала, пусть даже временно, в театре клинического абсурда, располагавшемся в Ленинградской психиатрической больнице системы МВД. Создатели музыки Невмениды и театра, они же узники политической психиатрии, пытались с помощью смеховой культуры противостоять жестоким и безнравственным политическим играм в психиатрический диагноз. Ведь деваться было некуда, оставалось либо плакать, либо смеяться. Выбор был понятен: учитывая обстоятельства, лучше горько смеяться, чем горько плакать. Многих это поддерживало.

Поддержка, оказанная тонким юмором интеллигентных, добрых и умных людей, запоминалась надолго. Жизнеутверждающие игры творцов Невмениды ненавязчиво учили многому, нередко компенсируя своим, можно сказать,

коллегам — диссидентам — недостающие им образование и жизненный опыт. По прошествии многих лет бывший «террорист» вспоминал этих людей с большим теплом и благодарностью: *«Не было бы счастья встречи с ними, так несчастье помогло»*.

Несчастье заключалось в (как сказано в справке о полной реабилитации) необоснованном обвинении по ст. 58, ч. 1 УК РСФСР и направлении на принудительное лечение с изоляцией. Несчастье началось с ареста 14 августа 1951 г., а закончилось освобождением от принудительного лечения 2 июня 1954 г. О своем несчастье 68-летний **Террорист**, не упуская деталей, все же рассказывал избирательно. Привилегированное место в его воспоминаниях неизменно оставалось за *«хорошим, несмотря на плохое»*. Иногда это происходило незаметно для него самого.

Диагноз? Он его не знал и не знает, но *«полностью понимал, что обязан ему своим спасением»*, ведь статья предъявленного Террористу обвинения предусматривала десятилетний срок тюремного заключения. Тогда ему, двадцатитрехлетнему, казалось, что на свободу он выйдет стариком и никому не будет нужен. *«Чтобы не оказаться в числе лагерных рабов»*, во время одного из допросов, которые *«проводились ночью и страшно выматывали»*, предпринял суицидальную попытку, но *«неточно просчитал бросок в окно»*, и его *«перехватил следователь»*. Тогда он объявил голодовку, так как *«лучше было умертвить себя, чем идти в лагерь»*. Продержался трое суток и был направлен на психиатрическую экспертизу. Выслушав его *«историю молодой глупости»*, ему дали совет... *«косить»*. *«Было ужасно стыдно. И перед другими, и перед собой, но пришлось вспомнить о травме с потерей сознания»*. За время принудительного лечения, так как врачи и медперсонал не относились к Террористу предвзято, он никаких медикаментов не принимал. Ему не назначали, а он *«не просил»*, ведь всем были понятны правила навязанной игры в психиатрический диагноз.

Инакомыслие Террориста началось с детских лет. Его отец был репрессирован, и семье коренных ленинградцев

пришлось переехать в Астрахань. Кровное родство с *«социально-опасным элементом»* и *«голоса Америки»* не мешали, тем не менее, поступить в Ленинградское военное артиллерийское училище (поддержали товарищи отца). Однако *«близость окна в Европу»* и *«полусамостоятельность»* натолкнули на мысли об эмиграции. Решил *«пробираться поездом, срисовав подробную карту в училище»*. Был задержан, но *«выпустили под шумок»*. Из училища, конечно же, отчислили, найдя благоприятный повод, не препятствующий учебе в гражданском вузе.

С точки зрения так называемой социальной активности *«полусамостоятельность»* будущего террориста стала, казалось бы, взрослеть. В студенческие годы он был секретарем комсомольской организации курса и *«очень любил поспорить по политическим вопросам»*. Инакомыслию, очевидно, в некоторой степени способствовал его характер: *«Упрям, настойчив, самолюбив, трудно менял свое мнение, так как мешало что-то внутри. Заблуждения тоже трудно признавал, не знаю, может, это была какая-то неправильная гордость. Специально воспитывал смелость, был впечатлительным, легко обижался. Уравновешенным да невспыльчивым уже стал потом»*.

Достаточно критические высказывания в свой собственный адрес. Бывший Террорист с полной ответственностью оценил и свои намерения в 1951 г. *«прорваться в американское посольство»*. Он называл их *«безрассудным риском»* и *«действиями «на авось»*. Самопал, который был у него *«на случай — камикадзе»*, разорвался *«сам по себе»*, не причинив никому вреда, но обнаружив в наивных устремлениях юности преступный умысел и опасную угрозу для государства.

На психиатрическом поле у несостоявшегося Террориста больше никогда не было никаких встреч, он не заходил на него ни сознательно, ни, тем более, по болезни. Он пробовал состояться в жизни, и это у него получилось. Окончил институт, учился в аспирантуре, женился, растил детей и работал, мечтая написать мемуары, так как *«поболтать о тех временах»* было не с кем. Жена в шутку ласково на-

зывала его «мой графоман», а он с мягкой настойчивостью пытался вернуть нас к теме Невмениды...

Кому как повезет — ведь случай имеет капризный характер. «Лечебный» курс серы за клочок бумаги и карандаш уничтожал желание рисовать и писать стихи. Эти занятия оживляли воспоминания, к которым не хотелось возвращаться, и музы были бессильны...

Рисовальщик в юношеском порыве негодования, узнав из прессы о том, что официальные лица его родного города злоупотребляют своим служебным положением, *«расклеил в многолюдных местах 26 листовок с заведомо ложными измышлениями, порочащими советский государственный строй»*, которые написал от руки за один вечер. После задержания, когда он все объяснил, его отпустили, взяв подписку о невыезде. Потом в прокуратуре посчитали, что *«дело серьезное, политическое»* и направили в Харьков на психиатрическую экспертизу. Вернулся домой через месяц, диагноза не знал.

Однажды зашел домой с работы, чтобы победить, и увидел во дворе милицию и машину скорой помощи. Оказалось, что согласно определению суда, которое попало Рисовальщику в руки гораздо позже, он нуждался в принудительном лечении в психиатрической больнице общего типа. Он не мог нести уголовную ответственность за совершенное им общественно опасное деяние в связи с *«хронически протекающим психическим заболеванием в форме шизофрении»*, что следовало из заключения стационарной судебно-психиатрической экспертизы.

Что сходит с ума, Рисовальщик *«почувствовал в больнице. Пытался лекарства прятать под язык. Наказывали серой. Пробовал рисовать, рисунки изымали и снова наказывали серой. Нарушился сон, т.к. постоянно горящие лампочки и тяжелый воздух не давали уснуть. Прогулок практически не было. Только на смене, когда дежурил нормальный медперсонал, мог читать. Усиленно пользовался этой возможностью...»*. *«Отличился своим поведением и там, в больнице. Однажды пришло в голову составить спи-*

сок пьющих санитаров и сообщить об этом». Был резким, «субординации не знал и не хотел знать, но понял, что на второй экспертизе надо отвечать «как надо».

Он оказался прав: через год суд вынес определение про отмену принудительного лечения, учитывая результаты психиатрического освидетельствования, которые констатировали, что в психическом состоянии Рисовальщика, **«страдающего хроническим психическим заболеванием в форме шизофрении, имеется улучшение, — наступила стойкая ремиссия заболевания с критикой к совершенному правонарушению и болезненным высказываниям».** Выписали Рисовальщика под опеку отца, «сделав несостоятельным и уволив с работы, пока находился в больнице, с формулировкой «за систематические прогулы». Отец считал, что психиатры помогли меня «убрать», как было выгодно КГБ». Через восемь лет диагноз и группу инвалидности «сняли автоматически», т.к. Рисовальщик «принципиально не ходил отмечаться» в психоневрологический диспансер, где состоял на учете.

Жизненные события изменили Рисовальщика, в его личности «произошел какой-то перелом». «Перелом» (как эффект событийного обучения, имеющего индивидуально-разнообразные психологические последствия) в большей степени, чем личностная «измененность» вследствие якобы когда-то хронически протекавшей шизофрении, соответствовал и характеру суждений, и личностно-поведенческим и эмоциональным проявлениям Рисовальщика.

В процессе нашей беседы качественно-динамические характеристики эмоциональных реакций Рисовальщика психологически достоверно отражали содержание эпизодов его жизни, о которых он рассказывал. Адекватной была самооценка, в том числе и возрастных изменений его индивидуально-психологических особенностей: «Раньше непосредственный был, быстро «заводился», на митингах фигурой стремился быть, «активничал», в школе мог подражаться, чтоб не обижали, а так — веселый, вот только слишком впечатлительный и наивный, думал, что все по справедливости может быть». Потом известные события

«обострили чувство несправедливости, стал думать, что же это за система такая? Понял, что мир — это противоречие, как-то примирился с этим, стал еще больше читать и видеть «подстрочный» смысл, веселье сменилось горечью, появилась выдержка и, наверно, какая-то мудрость».

В последнее время Рисовальщику «никак не удастся избавиться от чувства, что в жизни не повезло». И он был прав — совсем недавно при трагических обстоятельствах погиб его единственный сын, которому было 18 лет, почти столько же, сколько было Рисовальщику, когда его арестовали в 1973 г. Несмотря на то, что *«жизнь поломана — ни образования, ни любимой работы, ни сына»*, Рисовальщик уверен, что *«чувство достоинства и вера, только уже совсем в другие идеалы, не позволят упасть»*. Сознательно не приемля *«религиозной велеречивой софистики, потому что она напоминает пропаганду коммунистических идеалов»*, поддержку и утешение Рисовальщик обрел в христианской вере.

Каждый человек может во что-то верить, обретая в этой вере смысл своей жизни. Вера, как известно, одна из дочерей Мудрости.

Правда, не все мудры, обращаясь к ней. Бывает и так: религиозная литература (из бабушкиного сундука) случайно попала в руки любознательного, но *«со средними способностями»*, 17-летнего юноши, которого *«привлекало все необычное»*. **Юноша** легко может *«зачитать»*, т.е. притчи *«о конце света, о символике чисел, о черной и белой магии и сатанинской власти»* производят на него *«неизгладимое впечатление, аж потрясение»*. А дальше, охваченный желанием *«спасти от коммунистов»*, Юноша перестает сочинять стихи и начинает писать *«религиозно-антисоветские листовки»*, что *«делать было легко»*, т.к. *«ориентировался на плакаты против царя»* (из того же сундука бабушки): *«Писал по аналогии, «долой царя» заменял на «долой коммунистов», мудрить было нечего»*.

А вот с диагнозом Юноши (шизофрения с бредовыми фантазиями) явно перемудрили. Он заработал его в Москве,

во ВНИИ им. Сербского, хотя в 1955 г., когда возбудили дело, на первичной судебно-психиатрической экспертизе в Краснодаре был признан здоровым. С 1956 по 1959 год Юноша находился на принудительном лечении в Ленинградской психиатрической больнице системы МВД. Перемудрили, наверно, и со статьей предъявленного Юноше обвинения — ст. 58, ч. 1 УК РСФСР, терроризм. Хотя, конечно, призывы «Долой царя!» тоже когда-то считались террористическими...

Вера может быть неким организующим началом, помогая человеку структурировать свою жизнь (чем-то занять ее время), если в основе его действий лежат не столько самостоятельные и сознательные решения, сколько образные представления и установки. У людей, к числу которых относился и Юноша, даже при хорошо развитой памяти и внимании, при определенных художественных склонностях и наглядно-образном конкретном мышлении, при способности к планомерной активности с четко обозначенным регламентом, координирующая функция интеллектуальной деятельности все же бывает недостаточно дифференцированной. В силу этого они мало способны разобраться в сложных явлениях окружающей жизни, сопоставить их, осмыслить и сделать надлежащие выводы. По этой же причине даже (в значительной степени свойственные им) нравственные основания их действий, такие, как, например, стремление к справедливости, проявляются недостаточно сознательно и координировано. Присущие им простота и однообразие суждений могут исчезнуть только под влиянием внешних, волнующих душу впечатлений. Однако если этот источник иссякает, репродуктивное, нетворческое воображение перестает воспроизводить что-то новое, а стереотипное однообразие высказываний лишь подчеркивает выраженную склонность к заимствованию и подражанию.

При недостаточно сильном интеллектуальном компоненте в системе психической саморегуляции и при повышенной склонности к эмоциональному вовлечению в новые, возбуждающие воображение ситуации такие люди легко теряют самообладание, особенно если условия, в которых они оказались, не соответствуют их психологической природе, в основном, мягкой и зависимой от чуткого отношения.

В таких случаях на фоне преобладающего подавленного настроения могут происходить психогенные изменения в личностно-поведенческих проявлениях. Они становятся особенно заметными, если ситуационный удар-шок человеку пришлось пережить в уязвимый юношеский период. В последующем, если условия жизни не благоприятствуют рассасыванию психологической травмы, у человека, подчиняемого внешним директивам, возрастает зависимость от прошлых и настоящих стрессогенных влияний, а его и без того не слишком богатый психический потенциал неизбежно снижается. Ошибкой было принимать за шизофренический процесс, бредовые фантазии и дефект личности такие особенности человека и их реактивные изменения.

Не так далек был период, когда вера в Бога считалась социально опасной, а потому почти однозначно свидетельствовала о психическом нездоровье верующего. Когда веру навязывают насильно или, наоборот, запрещают, истинной верой обязывают считать только политическую веру.

Прошло время, ветер перемен повернул политический флюгер в другую сторону, и у алтарей появились раскаявшиеся (и потенциальные?) грешники. «Новыми» запретами они отменили «старые» запреты, дав свободу вере в Бога и возвратив человеку право на нее. Мироззренческие ориентации общественного сознания во взглядах на религию стали меняться. Теперь наверняка уже не услышишь: «Тебе в лагерь нельзя, ты там всех в христианство обратишь. Я тебя в сумасшедший дом посажу».

Вера не свободна от политических игр, в которых легко меняются ее социально-нормативные оценки. «Свидетельства о Боге и вере», как известно, с легкостью приравнялись, например, к «антисоветской агитации и пропаганде».

72-летний **Священник** простил грехи этому времени, укрепляя свою веру в течение пяти лет в...психиатрической больнице специального типа («и там умудрялся читать книги») и потом, когда дожидался реабилитации, «самореабилитируясь с помощью Бога». Воркующим барито-

нальным тенором, миролюбиво, Священник заметил, что проповедует сознательно, а диагноза своего не знает, так как тот его никогда не интересовал, хотя против принудительного лечения все же пришлось протестовать. В 1953 г. принудительное лечение сняли, а в 1954 г. Священник был амнистирован. Семья у него большая, восемь детей. Живут дружно, *«по заветам Божьим»*. До 1994 г., *«пока сердце шалить не стало»*, Священник работал — сначала пресвитером церкви, а потом проповедовал.

Он поверил в Бога в 25 лет, в 1949 г. Вернулся с фронта, *«да продолжал пить да гулять, не мог остановиться, характер был веселый, на баяне играл, пел, танцевал, привык к этому: служил в военном ансамбле, куда перевели после тифа из госпиталя»*. Родные говорили *«остановись, побойся Бога, а я не верил. Пока руками не пощупаю, ничему не поверю, упрямый был»*. Поступил учиться в университет на механико-математический факультет. Потом *«как-то вдруг заболел, температура высокая, врачи туберкулез подозревать стали»*. Лечился народными средствами, *«сами знаете какими: пил — в голове тьма»*. Вспомнились слова *«родни верующей, ведь предупреждали — побойся Бога, взял Евангелие, четыре дня читал не отрываясь»*. Бог *«явился»* во сне, *«с тех пор пить-гулять перестал, как отрезало, стал выздоравливать да замечать, что в жизни-то все, как в Евангелии сказано, происходит»*. Стал, конечно, доказывать, что Бог есть, а потом *«двое штатских увели прямо с лекций»*.

Мы не стали посвящать Священника в свою веру относительно того, что ситуационно обусловленная острота его интеллектуальных чувств религиозного содержания на фоне делириозного состояния сознания прочно зафиксировала его восприятие действительности через призму сюжетов Евангелия. Ведь человек разными путями приходит к вере: его могут направлять одновременно и психологические, и патологические механизмы, а в случае определенного преобладания последних — не всегда приводит к социально дезадаптивным последствиям для его дальнейшей жизни и нравственной атмосферы общества — если, конечно, политика не вмешается.

Но она вмешивается, норовя мелочно и цинично исказить все лучшее в человеке, заставляя его брать на душу грехи тяжкие...

«Если б я не пил тогда...», — в короткой фразе звучало, как стон, безмерное сожаление. Он плакал. Это были слезы страха, стыда и раскаяния... Но сначала — небольшое отступление.

1. Информатор — это человек, предоставляющий информацию о другом человеке.

2. Ценную информацию о личности можно получить на собеседованиях с... информаторами.

3. При оценке личности ничто не может заменить тщательного опроса... информаторов.

Вспомогательные ключевые слова: источник информации; надежность информации; другой информатор; информация к размышлению.

Примечание: при чтении вместо многоточий для № 2 следует добавить «больным и другими», для № 3 — «больного и других».

Источник информации: «Оксфордское руководство по психиатрии».

Информация к размышлению: информаторы бывают разными, и разные люди, в разных целях, по разным мотивам пользуются разной информацией из разных источников.

Семидесятые годы, Киев. Кроме всего прочего, КГБ интересовали политические умонастроения творческой интеллигенции. Конкретно — информация о взглядах на проблему национальной (т.е. украинской) культуры. Дискуссионные клубы, где собиралась молодежь, проходили встречи с деятелями искусства, велись бесконечные дебаты и высказывались разнообразные мнения, были идеальным информационным полем для получения важного сигнала о «ядовитых ростках и сорняках украинского национализма», опасных для государства с братской нацией «советский народ». Важный сигнал становился еще важнее, если приобретал форму официально оформленного документа, на котором, удостоверяя надежность информации, стояла

подпись конкретного человека. Не беда, даже если текст «важного сигнала» составлялся не им самим. Главное, что он подписывал. А подписывать приходилось немало. Наверно, именно поэтому «сигнальщикам» не хватало времени составлять текст.

Именно так случилось с **Информатором**, которого миновали и политические, и уголовные статьи обвинения, но которого обвинили и наказали совесть и страх.

В 1972 г. он проходил очередным свидетелем по очередному делу. *«После ареста всех»*, который чудом обошел его, запаниковал и попал в психиатрическую больницу с реактивной депрессией. Лечился месяц. Постепенно все сгладилось и будто бы забылось. Информатор, по его словам, *«забыл полностью всю политику и с головой ушел в науку, готовился к защите диссертации»*. В 1978 г., очень некстати для его научной карьеры и планов на будущее, о нем вспомнили и многое напомнили, и *«стали делать «сексота»*, играя на слабости характера и манипулируя — то угрожая кнутом, то угощая пряником.

Каждая встреча в КГБ, о которой никому не расскажешь, *«была большим стрессом»*. Неприятие того, что ему предлагали делать, вызывало внутреннее сопротивление. Напряжение росло, нервы не выдерживали. *«Ломали»* Информатора два месяца. Щедрые застолья (*«начались пьянки»*), очевидно, входившие в программу оперативной разработки, дали свой результат: *«В этом пьяном запое я сломался. Они писали, я подписывал. Страшно было, как раньше, в 1972-м. Нервы не выдержали, я сорвался. Вышел от них как-то ночью. Иду. Никого. И запел. Иду по Крещатику и вовсю пою украинские песни»*.

В ту ночь Информатор не просто сорвался. Он посмел позволить себе стать свободным (пока никого нет, пока никто не видит и не слышит, пока страх отступил, пока его силу поглотила сытость недавнего застолья). Эйфория самоосвобождения достигла маниакального состояния. Так в 1978 г. он снова попал в психиатрическую больницу и окончательно ушел из создавшейся ситуации в болезнь. Вышедшего из строя Информатора наверняка заменили другим информатором.

В период с 1978 по 1985 год, регулярно, 2–3 раза в год, Информатор поступал лечиться в психиатрический стационар, сумев пробыть дома лишь два-три месяца. Самонаказание, которое проявлялось в аутоагрессии, было психологическим механизмом его суицидальных намерений и затяжных депрессивных состояний («Как-то голодал 28 дней, протестовал против самого себя», «В сознании хотелось умереть»). В 1985 г., всего в сорок лет, он «сам поверил в свою болезнь», а в 1996-м по состоянию здоровья был переведен на 2-ю группу инвалидности, и с тех пор не работает.

Западные специалисты, исходя из своих наблюдений, утверждают, что человек легко становится агентом другого государства или агентом фирмы-конкурента (т.е. его легко завербовать), если в цепочке «деньги — идейные соображения — боязнь компрометации — самоуверенность» хотя бы одно звено является для него слабым. На основе этих составляющих они выделяют комплекс «MICE» (Money, Ideology, Compromise, Ego) и считают, что психологическую гипертрофию какого-либо из этих компонентов можно использовать в практических целях. Это помогает прогнозировать, или «высчитывать», поведение в соответствующих ситуациях (например, при разоблачении политического, промышленного или любого другого информационного шпионажа, равно как и при склонении к нему).

В этой зловещей цепочке, которая лишь изящно обобщает извечную многоликость «ахиллесовой пяты» человека, Информатору достался «хвостик». Денег он не получал, свои идейные соображения не отстаивал, напротив, — отказался от них, даже предал. «Сработали» боязнь компрометации (психологический кнут) и самоуверенность, с которой страх делился пряником застолья. Просто, психологически очень просто. И чтобы понять это, нет необходимости прибегать к помощи классического психоанализа З. Фрейда или обращаться к воззрениям великих диссидентов от психоанализа, к К. Юнгу, А. Адлеру, Э. Фромму.

Поверив в свою болезнь, Информатор поверил и в то, что он — одна из жертв злоупотребления психиатрией в политических целях. С ним можно согласиться лишь частично, с очень большой натяжкой, учитывая, мягко говоря,

особую пикантность обстоятельств этой «жертвенной причастности», а также специфику его характера — склонность к вытеснению вины и к самооправданию.

Вместе с тем история Информатора акцентирует внимание на проблеме реактивных психических расстройств и стрессогенного «запуска» серьезных психических заболеваний вследствие психологического насилия над человеком и манипулятивных форм взаимодействия с ним как повседневной, присущей тоталитарным режимам, нормы отношения к личности. В таких условиях создаются и поддерживаются ситуации, напоминающие сюрреалистическое поручение о наблюдении за наблюдающими за наблюдателем. С острой добавкой из вульгарно натуралистической прозы естественного политического отбора: «Сначала мы тебя убьем, а потом нас убьют». Смертельная игра во всеобщий паранойд с запредельным напряжением нервов и заведомо печальным исходом для всех ее участников, вольных и невольных...

Эксперимент, созданный самой природой, — так иногда называют психическую болезнь, происхождение которой, можно сказать, не отягощено социальными привнесениями. Эта «социальная не-отягощенность» в некоторой степени все же условна, ведь начало цепной реакции во взаимозависимом взаимодействии природных и социальных болезнетворных факторов (причина — следствие — причина и т.д.) установить достаточно сложно. Психиатрические ошибки природы человек старательно пытается исправить. Тем не менее, при этом безжалостно экспериментирует на себе подобных. Обо всем, что связано с психиатрическими злоупотреблениями в политических целях, иначе и не скажешь, потому что игра «слепой» природы здесь ни при чем.

Мера вины конкретных лиц, ответственных за эти соznательные эксперименты, растворилась в общем осуждении тоталитарного режима. Один на один с их последствиями остался сам подопытный человек (не хочется употреблять унижительное «кролик», но...). Социальная помощь заключалась, как метко было одним из них замечено, в получении «психушно-реабилитационных», т.е. незначительной де-

нежной суммы, которая, достигни она хоть астрономической цифры, неспособна была бы компенсировать причиненную тоталитарным социумом и политизированной психиатрией жизненную травму. Ведь было утрачено главное — невосполнимое время жизни.

Всем, кто пострадал от злоупотреблений психиатрией в политических целях, диктовала свои условия биопсихосоциальная деструкция. Она навязывала правила жизни каждому «принудчику». Как выжить в этих условиях? Как преодолеть? Забыть? Изжить? Как избавиться от психиатрической смирительной рубашки, подаренной «с заботой и на добрую память» политической психиатрией? Можно ли вообще со всем этим справиться, если... Если к последствиям экспансивного политического «исправления» психиатрическим лечением добавляется еще и действие закона о наследственно детерминированном пределе индивидуальных возможностей — универсального закона природы, которому подчиняется все живое и который заставляет признать, что способность любого человека совладать с условиями биопсихосоциальной деструкции имеет принципиальные ограничения...

Жизнь приходилось начинать с нуля, спорить со страхом было трудно. Пусть относительная, но все же свобода самоуправления своей жизнью была утрачена, т.к. имевшаяся до лечения система механизмов социальной и психологической адаптации в значительной степени была разрушена. Можно даже сказать, что люди, возвращаясь из зоны молчания, возвращались как бы в исходную точку своего развития, так как оказывались в пространстве разрозненных элементов прежнего жизненного опыта.

Система, не уничтожив и не поглотив окончательно, навязала решение непосильных задач. Пожалуй, главной из них была задача сохранить психологическую возможность правильно относиться к окружающему и к самому себе. Решение этой задачи, хотя бы частично, было условием решения следующей, состоящей в том, что человек из прежних и новых образов действительности и своего «Я», из прежних и новых чувств, переживаний, представлений и знаний должен был создать (синтезировать) для самого себя ка-

чественно новую адаптационную систему, которая могла бы соответствовать происшедшим изменениям. Изменениям (и не к лучшему) в его соматическом состоянии, психологическом самочувствии, социальном положении. Проблема сохранения собственной жизни, не только биологической, но и психологической, обострилась с новой силой. Чтобы с ней справиться, нужны были собственные титанические усилия, рассчитывать можно было только на них.

Попытки бывших пленников психиатрии по крупицам вернуть то, что было безосновательно и насильно отнято, компенсировать утраченное, наверстать упущенное, восстановить и как-то наладить (то есть интегрировать) свою жизнь можно рассматривать как самостоятельный процесс реабилитации. Без самостоятельных усилий человека не обходится ни один реабилитационный процесс (медицинский, психологический, социальный). От них в значительной степени зависит результат. Самостоятельные усилия, направленные на конструирование новой (повторной) системы механизмов адаптации, называют реадаптацией.

Рееадаптация — нелегкое приобретение нового жизненного опыта. В этот период тяжелые разочарования, как правило, превалируют над робкими ростками надежды и едва уловимыми проблесками радости. Слегка оптимистическое «лучше позже, чем никогда» часто заглушается вполне пессимистическим «дорога ложка к обеду».

Свести к возможному минимуму последствия деструктивного влияния всего, что пришлось пережить, было катастрофически трудно и казалось недостижимым. Противоречия окружающего мира и собственные противоречия, зыбкость и неясность перспектив будущего услужливо продлевали «вид на жительство» и предлагали «вечную прописку» в замкнутом (как тюремный карцер!) мире физической немощи и социально ограниченного жизненного пространства. Объективные условия могли лишь случайно позволить человеку избежать реальной опасности быть окончательно сломленным.

Собственное бессилие могло ограничивать и упрощать представления о действительности и заставляло превратно истолковывать происходящее.

Логика могла уступать эмоциям, которые уводили в область иррационального, в мир фантазий.

Субъективная потребность в личном реванше превращалась в экспансивное поведение и обостряла противоречия во взаимодействии с окружающими.

Утилитарно-философское обоснование сложившихся жизненных обстоятельств допускало обывательски упрощенный прагматизм действий.

Прежде подавленная насильственной изоляцией естественная активность могла компенсироваться подъемом «обличительной» деятельности, в которой инакомыслие явственно обнаруживало свое родство с позаимствованной у других независимостью и самостоятельностью критических суждений, мнений и взглядов.

Внутреннее согласие с неизбежностью подчиненного положения поверженного определяло смиренное отношение к быстро таявшему времени уходящей жизни.

Осознание собственной психологической деструкции приводило к попыткам сохранить индивидуальное «Я», но увеличивало запутанность и количество порочных кругов реального поведения.

Усилившийся процесс самопознания способствовал адаптивной расстановке психологических акцентов, то есть стабилизировал внутреннее равновесие, но подтверждение древней истины о познании, рождающем скорбь, могло уменьшить в сознании значение реальных практических действий.

Собственная слабость требовала изменить обстоятельства и толкала на опасные прямолинейные действия в поисках виноватых.

Оскорбленному достоинству трудно было подняться над чрезмерно субъективным восприятием реальности. Непроизвольно сохраняемые адинамичные представления о себе и окружающем мире безуспешно пытались помочь ущемленному самолюбию, не находя для него остро желаемого им эмоционального сочувствия.

Активное психологическое сопротивление внутренним и внешним деструктивным влияниям могло приобретать черты серьезного конфликтного отношения к макро- и микросоциальному окружению, к самому себе.

Погружаясь в свой внутренний мир (как эрудиция, которая, по словам М. Фуко, прочитав природу и книги, возвращается к своим химерам), человек останавливался на обочине жизни и оставался предоставлен самому себе, лишь наблюдая, как чья-то чужая и совсем иная жизнь шумно проходит мимо.

Среди психологических формул жизни, которые структурировались несмотря на стрессогенные последствия деструктивного прессинга политической психиатрии, есть примеры самоинтеграций жизни, возвышающие человека до идеальных представлений о нем и его внутренних силах, позволяющих конструировать жизнь на пределе собственных возможностей и психологически противостоять социальной травматизации. Возможность обрести такую личностную позицию предоставило решение, суть которого всем известна и звучит, быть может, слишком упрощенно, учитывая серьезность ситуации — если не можешь изменить обстоятельства, измени отношение к ним.

Жизненная хитрость этого мудрого решения состоит в преодолении возникающего в таких случаях противоречия между познавательным содержанием сознания и силой эмоциональных реакций на него. Это преодоление не было насилием над собственной личностью. Найденное решение было эвристичным, либо спасательный инсайт (озарение) заменяла психологически очень сложная внутренняя работа. Такой труд души не каждому под силу. Полностью и самостоятельно справиться с ним могут лишь немногие.

«Ахиллесова пята», то есть наиболее уязвимое место, есть у каждого человека. Если говорить в общих чертах, то такие сенситивные (чувствительные) участки, включая их физические и психологические зоны, определяются общеизвестными и привычными понятиями «низкая стрессовая устойчивость», «низкая толерантность к воздействию фрустрирующих факторов», «высокий порог чувствительности к вредоносным влияниям» и т.д. От этих особенностей так или иначе зависит способность человека противостоять деструктивным силам, которые угрожают его жизни, то есть разрушают ее на биологическом (как организм) и

психологическом (как личность) уровне. От этих особенностей также определенным образом зависит и способность адаптироваться к неблагоприятно изменившимся условиям своей жизни.

Человек очень избирательно реагирует на неблагоприятные факторы внешних (то есть средовых) условий и условий внутренних, то есть уже своих собственных (телесных и психических). Поэтому говорить о попытках человека противостоять деструктивным силам или совладать с ними, используя при этом только обобщенную научную терминологию, значит практически не говорить ничего или говорить с весьма значительными ограничениями. Конечно, подобные ситуации не меняют голой схемы вечного сюжета жизни: события, которые влекут за собой жизненные перемены; задачи и проблемы, которые возникают в связи с этим; линия действий, которую человек выбирает, чтобы сохранить биологическую, личностную и социальную безопасность своего индивидуального «Я». Однако для каждого отдельного человека эти ситуации являются индивидуально особенными. Общие принципы и закономерности совладания с ними индивидуализируются, а типологические обобщения, над которыми, как давно и неоднократно было замечено, природа часто смеется (П.И. Ковалевский), становятся еще более условными и уступают индивидуальному психологическому содержанию, которое на уровне переживаний человека приобретает уникальное значение.

Уникальность сама по себе предопределяет соответствующее отношение к ней. Это бывает сложновыполнимой задачей, которую человек зачастую упрощает, и потому уникальность как таковая обесценивается. Психологическую сложность чувств и состояний (то есть уникальность переживаний личности) не так легко понять и трудно, почти невозможно, описать даже дифференцированными (самыми точными) научными понятиями. Ее гораздо легче упростить и перевести, например, на клинический уровень анализа эмоциональных проявлений. Психиатрическое упрощение психологической уникальности переживаний и эмоциональных состояний человека, адекватных его жизненным обстоятельствам, могло удачно поддерживать «объективность»

клинической картины возникновения, динамики развития и течения, а также последствий «основного психического заболевания» инакомыслящих, т.е. вялотекущей шизофрении.

Однако вердикт о наличии этих специфически болезненных перемен в эмоциональной жизни «психически больных от политики» опровергали сами обстоятельства жизненных ситуаций — арест, предшествующая ему «кухня» оперативной разработки диссидента, процесс дознания (допросы), судебно-психиатрическая экспертиза, диагноз, срок «исправительного лечения», последующая жизнь в статусе отверженного с клеймом «неблагонадежного», «неполноценного». Личностно-поведенческие и эмоциональные проявления в таких ситуационных условиях даже обыденное сознание логично связывает с нормальными реакциями «среднего» человека на касающиеся его неправомерные действия. Профессиональное сознание политически ориентированной психиатрии совсем по-иному трактовало продиктованные экстремальными обстоятельствами настороженность и опасения, тревогу, страх и растерянность, эмоциональную угнетенность и подавленность, гнев и беспомощность, психологический шок и психалгию (душевную боль), горе, смирение, страдание...

Что конкретно случилось с каждым, кто пострадал от злоупотреблений психиатрией в политических целях, мы не знаем. Можем сказать о тех, с кем лично встречались.

Подавление витального чувства защищенности, т.е. чувства психологической и физической безопасности, обусловленное навязанными человеку жизненными обстоятельствами, провоцировало интенсивные негативные переживания.

Возникали тревога, страх, чувство раздавленности, беспомощности, собственного бесправия. Применяемые приемы психологического давления (шантаж, угрозы, душевноразрушительные беседы о раскаянии, прессинг псевдоинформации, который усиливал неведение относительно своего истинного положения), растущее опасение за собственную жизнь и судьбу близких не давали возможности ослабить эти чувства и поддерживали выраженную эмоциональную напряженность. Она как бы блокировала продуктивность психической деятельности и вызывала у человека недоуме-

ние и растерянность по поводу такого его состояния. *«Вы знаете,— рассказывал один из них, — я иногда практически не понимал смысл предъявляемых мне обвинений, не мог сосредоточиться, не мог собрать мысли, мое беспокойство росло, я был потрясен всем тем, что произошло».*

«Исправительное лечение» методами биологического обусловливания (направленное на то, чтобы обеспечить безличное поведение человека в дальнейшем) могло как бы притупить эмоциональное реагирование, т.е. обеднить внешний регистр проявлений эмоциональных переживаний. Внутренняя опустошенность, происходящая из осознания собственной инородности в окружающем мире и бессмысленности своей жизни, делала человека бесстрастно-холодным в ожидании собственного конца и отрешенным от себя самого из-за давления обстоятельств, а не болезни, «съедающей» эмоциональность (*«я мысленно поставил на себе крест»*).

Тем не менее, трудно было смириться с несправедливым и ужасающим своей нелепостью положением. Попытки объяснить его самому себе лишь обостряли душевную боль, вздымая едва-едва схлынувшую волну тягостных, мучительных переживаний. Объясняемое не поддавалось никаким разумным объяснениям, т.к. находилось в явном противоречии с представлениями (более или менее самостоятельными и дифференцированными) о социальной справедливости и равноправии. (В психологии этот феномен называется нарушением экспектаций, т.е. расхождением между ожидаемым и действительным, что может вызвать у человека глубокое разочарование и даже острое психологическое потрясение.)

Безрезультатными были и попытки самозащиты (особенно первые). Что могли изменить резкие и бурные формы поведения-протеста? Все это могло работать только на психиатрический диагноз (неконтролируемая агрессивность, отсутствие критики относительно своего поведения и т.д. и т.п.). К тому же мобилизованное отчаянием души, активное сопротивление угрожающим обстоятельствам немедленно и жестоко подавлялось превосходящей силой. В дальнейшем остроту непереносимых переживаний сменила ситуационно оправданная, психологически защитная и избирательно действующая, эмоциональная анестезия (эмоциональная отстраненность). Она, что уже понятно, тоже

удобно вписывалась в соответствующие рамки нужного диагноза (эмоциональная тусклость, эмоциональная бедность, эмоциональная безучастность).

«Эмоциональный дефект» ничуть не помешал ощутить радость освобождения. Только вот защитная анестезия не спасла от вновь нахлынувших проблем и переживаний. Предстояло преодолеть страшное чувство социального одиночества, признать невозможность обратить время вспять, — чтобы вернуть утраченное, справиться с медикаментозно разрушенным здоровьем, которое вступило в союз с чувством беспомощности и несостоятельности и вместе с ними доказывало человеку свои права, усиливая его эмоциональную угнетенность. Деадаптивные формы поведения, психологически оправданные такими обстоятельствами, могли таиться (и таились) где-то поблизости. Они алчно ждали, когда человек утратит равновесие, пошатнется под тяжестью обрушившихся на него невзгод, чтобы с жадностью схватить его в свои разрушительные объятия, куда услужливо подталкивал социально-опальный статус «проблемной» и «психиатрически поднадзорной» личности, экономическая нужда (нищета!), социальный и психологический барьер отчужденности, воздвигнутый официальными и даже неофициальными, а прежде близкими, лицами.

Кризисное психологическое состояние, вызванное полным нарушением представлений человека о ценностных ориентациях социума, в котором он жил, и временно приглушенное силовыми медикаментозными приемами, с новой мощью проявлялось в безвыходной ситуации жизненного тупика.

В этот период обострялись эмоциональные реакции на происходящее. Усиливалась уязвимость, появлялись неустойчивость настроения, раздражительность, вспыльчивость, обидчивость, ожесточенность, а также настороженность и предубежденность, вызванные обостренным вниманием к нюансам происходящего. Самооценка становилась крайне неустойчивой, приближаясь к самоуничтожению. Возникла явно выраженная неудовлетворенность собой, самовосприятие в силу объективных причин вынуждено было фиксироваться на проявлениях собственной слабости. Прежняя работоспособность была утрачена и не спешила

восстанавливаться. Усвоение чего-либо нового требовало все больших и больших физических и умственных усилий. Сон не восстанавливал силы. Он возвращал в страшные дни лечения, оживляя мучительный страх, который и днем напоминал о себе игрой вегетативных и сосудистых реакций, грозящей зайти слишком далеко и не прекратиться вовремя. Психосоматическая почва для формирования чувства собственной неполноценности была основательной. Внутреннее напряжение росло и становилось непереносимым. Требовалась разрядка...

Суицид был крайней формой такой разрядки, т.е. сознательным уходом от собственной беспомощности, с которой личность не хотела мириться и не смогла справиться. Малоадаптивные и неконструктивные формы поведения тоже дождались своих жертв. Несдержанность, конфликтность, попытки снять душевную тяжесть употреблением спиртного... Иногда на помощь приходил... внутренний голос. «Ты унижаешь сам себя!», — говорил он, и человек пытался рациональнее осмотреться вокруг. Это способствовало пусть незначительному, но все же снижению эмоциональной напряженности.

Однако в целом жизненная ситуация не менялась или менялась очень медленно. Поэтому психологически болезненная острота переживаний не исчезала. Когда государство созрело для гуманной акции реабилитации, моральное удовлетворение выглядело ничтожно малой крупичей эмоционального позитива, легко затерявшейся среди социальных, телесных и психологически травмирующих «наград», которыми тоталитарный режим насильно отметил людей, принужденных им к участию в эксперименте под секретным грифом «психиатрическое лечение в политически исправительных целях».

Эмоциональные негативные следы прошлого не так легко исчезают из памяти. Для одних они становятся незаживающей раной, психологической травмой, которая либо сама по себе как бы консервируется в спасительной оболочке времени, либо сознательно выдворяется человеком из его теперешней жизни, чтобы он мог продолжать жить дальше. Для других эмоциональный травматический след

прошлого очень сложно определяет весь последующий процесс жизни, для третьих — сдерживает его, препятствуя проявлению резервных возможностей, личностного потенциала, у четвертых эпизодически провоцирует проявления малоконструктивного и малоадаптивного поведения, у пятых — оказывает необратимое регрессирующее влияние на весь ход жизнедеятельности...

Природа человека и социальные санкции

Между человеком и социумом существует сложная взаимосвязь. Они способны и взаимосозидать, и взаиморазрушать друг друга. Это обусловлено как природой человека, так и природой общества.

Если терпимые отношения друг к другу, основанные на взаимопонимании и взаимоуважении человека и человека, личности и социума, государства и личности, оттеснены куда-то на периферию человеческого сознания и отправлены государством в длительную социальную ссылку, то индивидуальные проявления в поведении и альтернативные точки зрения всегда будут считаться недозволенным отклонением от принятых социальных стандартов, строптивцы и отступники будут подвергаться прессингу различных социальных и политических санкций, а позитивная взаимointegrация личности и социума (государства) станет крайне проблематичной, невозможной.

В замкнутом кругу нетерпимости нежизнеспособны даже абсолютно созидающие типы социальных организаций. Например, такие, где нет преступников и старожилы не помнят, когда в последний раз использовались существующие тюрьмы. В этих идеальных социальных оазисах нет убийств, физических нападений, поджогов и всяких других преступлений, нет разводов, сексуальных извращений, нет даже индивидуумов с психическими отклонениями.

Такой земной социальный рай обнаружили в 1955 г. на территории США. Ученые, исследовавшие его, установили, что это реликтовая (очень древняя) форма общественной организации, существующая по принципам «религиозного коммунизма».

Главной заповедью членов сообщества, предки которых в давние времена эмигрировали из Германии в Америку, являлось неприятие каких-либо форм борьбы и насилия, уничтожение всякой агрессии в человеческих взаимоотношениях, культивирование и внедрение идеи братства всех людей.

Жила община обособленно, так как старейшины считали, что такая изоляция служит условием сохранения и поддержания существующей гармонии такого образа жизни, оберегает ее от негативных влияний современной цивилизации.

В силу этого попытки внедрить что-то новое (даже, например, использовать научные знания в практике медицинской помощи населению) терпели поражение, т.к. в этой закрытой системе любые нововведения считались вредными и отвергались. В лучшем случае, они проверялись, перепроверялись, дополнялись, подвергались правкам и цензуре со стороны авторитетных старейшин рода, которые обыкновенно не имели элементарной осведомленности в области специальных медицинских знаний. Несмотря на то, что эти правила столь идеального социума часто являлись прямой причиной непоправимых последствий для здоровья его обитателей, специалиста лишали права голоса. Старания сведущих и прогрессивных лиц преодолеть опасные для жизни их сородичей издержки царящей в сообществе косной гармонии оканчивались их изгнанием. Издавна установленный и господствующий там жесткий порядок диктовал соблюдение даже мельчайших деталей — в поведении, одежде, еде. Нарушители регламента беспрекословно удалялись из сообщества.

Изгнание инакомыслящих (!), ведомых благими целями и посмевших выразить свое индивидуальное начало неравнодушным отношением к проблемам социума (то есть изгнание как социальная санкция поддержания общего, но обезличенного (!) состояния гармонии), заставляет усомниться в реальной возможности взаимопозитивного развития человека и общества. Трудный опыт, трагический для многих людей и для самой истории, доказывает, что социальная толерантность (терпимость) к проявлениям индивидуального (личностного) начала, к его свободному волеизъявлению является неременным и существенно необходимым усло-

вием для того, чтобы и социум, и личность содействовали развитию и поддержанию психологических особенностей, конструктивных (по форме и по содержанию) и для самого человека, и для его государства.

Устойчивая ситуация социального плюрализма, предусматривающая равноправие и суверенитет каждого человека, могла бы пригодиться для создания и поддержания таких условий. Правда, саму ее тоже еще надо создать, и для этого, опять же, понадобится очередная реабилитация. Реабилитация уже самого понятия «плюрализм», возвращающая и постепенно восстанавливающая в сознании людей его подлинный смысл, — поскольку когда-то он был искажен или сокрыт заидеологизированным обвинением в отстаивании ложных мировоззренческих позиций.

В гносеологии, этике, аксиологии и философии, социологии и политике плюрализм означает взгляд на мир как на множество самостоятельных духовных сущностей, которые лежат в его основе, как на множественность истин, которые дает независимое научное знание, как на признание уникальности каждой личности, свободы ее воли и творчества, многообразия ценностных ориентаций, которые мотивируют ее поведение, как на признание легитимности индивидуальных картин мира и утверждение возможности рациональной конкуренции альтернативных и равноправных идеологических убеждений.

В эту группу органично включается и смысловое содержание психологического плюрализма, т.е. множественность личностно-поведенческих проявлений человека, его индивидуальная вариативность. Признание факта ее объективного существования, с которым следует считаться (!), позволит осознать и обеспечить принципиальную несводимость индивидуально-психологического своеобразия человека к психиатрическому диагнозу. Это можно назвать уже психиатрическим плюрализмом.

Психиатрический и психологический плюрализм способны оказать помощь в решении достаточно сложных задач социальной политики, если, конечно, она действительно направлена на устранение взаимодеструктивных отноше-

ний социума и личности. Прежде всего, это относится к правовым последствиям любых социально-нормативных оценок проблемных личностно-поведенческих проявлений человека, так как последние одновременно могут оказаться чувствительными к психологическим и психиатрическим диагностическим оценкам.

Понятно, что происходящая сегодня демократизация государственной политики Украины устранила санкционирование политико-психиатрических репрессий. Однако это не означает автоматического устранения угрозы быть клейменным психиатрическим диагнозом, если в силу ряда причин чьи-либо индивидуальные особенности и поведение приобретут социально проблемный характер.

Кстати говоря, бывает, что во многом этот ряд причин от самого человека зависит мало, то есть довольно часто возникает без собственного волеизъявления личности. Речь идет о давлении на человека проблем, связанных с социальной политикой государства, в результате чего на его жизненном пути возникает слишком много препятствий, которые он вынужден преодолевать. Избыточные препятствия могут, приведя к жизненному кризису, обусловить малоадаптивные формы реагирования в виде ошибок, заблуждений, создания конфликтных ситуаций или иные неконструктивные либо упрощенные формы поведения.

Мы иногда шутя можем поинтересоваться друг у друга, какой уровень сложности имеет сегодня наша психическая активность. Уровень простейшего организма, не по своей воле, а вынужденно озабоченного только лишь биологическим выживанием, или уровень психологически дифференцированной личности, позволяющей себе роскошь(!) духовного развития и самореализации? В такой горько-шуточной форме обыгрывается серьезная государственная проблема, которая коснулась сегодня каждого из нас и особенно болезненно переносится людьми наиболее социально зависимыми, беспомощными и потому более уязвимыми. Проблема эта — социально-политическая и экономическая депривация возможности и права человека удовлетворять свои жизненно значимые потребности.

Эта опасная блокада так или иначе упрощает (если не примитивизирует психологически) личностно-поведенческие проявления человека и, можно сказать, провоцирует его социально-психологическую дезадаптацию или навязывает ему социально проблемное поведение. Социально проблемное поведение — это проявление на психологическом уровне взаимотравматизации личности и социума. Оно направлено на устранение или избегание зависимости от социальных несовершенств и отражает их психологически негативные для человека последствия.

Социогенная проблематизация поведения становится не только частной, например, психологической, проблемой человека (требующей его собственных усилий), а и важной задачей государства. Однако решить ее, по-видимому, будет непросто из-за расстройства государственной социальной функции, ответственной за психологическое понимание человека как существа с чувством собственного достоинства, с чувством уважения к достоинству иной личности, с правом выбора альтернативных, психологически, быть может, более содержательных для него способов жизни. Не исключено, что пока эта государственная функция не восстановится (или не разовьется), угроза психиатрического диагноза по-прежнему будет находить питательную среду в архаике общественного мнения о нестандартном поведении человека и в такого же свойства профессиональных взглядах на его психологическую природу. Например, на индивидуальное своеобразие стиля мышления и жизнедеятельности в целом.

Удобно-привычный схематизм представлений о другом человеке нередко заставляет предполагать наличие у него психиатрического диагноза. Во время работы над проектом «Диссиденты» нам приходилось убеждаться и в этом, а не только в том, что психиатрический диагноз отражал послушное исполнение политического приказа. Схема, как известно, всегда облегчает, но и упрощает. Упрощение, упрощенчество освобождало сознание врача прежде всего как человека (!) — и потому как профессионала — от признания такой объективной реальности, как «другая» или «иная», но не больная(!), психология. Следовательно, он не

ведал, что не понимал (и может не ведать, что не понимает) глубинных личностных смыслов и адекватности психологических оснований действий «других» и «иных», чья судьба попадала (и может продолжать попадать) в фатальную зависимость от психиатрического диагноза.

Способность к обучению прошлым опытом является одним из прогностически благоприятных признаков, когда, например, оценивается психический статус и уровень развития человека. Особенности использования приобретенного опыта определяют потенциальные возможности усваивать новое и самостоятельно корректировать собственное поведение в будущем, т.е. указывают так называемую зону ближайшего развития. Великий медик Гиппократ как-то заметил, что жизнь коротка, суждение трудно, опыт обманчив. Видимо, вполне уместно поставить вопрос: кого, когда и как, чему и почему, легче или труднее научит опыт политического подчинения и политической подчиненности психиатрического диагноза.

Само собой разумеется, что речь идет о конструктивном, взаимопозитивном (и для личности, и для общества) обучении этим трагическим опытом. Однако эффект обучаемости в значительной степени зависит от осознания прошлых ошибок и заблуждений. Даже если они были искренними и неосознанными, сам по себе этот процесс психологически субъективно сложен или объективно труден. Совершенные ошибки часто вытесняются из сознания. Их признание, закономерно связанное с критическим самооцениванием, психологически болезненно переносится многими людьми. В силу этого (хотя и не только) поставленный вопрос еще некоторое время будет, наверно, оставаться открытым. Точно так же пока неизвестно, когда же, наконец, само психиатрическое мышление, мировоззренческие и социально-политические ориентации общества и взгляды общественности избавятся от (считавшегося прежде безопасным и не обременяющего ни профессиональной, ни любой другой ответственностью) архаичного схематизма представлений о человеке.

Тем не менее, есть выход из труднопреодолимого ла-

биринта проблемных отношений общества и личности (в том числе и тех, которые могут быть обусловлены психиатрическим диагнозом, или которыми этот диагноз обуславливается). Благодаря ему (при желании!) давно разрешаются многие проблемные и спорные ситуации — даже без приглашения, скажем, такого специалиста, как консенсусмен (иногда, правда, такая профессиональная специализация становится остро необходимой). Выход этот заключается в согласии, основанном на понимании и возвращении из политической ссылки очень простых истин. Например, такой: социальная политика, направленная на создание и поддержание условий, способствующих взаимодополнению индивидуальных психологических миров и социального мира, лучше, чем создание и культивирование (равно, как и содействие этому) условий их взаиморазрушения.

Только реальное воплощение этой простой мудрости будет свидетельствовать о том, что в атмосфере бывшей зоны политического запрета на независимую позицию во взглядах и мнениях, непроницаемую для суверенитета *Homo alternativicus* (человека альтернативного), не говоря уже о понимании всяких психологических тонкостей в его индивидуальных особенностях, стали происходить благоприятные изменения, которые обеспечат в будущем социальную и психологическую безопасность личности.

Между тем социальная политика, поддерживающая взаимопонимание субъекта и социума, всегда персонифицируется в конкретных людях. Случай может распорядиться так, что человек из прошлого будет уполномочен решать эти задачи настоящего и будущего. От того, принадлежал ли он (и принадлежит ли теперь) к социально желательному типу, который формировался в государстве, где приоритетной была политическая сила мундира, интриг и авантюр, мошенничества, жестокости и сентиментальности, будет зависеть принимаемое им решение и судьба тех, чей, как говорится, вопрос решается.

Допустим, что человек вынес из прошлого только страх, то есть присущий всем людям естественный инстинкт самосохранения. Страх, социальный страх, умышленно культивировался, чтобы удерживать людей в зависимом

положении: ведь именно страх парализует мысли и действия, «опускает» личность, принуждая человека к самообесцениванию. В таком случае, не исключается ситуация, в которой психологически неблагоприятное наследие прошлого может стать могилой для настоящего и будущего взаимопонимания личности и социума. Ведь как раз решение этих задач будет зависеть от человека, утратившего широту взглядов, способность к рациональному компромиссу ради consensus omnium (согласия всех), утратившему способность и желание понимать других людей, «иные» мысли, быть терпимым к ним. Человек из прошлого вообще ничего не станет решать, пока «сверху», как это часто бывает, не поступит разрешение увидеть чью-то индивидуальную проблему. Без руководящих указаний такой проблемой будут просто-напросто пренебрегать, т.к. личность слишком мала, чтобы ее заботы могли обратить на себя внимание и чтобы ей оказали помощь.

Человека из прошлого, могут, например, просто раздражать чьи-то претензии на сатисфакцию в связи с оскорбленным чувством собственного достоинства, чья-то независимая позиция или стремление реализовать свое право на нее. Человеком из прошлого само право на личностную автономию, на право чувства собственного достоинства и право на многие другие личностные (психологические) ценности людей не признается, т.к. он когда-то ценой утраты собственной личностной автономии приобрел гарантии безопасности своего существования. Ему порой даже невдомек, что все это существует. В силу таких психологических причин, достигающих уровня социальной проблемы, решение многих актуальных задач, созданных прошлым, осложняется.

Осложняется, например, определение и выбор целесообразных для социума и личности мер предупреждения взаимодеструктивных ситуаций. Особенно остро это проявляется в ситуациях, сопряженных с нормативно-правовыми, судебными оценками социально проблемного поведения и психического состояния человека, т.е. с применением к нему, в соответствии с этими оценками, специфических социальных санкций (лишение свободы, принудительное

лечение). Такие оценочные суждения традиционно формируются под углом «юридического» или «психиатрического» видения. Психическое состояние человека чаще всего рассматривается с точки зрения болезненных психических отклонений в его поведении, хотя при нормативном оценивании социально проблемного поведения психологическая нагрузка вопросов во многих случаях гораздо выше, чем психиатрическая.

В практике судебной экспертизы зачастую неоправданно смешивают психиатрические и психологические аспекты поведения и состояния человека; психологические, как правило, почти полностью поглощаются психиатрическими. Такое положение и сегодня не является редким исключением, а в период злоупотребления психиатрией в политических целях вообще было «дежурным» правилом. Человек не имел права на психологическую защиту, несмотря на то, что судебно-психологический анализ и оценка особенностей социально проблемной (например, диссидентской) личности обладают достаточным нормативно-правовым весом. Однако даже находясь в небезопасной для себя зависимости не только от разрушительного политического прессинга или какого-либо собственного психологического несовершенства, но и от действительно имевшегося у него психического заболевания, он все равно попадал в подчинение к политически деиндивидуализированной, т.е. к психологически упрощенной психиатрии. В результате применяемые социальные санкции (так называемое эффективное лечение в психиатрических больницах специального типа) были далеки от психологически дифференцированного понимания того, что и в пределах психиатрического диагноза живет одушевленное существо, т.е. такой же, как и все, человек, способный по-своему думать и переживать, со своей особенной индивидуальной психологией души, страдания которой никому не дозволено унижать. Но и человеку с реальным психическим недугом и, тем более, «психически больным по политическим показаниям» всего этого не полагалось.

Профессиональные знания, к сожалению, не являлись гарантией щадящих условий пребывания в психиатрических

больницах специального типа. Хотя давно замечено, что ни они, ни наука сами по себе не в силах изменить традиционного мышления и традиционных взглядов, препятствующих гуманным отношениям между людьми, взаимопониманию между человеком и социумом.

В чем же здесь дело? Может быть, в отношениях человек — человек? Кстати, их вполне можно рассматривать как мини-модель взаимодействия человека и социума. В отношениях человек — человек один из партнеров часто представляет собой официальный окружающий мир, который, случается, недружелюбно настроен по отношению к другому человеку, или определенную социальную систему, которая враждебно настроена против него. Таким образом, и получается, что окружающий мир в лице какого-либо индивидуального мира не понимает и не хочет понимать другой индивидуальный мир.

Тем не менее, и во враждебном окружающем мире находят люди, способные понимать. Именно у них могли находить посильную поддержку «психически больные по политическим показаниям». Окружающий мир в их лице не отторгал и не уничтожал. Напротив, понимая, поддерживал, хоть как-то облегчая этим страдания и разделяя печальную участь. Таким людям естественно присуще моральное поведение. Социальной деструкции они противостоят тем, что не являются ее индуктором, т.е. не распространяют ее негативные последствия. Сами они могут и не подозревать, что в их индивидуальном мире совесть чувствует себя в безопасности, ей не грозит уничтожение.

Все это может показаться непозволительным упрощением проблемы. Тем не менее, это не совсем верно. И вот почему. Систему создают и олицетворяют конкретные люди. Излишне, наверно, говорить о том, что люди, конечно же, допускают ошибки и система может выйти из-под контроля, превратиться в автономно действующую силу, которая угрожает своему создателю, и т. д. и т. п., но... Сначала все же систему создают, развивают в определенном направлении и поддерживают сами люди. Люди, как известно, бывают очень разные. Они, например, сильно отличаются по способности, которая называется эмпатией, т.е. по спо-

способности понимать друг друга. Это, безусловно, отражается на регуляции межличностных отношений и более сложных социальных взаимодействий между людьми.

Эмпатия — способность непостояна. Сопоставив данные независимых научных исследований, можно установить, что она развивается на основе врожденной предрасположенности человека к эмоциональному резонансу с другим живым существом. Эмпатия обеспечивает чувствительность к сигналам бедствия, а в человеческих отношениях исключает проявления насилия и жестокости. Не без оснований ученые допускают, что эмпатия дифференцирует людей по моральному поведению, которое, чтобы состояться, опережает воспитательные и иные императивные наставления. Известный психотерапевт К. Роджерс как-то пронизательно заметил, что способность вчувствоваться в мир другого человека, понять и не повредить его, в некотором роде — врожденное свойство, и только тонко организованная структура способна на это.

Поскольку обижаться на природу бесполезно, надо бы учитывать, что одни люди от рождения способны к сочувственному постижению и пониманию мира другого человека, а другие, мягко говоря, не очень. Поэтому рассчитывать на устранение взаимодеструктивных отношений между личностью и социумом или личностью и личностью — официальным представителем системы, полагаясь только на редкий и уникальный природный дар (т. е. на способность понимания и постижения другого человека сопереживанием ему), не приходится.

И еще несколько слов по этому поводу: *«Когда приходится встретиться с инакомыслящими, постарайся войти по возможности полностью в их кожу... Это значит, что вместо спора надо попытаться войти в аксиому наблюдения»...нового для тебя человека. «Дальнейшая задача будет в изучении и оценке этих аксиом наблюдения», в желании и смелости увидеть «содержательную и обязывающую правду, которой живет действительность».**

* А. Ухтомский. Двойник или собеседник?

Анализ сложных явлений, тем более, касающихся взаимоотношений личности и социума, уже не раз доказывал, что в их детерминации немалая роль принадлежит обстоятельствам психологической природы. Например, дефицит обычной, на каждый день, и профессионально необходимой психологической просвещенности и информированности может быть небезопасным как для человека, так и для общества. Оспаривать объективность этого факта просто нецелесообразно, т.к. он явственно проявляется в оценках социально проблемного поведения человека, сопряженных с применением к нему каких-либо нормативных ограничительных санкций.

Однако и в настоящее время существуют опасения по поводу якобы вредного для судопроизводства применения психологии. Обычно их объясняют действительно имеющимися серьезными ошибками психологов, что свидетельствует о ряде взаимообусловленных (и отнюдь не сугубо психологических) проблем. Поэтому на основании отдельных промахов и грехов нельзя строить предвзятые обвинения относительно научно несостоятельных претензий психологии на полномочия решать задачи, являющиеся прерогативой суда, следствия и психиатрии, и приписывать ей экспансивные тенденции «захватить» эти полномочия. Отсутствие полной ясности касательно вопросов, которые возможно рассматривать под углом психологического видения безо всякой угрозы для святой святых (т.е. принятия решения на основе внутреннего убеждения) судебно-следственной системы, а также недостаточно четкая нормативная регуляция самой процедуры, правовой и психологической одновременно, — является еще одним из оснований для опасений, затягивающих «допуск» психологии в судебный и следственные процессы. И, наконец, упомянутые опасения по поводу чрезмерной психологизации объясняются всем уже известной исторической причиной, т.е. тотальной идеологизацией (политизацией) судопроизводства в прошлом.

Историки считают, что теоретическая разработка и практическое использование психологических знаний в криминальном судопроизводстве прекратились к середине 30-х годов XX ст. По их мнению, это было связано с довлею-

щим влиянием концепций А.Я. Вышинского, что привело к исключению из Уголовно-процессуального Кодекса норм, которые регулировали необходимость определения особенностей психического состояния обвиняемого, не смешивая особенности психики с ее болезненными проявлениями. Психологический контекст событий, который обязательно должен был бы исследоваться судом и следствием, стал игнорироваться. Это внесло свою лепту в укрепление принципов, в силу которых право личности на защиту уже давно стали сугубой теорией, а сама процедура судебного процесса неуклонно приобретала формальный характер.

«Высокий» суд не интересовался всесторонним исследованием психологических обстоятельств, которые имеют юридическое значение (т.е. индивидуально-психологическими особенностями социально проблемного человека), мерой их «соучастия» в формировании мотивов его поведения, психологическим анализом личностного смысла диссидентской позиции обвиняемого, скрытого, быть может, от него самого. В силу этого исключалась объективная оценка действий социально проблемной личности. К тому же в подобных случаях все, как говорится, были добровольно-принудительно свободны от рассуждений по поводу многочисленных нарушений баланса справедливости, в частности, по поводу несоответствия между индивидуальной мерой вины и соразмерностью наказания.

Учитывая прошлый опыт политической депсихологизации судебно-следственного процесса, сегодня нельзя отмахиваться от реальных возможностей психологии. Нормативно-правовая оценка социально проблемных личностно-поведенческих проявлений, перечисленных, к примеру, в разделе сегодняшнего УПК Украины о преступлениях против государства, должна учитывать хотя бы необходимый психологический минимум: уровень интеллектуального развития человека, его индивидуально-психологические особенности, личностные качества, психологические и социальные факторы, влияющие на формирование мотивов его поведения. Само же практическое участие психологии в юриспруденции можно считать условием гарантии защиты права человека на социальную и психологическую безопасность.

Література

1. Айхенвальд Ю. Театр в сумасшедшем доме // Театр и жизнь. — 1990. — № 2.
2. Боровский В. Поцілунок сатани: Спогади. — Нью-Йорк, 1981. — 192 с.
3. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. — К.: Сфера, 1997. — Т. 1. — 299 с.; Т. 2 — 435 с.
4. Report of the US Delegation Soviet Response // Schizophrenia Bulletin. National Institute of Mental Health. — Supp. to Vol. 15, # 4, 1989. — 220 p.
5. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд / Пер. с фр. под ред. В.А. Базарова. — М.: Мысль, 1994. — 399 с.
6. Дюрренматт Ф. Поручение, или О наблюдении за наблюдающим за наблюдателями: Драматургия и проза / Пер. с нем. — М.: Молодая гвардия, 1990. — 174 с.
7. Історія хвороби Леоніда Плюща. — Б.м.: Сучасність, 1976. — 206 с.
8. Кандыба Н. Карательная система в Томской области: Три истории психиатрического террора. — Томск, 1992. — 52 с.
9. Кассета с видеозаписью юбилейного вечера В. Рафальского. — К., библиотека Ассоциации психиатров Украины.
10. Мальцев Ю. Репортаж из сумасшедшего дома. — Изд. Нового Журнала, 1974. — 71 с.
11. Никифорок Р. Хворий Володимир Чубинський чи хворе суспільство? // Чубинський В.: Вічний бій: Спогади про В. Чубинського. — К.: Радосинь, 1996. — С. 119–121.
12. Очаківський В. Він був справжнім поетом // Чубинський В.: Вічний бій: Спогади про В. Чубинського. — К.: Радосинь, 1996. — С. 146–147.
13. Преданная медицина: Причастность врачей к нарушениям прав человека: Отчет Рабочей группы. — К.: Сфера, 1997. — 269 с.
14. Прокопенко А.С. Безумная психиатрия. — М.: Совершенно секретно, 1977. — 176 с.
15. Плющ Л. У карнавалі історії. — Б.м.: Сучасність, 1982. — 373 с.
16. Рафальський В. Репортаж нізвідкілля // Україна. — 1991. — № 17, № 18.
17. Рафальський В. Незвичайні пригоди трьох Обормотів у Країні Чудес. — Дрогобич: Відродження, 1993. — 209 с.
18. Рафальський В. Зойк і лють: Роман-поема. — Дрогобич: Відродження, 1994. — 220 с.
19. Рафальський В. Слухай, моя Україно!: Поезії. — Дрогобич: Відродження, 1994. — 224 с.
20. Рафальський В. Як я вмер: Гумореска: Неймовірна, але цілком правдива історія, переказана і підтверджена гурмою очевидців, а також відповідно запротокольована. — Стрий: МП Опришки, 1995. — 13 с.

21. Рафальський В. ?...трохи музики. — Стрий-Дрогобич: Відродження, 1997. — 31 с.
22. Рафальський В. Під дамокловим мечем: Сучасна драма на 3 дії, 8 картин. — Дрогобич: Відродження, 1997. — 55 с.
23. Ротштейн В.Г., Ястребов В.С. Психиатрия: Психиатры и общество: (Русский опыт). — М., 1995. — 165 с. — Рукопись.
24. Ухтомский А.А. Двойник или собеседник? // Психологический журнал — 1994. — Т. 15. № 2, № 3.
25. Brown Charles J., Lago M. Armado. The Political of Psychiatry in the Revolutionary Cuba. — Transaction Publishers New Brunswick (USA) and London (UK) — 217 p.
26. Koppers Andkey. A biographical dictionary on the political abuse of psychiatry in the USSR. — International Association on the Political Use of Psychiatry — Amsterdam, 1990. — 179 p.
27. Pospiszył K. Psychopatia. Istota, przyczyny i sposoby resocjalizacji antysocjalności. — Warszawa: PWN, 1985. — 302 s.
28. The lady with the hat / A documentary by Aliona van der Horst / A 40 minutes version is also available English or Dutch subtitles. — Odessa, 1997.

В середине XX века мудрый французский философ заметил: общества никогда не бывают рациональными в том смысле, в каком является рациональной созданная наукой техника. Иными словами, при каждом политическом режиме необходимо найти благоразумный компромисс между крайними, несовместимыми требованиями.

Тоталитарное общество менее других способно к компромиссу. Мир коммунистической революции 1917 года в России питался надеждой на разрыв с будничным ходом человеческих дел. Но человеческая сущность не могла измениться. К коммунистическим реалиям вполне применима формула Мишле: «Революция не признала никакой церкви. Потому что она сама была церковью».

Кровь, ложь и казни — естественные атрибуты претворения в жизнь тоталитарной идеологии. Тоталитарный режим не терпит сомнения и несогласия.

Так появились в СССР диссиденты. Обыкновенные граждане, мужчины и женщины, посмевшие вслух высказать свои сомнения. Психиатрия оказалось удобным орудием для устрашения сограждан.

Эта печальная книга — о нашей истории. Эта книга — предостережение тем, кто правит нашими странами сегодня. Истинное знание прошлого взывает к долгу терпимости.

С. Глузман
психиатр, бывший политзаключенный

ПРИЛОЖЕНИЕ

ПОСОБИЕ ПО ПСИХИАТРИИ ДЛЯ ИНАКОМЫСЛЯЩИХ

*ЛЕНЕ ПЛЮЩУ — жертве психиатрического террора
посвящается*

Пушкин. Ты сам сумасшедший!

Чаадаев. Почему я сумасшедший?

Пушкин. Ты понимаешь равенство,
а сам в рабстве живешь.

Чаадаев (задумываясь). Отсюда ты
прав: я сумасшедший.

А. Платонов «Ученик лицея»

Introduction

В настоящее время общеизвестно большое число случаев признания dissidents в СССР душевнобольными, и есть основание опасаться еще более широкого применения этого метода. Объяснить такое явление несложно. С одной стороны, метод этот весьма удобен для власти — он позволяет лишать свободы на неограниченно долгий срок, строго изолировать, применять психофармакологические средства для «перевоспитания», затрудняет борьбу за гласность судопроизводства, за освобождение таких лиц, поскольку даже у самого объективного, но незнакомого с таким больным, человека всегда остается сомнение в его психической

* Тексты приложения печатаются в точном соответствии с полученной копией, без поправок.

полноценности, лишает жертву этого метода преследования даже тех немногих прав, которые имеет заключенный, дает возможность дискредитировать идеи и поступки dissidents и т.д. и т.п.

Однако есть и другая, не менее важная сторона. Будучи, как правило, хорошо подготовленными юридически, чтобы не допускать ошибок на следствии и суде, dissidents оказывались абсолютно беспомощными перед лицом квалифицированного психиатра, имеющего установку сверху признать их невменяемыми. Все это не могло не породить нового страха и растерянности в среде dissidents, что явилось причиной неожиданных «раскаяний» и отречений последнего времени. Таким образом, страх перед преследованием, рассеянный знанием закона и умением его применять, возродился вновь в лице судебной психиатрии. Распространилось настроение обреченности, невозможности бороться с таким методом преследования.

Все это делает необходимым обобщить в едином пособии известный опыт многих экспертиз и основные положения психиатрической теории в объеме, нужном для правильного поведения, которое давало бы как можно меньше поводов для признания подэкспертного невменяемым. Авторы данной работы, бывший «душевнобольной» и бывший психиатр, надеются, что, объединив опыт с профессиональным знанием предмета, смогут сделать настоящую работу полезной для достижения указанной цели.

Пособие отнюдь не претендует на исчерпывающий анализ проблем психиатрической науки, некоторые моменты сознательно упрощены, т. к. пособие рассчитано на самого широкого читателя.

Правовая часть (схематически)

Вы можете встретиться с психиатром и без вашего на то согласия в таких трех случаях:

1. *Принудительное обследование или принудительная госпитализация в рамках медицинских нормативных положений.*

Ваши убеждения, высказываемая общественная позиция, поступки или знакомства стали причиной пристального внимания к вам со стороны оперативной группы КГБ. В силу каких-либо объективных обстоятельств возбуждение

уголовного дела против вас нежелательно. В этом случае КГБ (часто не прямо, а используя милицию, прокуратуру, советскую инстанцию, доверенных лиц и т.д. и т.п.) сообщает о вас в медицинские учреждения, как о, по их предположению, душевнобольном, указывая при этом основания интереса к вам.

Психиатр поликлиники, диспансера, больницы или городской станции скорой помощи должен вас в этом случае обследовать и, если считает необходимым, госпитализировать в психиатрическую больницу общего типа.

Такое психиатрическое обследование может быть проведено на дому, по месту работы или «происшествия», в камере предварительного заключения, в надлежащем учреждении либо в другом месте.

Если психиатр находит, что у вас уже есть признаки болезни в степени, не требующей наблюдения и лечения в психиатрическом стационаре, то вас возьмут на учет в психиатрическом диспансере или психиатрическом кабинете поликлиники. В психиатрическую больницу общего типа вас могут поместить по следующим показаниям: 1) психическое расстройство, сопровождающееся опасностью для себя; 2) психическое расстройство, сопровождающееся опасностью для окружающих; 3) психическое расстройство, квалификация которого возможна лишь при стационарном обследовании; 4) выраженное психическое расстройство, успешное лечение которого невозможно в амбулаторных условиях; 5) состояние «острого психоза» (т.е. то, что в простонародье называют буйством).

Снятие с амбулаторного психиатрического учета или выписка из стационара зависят формально только от медицинских показаний (т.е. от врача-психиатра).

Если ваше состояние определено врачом как болезненное, отправка (в условиях психиатрического стационара) и разбор ваших жалоб, заявлений, ходатайств и писем целиком зависят от профессиональной грамотности и совести врача, т. к. законом возложены на него. Родственники, знакомые и иные заинтересованные лица могут обращаться с просьбами и претензиями, касающимися вас, в медицинские инстанции (гл. психиатру СССР, республики, области, края, города, района).

В психиатрической практике, как и в любой форме человеческой деятельности, не исключены ошибки; закон не определяет наказуемость врача за профессиональную ошибку.

Это положение может быть использовано властями для объяснения принудительной госпитализации, затем оказавшейся необоснованной. По этой же причине малокомпетентный или морально неустойчивый психиатр может дать неправильное заключение о вашем психическом состоянии без всякого ущерба для себя в будущем.

2. *Судебно-психиатрическая экспертиза после возбуждения уголовного дела.* После избрания по отношению к вам меры пресечения (как правило, арест) органы следствия или прокуратуры могут направить вас на судебно-психиатрическое исследование. Для этого составляется документ с изложением ваших высказываний или поступков, вызвавших сомнение в вашем психическом здоровье.

Обычно следователь (или прокурор) не объявляет о таких сомнениях и не показывает соответствующих документов. Не объявляет он и о самом факте предстоящего экспертирования, ни о сроках и месте его.

Судебно-психиатрические исследования производятся врачами-психиатрами комиссионно (не менее трех человек). Вас могут подвергнуть таким видам судебно-психиатрической экспертизы: 1 — амбулаторной, 2 — стационарной.

Амбулаторная экспертиза обычно проводится в медицинском учреждении или в помещении следственного изолятора; ее длительность — от нескольких минут до нескольких часов.

Стационарное экспертирование производится в психиатрических стационарах (Институт судебной психиатрии им. проф. Сербского в Москве; экспертные или обычные «острые» отделения психиатрических больниц общего типа, психиатрические отделения тюремных больниц).

Срок стационарной экспертизы законом не оговорен, обычно ее продолжительность от недель до нескольких месяцев.

Решение экспертной комиссии вам, скорее всего, не объявят, если вы будете признаны невменяемым. С этого момента к вашему делу допускается адвокат, а вас, скорее всего, отстранят от участия в следственных действиях.

Закон допускает производство повторной и дополнительной экспертиз, их число не ограничено. На следователя (или прокурора) возложен выбор единственно правильного экспертного заключения, если мнения экспертных комиссий расходятся.

Обычно невменяемый в зал суда не приглашается и судебное определение по его делу ему не объявляют.

Иногда экспертиза производится в суде. По сути она ничем не отличается от обычной амбулаторной. По решению суда могут быть приостановлены судебные действия в связи с направлением подсудимого на стационарную экспертизу. Вид больницы (общего типа или специальная психиатрическая больница МВД), куда направляется невменяемый, определяет суд. Такой вариант определения судом, как наблюдение психиатром по месту жительства без принудительной изоляции, к сожалению, маловероятен.

3. Если вы свидетель по чьему-либо делу, также возможно амбулаторное принудительное экспертирование. В этом случае формальный повод связан с возникшим у следователя (прокурора, суда) сомнением в вашей способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания. Стационарное экспертирование в этом случае возможно только с вашего на то согласия (надеюсь, что вы его не дадите).

Нотариальное право представляет вам возможность в порядке обеспечения доказательств заблаговременно запастись объективными заключениями психиатров о вашем психическом состоянии. По вашей письменно заявленной просьбе нотариус вынесет постановление о назначении экспертизы с указанием ее вида и места проведения. Вам остается только одно — оплатить этот формальный вид нотариальной помощи и сделать все необходимое, чтобы в случае ареста и попыток признать вас душевнобольным это психиатрическое заключение о вас стало общеизвестным (см. Положение о государственном нотариате РСФСР, ст. 66, 67 и «Инструкция о порядке совершения нотариальных действий и государственных нотариальных конторах РСФСР», пп. 139–146).

Общие сведения о психиатрии

Где не хватает нам понятий, на место их приходят вовремя слова.

Гете. «Фауст»

Принципы деятельности человеческого мозга до сих пор неясны. Нейрофизиология и другие конкретные науки о мозге пока не в состоянии понять «психическое» явление психической

патологии. Столь же загадочны и мало уложимы в строгие рамки системной науки понятия здоровья и болезни; расплывчатость понятий, характерная для медицины вообще, особенно выражена в психиатрии. Сумасшествие рассматривают и как биологическую, и как социальную (историческую, философскую, правовую) проблему.

В целом, в современной психиатрии нет обоснований к применяемой системе категорий, даже классификации болезней психики. Так, на диагностическом симпозиуме в Ленинграде двадцать ведущих психиатров страны одному и тому же больному поставили двенадцать диагнозов.

Все психиатрические заболевания можно разделить на две группы: 1) псевдоопределенные, условно выделенные в самостоятельные формы из хаотического багажа фактов, накопленного за века; 2) истинные, с известной науке причиной и характерной динамикой. Если модель первых чисто риторическая, то вторые обоснованы конкретными научными открытиями, и модели их «демонстративны».

Основным методом психиатрического клинического исследования до сих пор остается субъективное наблюдение за испытуемым, за его поведением, речью, памятью и т.п. Наряду с этим используются опять же субъективные сведения об испытуемом, полученные от его окружающих, знакомых, родственников, официальные документы и прочее. Другие методы (лабораторные анализы, электроэнцефалографические исследования) имеют второстепенное значение.

Аморфность границ психической болезни не очень занимает практических врачей, так как лечение чаще определяется не диагнозом, а отдельными болезненными проявлениями.

В психиатрической теории нет общепризнанных эталонов «здоровья» и «болезни». Существует масса абстрактных концепций, от философских... до кибернетических, абсолютно непригодных для психиатрической практики. И все же ежедневная деятельность врача невозможна без применения — пусть условного — эталона здоровья. Поэтому в практической психиатрии пользуются условным эталоном психического здоровья, удобным, простым и понятным, т.н. эталоном «рантье, стригущего купоны». «Рантье» — это человек «невысокого интеллекта, буржуа по своим вкусам; скорее цивилизованный, чем культурный, не желающий рисковать... довольствующийся невысоким, но прочным общественным положением («с высоты больно лететь»), не увлекающийся;

лишенный способности к какому-либо творчеству, оплот любой власти; путеводным маяком ему в жизни служит инстинкт самосохранения. Жизнь его однообразна, но зато спокойна: он считает свой жизненный стиль единственно правильным, самым мудрым и безопасным в океане невзгод, рывтин и катаклизмов нашего существования.

Концепция «рантье» не является научной, в советской психиатрической литературе ее не упоминают вообще. А практические врачи, хотя и не всегда сознательно, пользуются ею в своей ежедневной деятельности; разумеется, не как жестким, раз и навсегда определенным эталоном. (Ниже вы поймете, почему концепция «рантье» близка так называемому «среднему психиатру»).

Инакомыслие как проблема психиатрии

Свобода каждого из нас как личности ограничена интересами общества. Закон и мораль являются носителями таких ограничений. Поведение не нарушающего закон душевнобольного — «глупое», «странное» и т.п., для общества нежелательное.

Защитой граждан от такого поведения и занимается психиатрия. Существование насильственной психиатрической госпитализации оправдано с точки зрения не только медицины, но и с социальной. И если «здоровье» — это «желаемое поведение», а «болезнь» — «нежелаемое», то социальная цель психиатрии состоит в превращении нежелательного поведения в желаемое. Таким образом, насилие над психически больным индивидом оправдано ввиду пользы для общества. Это использование «зла во добро» стало причиной отпочковывания от классической психиатрии Запада «антипсихиатрического» течения.

«Антипсихиатры» заявляют: «Содержанием» психиатрической науки является подавление революционного подсознательного во имя государства; история психиатрии есть история методов, с помощью которых общество добивалось исчезновения психического сопротивления против господствующих условий жизни».

Согласитесь, при аморфности категорий, при наличии множества «психиатрических научных школ» вполне возможно неправомерное расширение психиатрической компетенции.

А в условиях «социального заказа», практикуемого тоталитарным режимом того или иного государства, границы психиатрической нормы определяются скорее сиюминутной необходимостью, нежели по научным и историческим мотивам (сравните у «антипсихиатров»: психиатрия, выполняя заказ классового общества, всегда превращала революционеров в психопатов).

Использование в СССР психиатрии в качестве карательной меры зиждется на сознательном толковании инакомыслия (в известном смысле этого слова) как психиатрической проблемы. В монографии «Теория и практика судебно-психиатрической экспертизы» проф. Д.Р. Лунц утверждает, что любое противоправное деяние, именно в силу одной противоправности своей, подлежит психиатрическому анализу (чем не концепция «рантье»?), обосновывая это тем, что в условиях социализма нет социальных причин для преступных действий. Капитализму Лунц оставляет преступность как явление, вытекающее из его социальной дисгармоничности.

Эскульпация, т.е. признание невменяемости инакомыслящих, в той или иной форме выражающих свое несогласие с отдельными моментами внутренней и внешней политики советского правительства, проводится целенаправленно. Для этого используются, в основном, для психиатрических диагнозов: вялотекущая форма шизофрении и паранойяльное развитие личности. Остальные диагнозы почти не выставляют, т.е. в них инакомыслие не вписывается даже теоретически (к вашему счастью, иначе пришлось бы знакомиться с психиатрией в более полном объеме).

Вялотекущая шизофрения. Цитируем опытного эксперта профессора Тимофеева: «Трудностей в диагностике становится больше по мере изучения мягких и стертых форм шизофрении (*т.е. вялотекущей шизофрении — Б. и Г.*). Эти вопросы до сих пор остаются дискуссионными, т.к. некоторые психиатры не признают названные формы заболевания, другие говорят об их относительной самостоятельности». В другой работе Тимофеев утверждает: «Инакомыслие может быть обусловлено болезнью мозга, когда патологический процесс развивается очень медленно, мягко (*вялотекущая форма шизофрении — Г.*), а другие его признаки до поры до времени (иногда до совершения криминального поступка) остаются незаметными». Итак, проф. Тимофеев признает существование вялотекущей

шизофрении: «Поскольку именно этому возрасту (20–29 лет — **Б. и Г.**) свойственны повышенная конфликтность, стремление к самоутверждению, неприятие традиций, мнений, норм и т.д., это является предпосылкой создания мифа о том, что некоторые молодые люди, которые в действительности больны шизофренией, напрасно помещаются в психиатрические больницы, что они содержатся там якобы потому, что думают не так, как все».

Под вялотекущей имеют в виду шизофрению, где все проявления болезни выражены в степени «едва», «мало». А таких явных симптомов, как наличие галлюцинаций, нет вообще. Вот наиболее характерные для нее симптомы (дано по учебнику для студентов медицинских институтов): замкнутость, вялость, снижение интереса к жизни, стертые явления пессимизма и меланхолии, сосредоточенность на внутренних переживаниях, неадекватные мысли и поступки, косность и негибкость убеждений, подозрительность и т.п. А если вы замкнутый человек, склонны к самоанализу, некоммуникабельны, если вы не желаете менять своих убеждений, т.к. не считаете их «беспочвенными», если объективно существующая за вами слежка, прослушивание телефонных разговоров оценивается как «подозрительность», а то и «бред преследования», — вывод ясен... Не спасет вас и то, что вы успешно справляетесь со служебными обязанностями, с творческой работой, проявляете интерес к ней и даже «растете» в профессиональном отношении. Хотя формально наличие психической патологии не исключает вменяемости, ваша эскульпация будет предрешена.

По данным Института судебной психиатрии им. Сербского, примерно половина больных вялотекущей шизофренией признается дееспособной. Но нам не известны случаи признания шизофреника вменяемым. Опытнейший эксперт проф. Лунц считает целесообразным введение в гражданское законодательство понятия «ограниченной» или «частичной» дееспособности и сознательно совершает преступные эскульпации здоровых людей, ибо «каждый класс, каждая профессия имеет свою моральную этику». (Справка: ограничение дееспособности и вменяемости действительно необходимо; существует как законодательные положения в юриспруденции всех культурных государств).

Паранойальное развитие личности. Диагноз столь же спорный и неконкретный. Чтобы понять, что кроется за этой

терминологической шапкой, необходимо знать следующее.

1. В психиатрии различают 3 вида идей (кроме обычной идеи): а) доминирующая идея — наблюдается у здоровых людей, охваченных каким-либо стремлением и всецело поглощенных вынашиваемой мыслью; б) сверхценная идея (патологическая) — это умозаключение, обычно рационального содержания, но необоснованно переоцениваемое в его значении. Объективно значение сверхценной идеи ничтожно в сравнении с субъективной оценкой ее индивидом; в) бредовая идея (патологическая) — это ошибочное умозаключение, не имеющее под собой реальной основы, не поддающееся переубеждению. Совокупность бредовых идей называют бредом.

2. Среди нескольких видов бреда нас интересуют два:

а) бред реформаторства — улучшение условий жизни может быть достигнуто только путем пересмотра сложившихся взглядов, соответственно идее о перестройке действительности;

б) бред сутяжничества — не соответствующее действительности убеждение, что личные права индивида нарушаются, попираются; мотивы становятся «понятными», направляется много жалоб и заявлений с требованием восстановить «справедливость».

3. Психопатией называют патологическое развитие характера. Наряду с этим существуют и крайние варианты нормального характера — их границы с психопатией неопределенны, расплывчаты. В психопатной динамике рассматривают период компенсаций (в социальном отношении) и декомпенсаций.

Из всех групп психопатии нас интересует одна — паранойяльная психопатия. Она характеризуется подозрительностью, мнительностью, высокой степенью готовности к образованию сверхценных и бредовых идей; ригидным, односторонним, тугоподвижным(?) мышлением; длительным застреванием на переживаниях, связанных с незначительным событием. В конфликтной ситуации у паранойяльных психопатов возникают паранойяльные реакции. Из них со временем формируется паранойяльное развитие личности, то есть стройная система бреда, в нашем случае — сутяжничество или реформаторство.

Схема: возникает доминирующая идея, затем сменяется сверхценной, наконец — бредовой; развивается стройная (то есть внешне убедительная, но абсурдная) бредовая система, затем образуется систематизированный бред преследования с

тенденцией переоценки собственной личности (все трактовки даны в соответствии с курсом психиатрии для студентов мединститутов СССР). Как видите, доказательность этого вида психической патологии весьма относительна. И наоборот: попробуйте доказать, что ваши суждения об оккупации Чехословакии или об отсутствии в СССР демократических свобод — не ошибочные суждения, а имеющие под собой реальные основания... И что не является «бредом преследования» слежка за вами и вашими близкими. И субъективная ваша оценка внутрисоциальной жизни в СССР отнюдь не ничтожна в сравнении с действительными фактами... И «освобождение» вас от занимаемой должности после того, как вы в числе других подписали «заявление протеста», является попиранием ваших прав... Эксперты из Института судебной психиатрии доктор мед. наук Печерникова и Косачев прямо указывают: «Наиболее часто идеи борьбы за правду и справедливость формируются у личностей паранойяльной структуры», или: «Сутяжно-паранойяльное состояние возникает после психотравмирующих обстоятельств, затрагивающих интересы испытуемых, и несет на себе печать ущемленности правовых положений личности»; или: «Характерной чертой этих (*сверхценных* — **Б. и Г.**) образований является убежденность в своей правоте, охваченность отстаиванием «попранных прав», «значительность переживаний для личности больного»; или: «Судебное заседание они используют как трибуну для речей и обращений». А как оценить психиатрам психическое состояние Георгия Димитрова, выступающего с речью на суде?.. И многих других общественных деятелей с их всепоглощающей верой в идеал и отказом от личной жизни?.. Быть осторожным, не очень умным, «себе на уме» — значит быть здоровым. А горе — от ума. Остается ввести в психиатрию официально новый вид психической патологии под названием комплекса Чацкого.

И последнее. Сам по себе диагноз паранойяльной психопатии и паранойяльного развития личности отнюдь не означает необходимость эскульпации. Так, по официальной статистике Института судебной психиатрии 95,5% признают вменяемыми. Но это — в теории. С инакомыслящими — статистика иная, она не публикуется. Печерникова и Косачев, подробнейшим образом описав «картину» сутяжно-паранойяльного развития, «забыли» сообщить проценты эскульпированных «параноиков-сутяг».

Психология психиатра

XX век поставил перед нами проблему коммуникабельности. Сегодня с трудом понимают друг друга представители разных профессий, говоря на одном языке. В кабинете психиатра от вашей коммуникабельности будет зависеть слишком многое. Постарайтесь, чтобы эксперт понял вас именно так, как это именно необходимо вам: сделайте все возможное, чтобы «установка» эксперта на вашу невменяемость, если таковая у него будет, не превратилась в аргументированный вывод. Помните: психиатр — обычный человек, не обладающий сверхъестественными способностями. Бытующее в определенной среде мнение, что психиатр может «взглядом проникнуть в душу, читать мысли или заставить говорить правду», — абсурдно. Никакие терапевтические, гипнотические, фармакологические воздействия не могут раскрыть ваши потаенные мысли, заставить говорить, если вы этого не желаете. Не всегда состоятельно и представление о чрезвычайно высоком интеллекте психиатра, его глубоком знании человеческой психологии (в бытовом значении слова).

Психиатр — это врач, большую часть времени проводящий в стенах психиатрического учреждения, среди душевнобольных. Он привык видеть страдания, буйства, самые неприятные извращения, горе. Его пациенты — безумцы-дети и безумцы-взрослые, женщины и мужчины. Поэтому само по себе желание человека выбрать именно эту профессию и успешно выдерживающего в психиатрии «испытательный срок» (для многих — критический) предполагает некоторые первичные особенности личности. Годы ежедневного пребывания на этом «кладбище погибших рассудков» накладывают свой отпечаток на личность врача, необратимо меняют его.

Вот наиболее характерные типы врачей-психиатров.

Начинающий психиатр. Искренне любит психиатрию, считает ее полноценной научной дисциплиной. Из-за недостатка жизненного и профессионального опыта и малого объема знаний усматривает психическую патологию там, где ее заведомо нет. Не понимает искусственности психиатрических концепций. Поэтому в работе легко внушаем, может искренне «выявить» у вас психическую патологию. В судебно-психиатрических экспертных комиссиях участия не принимает. Неопасен, так как не он будет решать вашу судьбу.

Типы зрелых психиатров следует рассмотреть более подробно. Именно они предрешат ваше будущее.

Ученый. Сохранил «юношескую» страсть к психиатрии, считает ее своим призванием. Для него психиатрия — научная дисциплина (хотя и с оговорками). Как правило, относит (*или: «не относит»* — в подлиннике неясно, — **переписчик**) инакомыслие к психиатрической компетенции. Не любит участвовать в экспертизе невменяемости: «Я врач, а не следователь»... Достаточно трезв, чтобы понять конъюнктуру, но постарается «не пачкаться» — помогите ему своей правильной тактикой.

Диссертант. Главная особенность: бессознательно расширяет границы заболевания, описываемого в диссертации. Убедите его своим поведением, что в качестве «материала» вы не подходите.

Вольтерьянец. Умный, опытный человек и психиатр. Давно разочаровался в психиатрии как науке. Высокий интеллект, любит искусство, литературу, может помногу говорить о них. Социально инертен, т.к. не верит в успех каких-либо социальных преобразований (мудрость Экклезиаста); не исключается внешняя общественная позиция по «курсу». Трусоват, циничен. Прекрасно понимает конъюнктуру, но даже под «давлением» признает вас психически здоровым, причем в силу своей трусости сделает это убедительно наглядно, чтобы снять с себя подозрение в «симпатиях» к вам: «чтобы комар носу не подточил».

Обыватель. Интеллект и специальные знания не выше среднего. Себя считает умным и опытным врачом, а свой жизненный стиль — желательным эталоном для других. В рамках «общего курса» социально активен, хорошо развита приспособляемость к внешним условиям («социальная мимикрия»). Не понимает таких явлений, как сюрреалистическая живопись («разве лошади летают?»), современная поэзия («а где же рифмы?») и т.п. Искренне считает аномальной вашу социальную позицию, основные аргументы: «Ведь была квартира, семья, работа. Зачем же вы?» С этим современным «рантье» не рекомендуем говорить об абстрактных предметах, философии, физических теориях и т.п., о современном искусстве, — старайтесь оставаться на его уровне. Опасен, может выявить психическую патологию, легко поддается давлению свыше, себя всегда оправдывает (в своих глазах) ссылкой на авторитеты, психиатрическую «школу».

Профессиональный палач. Сознательно совершает эскульпацию психически здоровых людей. Обычно — грамотный специалист. Поэтому единственная ваша возможность — не дать ему ни одного «симптома». В этом случае из своеобразного профессионального самоуважения может не захотеть пачкаться «явной липой».

Практические рекомендации о вашей тактике

Карательные службы имеют перед инакомыслящими одно важное преимущество: они активно аморальны. Принцип «цель оправдывает средства» используется государством против граждан, уподобившихся мальчику из известной сказки Андерсена о голом короле. Наукообразные положения о классовости морали позволяют быть откровенно безнравственным по отношению к «врагам советского народа и социалистического строя». А что — мораль? Моральна правда, но не ложь, моральна искренность, морально сочувствие и т.п. Инакомыслящие, как правило, признают именно такую «внеклассовую» мораль.

Вот что это означает в условиях предварительного следствия, суда, психиатрической экспертизы: 1) давать правдивые показания на все интересующие КГБ или суд вопросы, заведомо пагубные для себя как экспертирующегося; 2) «наталкивать» КГБ и суд на неизвестные им обстоятельства и мотивы, давать эксперту необходимую ему «симптоматику»; 3) позволять nepозволительную слабость по отношению к следователю, которому «крайне необходимо успешно вести следствие», к свидетелю, струсившему «из боязни потерять должность», и т.п.

К сожалению, это факт. Лгать — скверно, но учтите: от вашего желания и умения быть неморальным по отношению к лицам и организациям, исповедующим мораль готтентота, зависит ваша судьба. На опыте сотен товарищей и собственном мы утверждаем: абстрактная моральность, определяющая поведение подследственного, подсудимого и экспертирующегося, противоречит его жизненным интересам. Ваше правильное поведение в период психиатрического исследования (как и следствия, суда) включает в себя не только необходимые элементарные знания из теории и практики психиатрии, но и «заземленную моральность». Все

наши рекомендации рассчитаны на некоего «усредненного диссидента». Понятно, мы не можем учитывать все многообразие индивидуальных обстоятельств, интересов, судеб. Во все не обязательно следовать какой-либо конкретной рекомендации, если это объективно противоречит реальности. Мало того, это вредно. Бессмысленно, например, отрицать травму головного мозга в прошлом, если об этом имеются указания в документах; заикание, если вы заикаетесь, и прочее. Желательно, чтобы ваши потенциальные свидетели сумели дать столь же правильные и «чистые» показания о вашем психическом облике. Сведения, сообщаемые вами врачу, могут не совпадать с материалами следственного дела. Во-первых, закон не воспрещает подозреваемому или обвиняемому заведомо ложных показаний; во-вторых, сведения, имеющиеся у экспертов, не будучи тайной [для] КГБ (в советском праве врачебная тайна существует как чисто формальная категория), не могут быть использованы в материалах следственного и судебного расследования. Однако следует твердо помнить, что при даче эксперту каких-либо сведений о конкретных интересующих КГБ обстоятельствах следует быть осторожным, т.к. со временем эти сведения могут быть «оперативно разработаны».

Общие сведения о вашей жизни. Беременность вами и роды прошли нормально. Вы родились здоровым ребенком, сидеть, ходить, разговаривать научились вовремя. В детстве проявляли интерес к сверстникам, с удовольствием контактировали с ними. Не было предпочтения играм наедине с самим собой, чрезмерного фантазирования, лживости, упрямства; все привычки, поступки, суждения соответствовали возрасту и полу. К чтению проявляли умеренный или несколько повышенный интерес, предпочитали книги, соответствующие возрасту. Не было ночных страхов, снохождения, расстройств сна, заикания, чрезмерно выраженной боязни темноты, животных, высоты и проч. Не было неустойчивости настроения, слабоволия, повышенной обидчивости, неожиданных реакций агрессии, побегов из школы и дома, в занятиях успевали, на «второй год» не оставались; проявляли интерес к жизни класса, школы, двора, не самоустранялись из нее, пользовались расположением товарищей (однако не были излишне «примерными», безынициативными), ваши друзья всегда соответствовали вам по возрасту. В подростковом возрасте

не было «особенностей» и «трудностей» поведения. Неудачи переживали спокойно, но не безучастно; не испытывали тяги к уединенным тихим занятиям, отвращения к спорту, к большим скоплениям людей, массовым зрелищам. Жили интересами своего возраста и круга: любили кино, книги (но не одну «фантастику»), игры; к членам семьи относились с любовью, жили интересами семьи, ее заботами, переживали за близких, переживали их болезни, печали, их радости; не были скрытны, делились в семье своими интересами и новостями. Интерес к противоположному полу возник своевременно; к выбору профессии не были безучастны; всегда проявляли живые, яркие и адекватные эмоции, искренне сочувствовали горю и неудачам близких вам людей. По характеру не вспыльчивы, контакты с людьми не «поверхностные»; не ограничиваете себя интересами круга «семья—служба». Если вы человек скрытный, замкнутый, то виной тому робость, а не отсутствие потребности в общении; к профессиональным обязанностям не безразличны, не испытываете к ним отвращения; если только того не требуют ваши занятия или профессия, не проявляете (и не проявляли) интереса к философским проблемам (ибо есть такой термин: «метафизическая интоксикация»), психиатрии, парапсихологии, математике. Учитывая уже известную вам психологию психиатра, не проявляйте интереса к современному «модерному» искусству и, особенно, пониманию его. Свободное время вы не посвящаете одним аутистическим занятиям: чтению, садоводству, созерцанию природы и произведений искусства. Вы имеете «хобби», интересуетесь спортом (хотя бы зритель, болельщик). Если вы холосты, не объясняйте это отсутствием влечения к противоположному полу или отвращением к семейной жизни, найдите какую-либо иную причину (отсутствие квартиры, малая зарплата, собирался, но помешал арест...). В сексуальном отношении вы всегда были в границах «приличий». У вас никогда не было склонности к «непререкаемости суждений», вы понимаете и понимали, что «в жизни кривая линия зачастую короче прямой», у вас не было немотивированных, с точки зрения окружающих, поступков. Если объективно известно о некоторых особенностях вашего характера, например, о «срывах», то проявляйте критичность к себе. У вас никогда не было травм мозга, судорожных состояний, потерь сознания, галлюцинаций, расстройств памяти, заболеваний нервной системы (мозга); алкоголем

не злоупотребляете, если и пили когда, то предпочитали сухие вина. Ваши социальные взгляды менялись с возрастом, корректировались окружающими людьми, событиями, книгами и т.п. Ваши реакции на несправедливость по отношению к вам не были излишне яркими, бурными, экспансивными и длительными. Инакомыслие зародилось под влиянием книг, рассказов очевидцев и жертв репрессий, воспитания в семье и школе (если обстоятельства позволяют безболезненно сообщать такие сведения), в результате трезвого объективного осмысливания реальности. Как это ни неприятно, но наилучшей мотивировкой вменяемых в вину деяний является: «Хотел прославиться, стать известным; не понимал серьезности последствий, не посмотрел на себя со стороны; не понял, что зашел слишком далеко» и тому подобное. К сожалению, именно такие (некрасивые) мотивировки положительно воспримутся на экспертизе. Мы не настаиваем на использовании этого совета всеми и всегда; но помните: иногда обстоятельства могут потребовать и такой меры защиты, тем более что нравственная ваша позиция (отказ «топить» товарищей, «чернить» свое прошлое и т.п.) не пострадает от этого вынужденного тактического приема.

В период следствия по делам инакомыслящих, как правило, имеет место лишение свободы в качестве меры пресечения. Лишенные возможности общения с близкими, друзьями, вырванные из первичной обстановки и «жизненного стереотипа», вы становитесь участником заведомо проигранной вами схватки с КГБ. Именно в следственный период ваше поведение и обстоятельства дела предрешат: быть или не быть вашей невменяемости. Самый простой способ гарантировать себя от последующей эскульпации таков: давать все интересующие КГБ сведения о всех интересующих его лицах; не жалеть ни близких, ни товарищей, ни посторонних; отречься от своего «преступного прошлого» и т.д. и т.п. Как правило, это гарантирует от психбольницы, даже если вы психопат, хронический алкоголик. История знает тому примеры. К счастью, такую объективно и субъективно аморальную защиту своих интересов принимают немногие. Надеемся, что этот элементарно простой метод неприемлем и для вас.

В период следствия на вас будут воздействовать следующие факторы: 1) глухая изоляция от внешнего мира; 2) тревога за будущее; 3) психологическое давление следователя; 4) почти

обязательное соседство по камере заключенного—«наседки», прямо или косвенно оказывающего на вас психологическое давление. «Наседка»— специально подсаженный в вашу камеру человек, цель которого любым способом воздействовать на вас в благоприятную для КГБ сторону. Его методы включают уговоры дать показания, чистосердечно раскаться, чтобы заслужить прощение; при этом «наседка» ссылается на свой личный пример или примеры своих знакомых. Иногда он «случайно» находит общих с вами знакомых в прошлом и, с ссылкой на их слова, сообщает известную ему «правду» об «изменах» вашей супруги или невесты. «Наседка» выуживает из вас необходимую следствие информацию, создает в камере совершенно нетерпимую психопатическую обстановку, мешает вам спать, есть, читать и т.п. Следователь, как вы сами убедитесь, органически не может придерживаться закона в своих действиях, он будет вас уговаривать, запугивать, шантажировать, нарушать процессуальные нормы оформления следственной документации и т.п.

Широко известная самиздатовскому читателю Памятка А. Вольпина о поведении на следствии имеет, как сейчас выяснилось, существенный недостаток: предлагаемая А. Вольпиным «юридическая позиция» на следствии (требование к следователю соблюдать букву закона, четкое знание и отстаивание своих юридических прав) мешает следователю «чисто» вести ваше дело, запугивать на очных ставках ваших свидетелей, подтасовывать показания в протоколах допросов и т.д. Это выводит следователя из сил и вынуждает его обратиться к поиску у вас психических изъянов, ходатайствовать о направлении вас на психиатрическое исследование. Особенно «экспертогенен» для вас отказ от дачи показаний вообще (законом не воспрещаемый). Поэтому рекомендуем обращаться к подобным методам при ведении вашего дела только в крайних случаях.

Если позволяют обстоятельства, не ведите со следователем разговоры на «эмоциональные» для вас темы; зачастую следователь сознательно ведет подобные беседы на небезразличные для вас темы в таком ключе, чтобы вызвать у вас эмоциональную реакцию. Таким образом, например, готовили к экспертизе Леонида Плюща, чтобы документально оформить его «фантазии».

Будьте заранее готовы к ложным заявлениям следователя об имеющихся против вас «уликах», «изобличающих вас

показаниях». Помните: вы не сможете доказать следователю (как и суду), что имели место слежка за вами, провокации против вас и прочее, именно потому, что это очевидно. А эксперты на этом основании присоединят к вашему «диагнозу» и «бред преследования». По этой же причине не настаивайте на данных аспектах, если позволяют обстоятельства дела. Старайтесь аргументировать свои мнения не личным опытом или анализом действительности, но ссылкой на литературные источники, утверждения авторитетов и т.п. (Иначе в экспертном заключении появится положение о «переоценке ваших данных»). Не стесняйтесь выражать беспокойство о семье, близких, друзьях. Это необходимо для аргументирования в пользу вашей «эмоциональной сохранности».

Голодовки в качестве протеста желательно применять только при крайней необходимости: при желании отказ от приема пищи может быть истолкован как патология психики (это случилось с Петром Григорьевичем Григоренко).

Ни в коем случае нельзя упоминать о разочаровании в жизни, нежелании дальше жить, планах покончить с собой. Это немедленно навлечет на вас подозрение в психической болезни и может быть веским аргументом в пользу эскулапии. О мыслях, о планах покончить с собой нельзя говорить даже.

Не бойтесь воздействия на вас фармакологическими веществами, вводимыми посредством воды или пищи; не отказывайтесь от лечения, если больны, — факты подобных воздействий, как правило, не подтверждаются. Мы полагаем, что подобные методы воздействия не практикуются вообще, т.к. сопряжены с определенными чисто техническими трудностями и на самом деле были бы мало эффективны.

Никакие «научные» методы не смогут заставить вас поступать против собственной воли и совести. То же касается и гипнотического внушения, в подобных ситуациях вообще неэффективного.

Период психиатрического исследования и собственно экспертизы мы рассматриваем на примере стационарного экспортирования, как наиболее сложного случая.

Конвоем вы доставлены в приемный покой психиатрического учреждения, где уже с первых минут находитесь под наблюдением медицинского персонала. В приемном покое происходит санитарно-гигиеническая обработка испытуемого и первая беседа с врачом. Не отказывайтесь от гигиенических

процедур, беседы и врачебных манипуляций, т.к. это может быть расценено как «психический негативизм». В палате (или камере) вы встретитесь с иными исследуемыми. В их числе могут быть и психически больные люди, к присутствию которых вам придется привыкать. Не бойтесь их, даже агрессивные больные не столь опасны, как утверждает молва, тем более в условиях больницы, психиатрического стационара, с практикуемыми методами «устрашения». Помните, что и здесь не исключено присутствие «наседки». Как правило, в каждой палате постоянно находится санитар или фельдшер, в его функцию входит непрерывное наблюдение и, при необходимости, купирование, с помощью инъекций медикаментов или различных видов «фиксаций», агрессивности, повышенного возбуждения и проч.

Средний медицинский персонал в психиатрических учреждениях ведет журнал наблюдений, где подробнейшим образом фиксируются все особенности поведения больных и исследуемых, их высказывания, просьбы и т.п. Поэтому:

контролируйте каждый свой поступок, каждое слово — все будет доложено «ведущему» вас врачу (т.н. «докладывающему врачу», представляющему вас экспертной комиссии). Беседы с «докладывающим врачом» во многом определяют заключение комиссии. Будьте достаточно вежливы с ним (как бы ни относились к нему); по возможности отвечайте на все вопросы; некоторые вопросы могут показаться «глупыми» («Какое сегодня число? день? год? Сколько останется, если из ста вычесть тринадцать? В чем смысл пословицы “Не в свои сани не садись”?» и т.д.). У вас будет возможность определить интеллектуальный уровень психиатра, его манеру вести беседу, ваша задача — говорить с ним «на одном языке, на одном понятийном уровне».

Многие советы о тактике беседы с психиатром и ее содержании изложены выше, в иных разделах нашей работы. Старайтесь не пользоваться выражениями, которые могут быть расценены как «символические ассоциации» (например, из личного опыта Григоренко: ему был задан вопрос о «мотивах» его «антисоциальной деятельности». Григоренко ответил так: «Нечем было дышать»).

Не утверждайте категорически о слежке за вами, преследованиях, подслушиваниях, провокациях и т.п. (Печерникова и Косачев: «По мере развития и перерастания параноидных реакций в патологическое развитие личности

основные патологические образования постепенно начинают обрывать бредовыми идеями преследования, отношения, «интерпретации»).

Голодовки следует объявлять только в крайних случаях, т. к. они тоже будут расценены как проявление «психопатического негативизма». Убедить психиатра в объективности и социальной обусловленности своих убеждений вы не сумеете (именно потому, что и сам это понимает); ввиду этого не рекомендуем углубляться в дискуссию на социально-политические темы, иначе может быть констатирована «переоценка своих данных». (Печерникова и Косачев: «Сверхценные представления сменяются интерпретативным бредом, который приобретает черты некорректируемости, убежденности, паралогичности, появляется переоценка своих данных».) Может быть отмечена и «обстоятельность мышления» (так случилось с Григоренко).

Разумеется, если психиатр задался целью выявить у вас патологию, любой ваш ответ и поступок может быть расценен соответствующим образом. У Жореса Медведева, например, было констатировано «расщепление личности» на том основании, что он по профессии биолог, а пишет стихи...

Ваше поведение должно быть максимально естественным, не скрывайте тревоги о будущем, о семье, близких, друзьях, чтобы не выявили у вас «эмоциональную сглаженность» или «холодность».

Отрицайте знакомство с нашей работой, не сообщайте, что когда-либо интересовались психиатрией, парапсихологией, философией, религией (если это возможно исходя из объективных данных обстоятельств).

Помните, что советский врач не может гарантировать вам соблюдение профессиональной тайны. Не сообщайте ему «оперативных» сведений, которые могут быть использованы против вас или ваших знакомых.

Спустя определенное время «докладывающий» врач представит вас комиссии, сообщит ей о своих наблюдениях, характере и содержании бесед с вами, сделает предварительный анализ и даст заключение о вашей вменяемости (или невменяемости).

И последнее: молва о «фармакологических» допросах в психиатрических учреждениях не беспочвенна. Существует метод так называемого «амиталового интервью», посредством внутривенного введения амиталнатрия. Через короткое

Приложение

время (секунды) после введения у испытуемого наступает непродолжительное состояние опьянения, сходного с алкогольным, затем переходящее в глубокий сон. Принцип довольно банален: «у пьяного развязывается язык». Метод «растормаживания» (так его называют официально) применяется в случаях, когда у испытуемого или больного хотят выявить скрываемый бред, галлюцинации и т.п. Компетентно заявляем: метод малоэффективен, не бойтесь его, контролируйте свое состояние (это возможно), и эффект «развязывания» вам языка не удастся.

Поведение в психиатрической больнице

Может случиться худшее: несмотря на полное следование нашим рекомендациям, вы будете признаны невменяемым и определением суда направлены на принудительное психиатрическое лечение.

Бесправное положение психически больного незавидно. Вы не должны отчаиваться! Многие десятки ваших товарищей долгие годы находятся на принудительном лечении без значительного ущерба для здоровья. Несмотря на весь арсенал психофармакологических средств, шоковую терапию, современная наука, к счастью, пока не в состоянии необратимо изменить человеческую индивидуальность, убить личность в человеке.

Каждые шесть месяцев вас должны представлять на очередную психиатрическую экспертизу, этого требует закон. Кто знает, может быть, одна из таких комиссий признает вас «излеченным». Нет никаких оснований надеяться на совесть врачей; к сожалению, малоэффективно и давление мирового общественного мнения по поводу преступного использования психиатрии в СССР.

Практика показывает, что для создания себе более или менее сносных условий существования в психиатрической больнице (менее выраженный «режим притеснения», разрешение на чтение книг, более мягкое «лечение» с более продолжительными перерывами между курсами) необходимо сообщать врачам о «переоценке своих прежних болезненных убеждений». Отдавая должное мужеству Леонида Плюща, сознательно отказывающегося в спецбольнице г. Днепропетровска от любых «тактических приемов», мы настоятельно рекомендуем все же пользоваться ими. В этом и только в этом единственная надежда на спасение.

Заключение

Экспертировавший одного из авторов данной работы профессор Ушаков так пишет в своем учебнике, рассчитанном на студентов-медиков: «Научные идеи, доминирующие в сознании ученого, фанатические идеи верующего представляют собой варианты переоценки (т.е. сверхценных, патологических) идей».

Стоит ли удивляться после этого широкой практике эскульпации инакомыслящих?

Знание элементарных положений психиатрической практики, умение сознательно и грамотно вести себя при встрече с психиатром необходимо сегодня многим. Известные обстоятельства нашей жизни помешали нам ранее письменно обобщить наш опыт и предложить его читателям.

Наша работа рассчитана и на тот случай, когда вам придется выступать на следствии в качестве свидетеля. Тогда от ваших показаний будет зависеть судьба других людей.

Столь сжатый объем не позволил достаточно глубоко и серьезно осветить некоторые вопросы теории психиатрии и взаимоотношения права и психиатрии, поэтому для тех, кто желает ознакомиться с проблемами, затронутыми в нашей работе, рекомендуем следующую литературу.

Рекомендуемая литература

1. Уголовный кодекс (комментарии).
2. Уголовно-процессуальный кодекс (комментарии).
3. Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении (стр. 36).
4. Закон РСФСР о здравоохранении (стр. 54–56).
5. Инструкция о неотложной госпитализации психических больных МЗ РСФСР.
8. Медведев Ж. «Кто сумасшедший?», Самиздат.
9. Григоренко П. Воспоминания, Самиздат.
11. Гиляровский В. А. Психиатрия, М. 1964.
12. Гаянушкин Н. В. Избранные труды, М. 1964.
13. Тимофеев Н. Н., Тимофеев Л. Н. Вопросы медицинской деонтологии в судебно-психиатрической клинике. Журнал «Невропатология и психиатрия» им. Корсакова, 1973, № 5.
14. Печерникова Т. П., Косачев А. А. Некоторые особенности становления и диагностики паранойяльных синдромов при психопатиях. Судебно-медицинская экспертиза за 1973 год., № 4.

Приложение

15. Тимофеев Н. Н. Деонтологический аспект распознавания больных шизофренией. Журнал «Невропатология и психиатрия» им. Корсакова, 1974 г., № 7.
16. Шманова Л. М. Клиника вялотекущей шизофрении по данным отдаленного катамнеза (докторская диссертация), М.1968 г.

Наряду с этим убедительно просим опубликовать за именем Глузмана «Заочное судебнопсихиатрическое исследование по делу Григоренко».

Если необходимо, дайте в конце работы словарь терминов.

Буковский В.
Владимирская тюрьма

Глузман С.
Пермский политлагерь

Виктор Рафальский

РЕПОРТАЖ ИЗ НИОТКУДА

Нечто вроде предисловия

В последнее время за границей общественность взбудоражило намерение советских психиатров опять войти в контакт со Всемирной Ассоциацией психиатров, реабилитировав себя таким образом в глазах врачебного мира. Наша же общественность, похоже, не реагирует на это. А стоило бы.

В свое время группа советских психиатров, не ожидая скандального исключения, заблаговременно ушла из этой Ассоциации — тогда особенно бушевали страсти вокруг преступной связи наших психиатров с органами госбезопасности.

Считая, по-видимому, что время уже достаточно загладило мрачное прошлое, наши психиатры, как говорится, воспряли духом. Они зондируют почву вокруг вопроса восстановления их в членстве упомянутой Ассоциации. Но есть все же одно «но».

До сих пор советские психиатры упорно хранят «благородное молчание» по поводу обвинения в политизации нашей отечественной психиатрии — что за всем этим кроется, давно известно.

Я из числа тех, кто против того, чтобы давать потачку этой преступной своре. Никаких членств!

Еще не сказано последнее слово. А оно, это слово, за органами юстиции.

Исходя из всего этого, я вторично предлагаю к публикации свой «РЕПОРТАЖ ИЗ НИОТКУДА», датированный 1988 годом.

Жалкие заметки на страницах газет по столь вопиющему вопросу — это, конечно, не боль времени.

Нужно нечто иное.

Слово за честными психиатрами.

В. Рафальский

Последнее известие

16 октября 1989 года на конгрессе Всемирной ассоциации психиатров большинством голосов Общество советских психиатров восстановлено в членстве данной Ассоциации.

По этому поводу председатель Общества советских психиатров Савченко сказал:

«Я, правду говоря, не ожидал, что Общество советских психиатров будет восстановлено в членстве Всемирной ассоциации психиатров».

Возвращение общества советских психиатров в членство всемирной ассоциации психиатров является оскорблением каждой жертвы советской психиатрии. Поэтому я слагаю с себя полномочия почетного члена Всемирной ассоциации психиатров.

А. Корягин

В анналах истории иногда можно натолкнуться на такие омерзительные сюжеты, которые историку и описывать-то тошно.

Нечто подобное ощущаю и я, делая эти записи.

Речь идет о так называемых специальных психиатрических больницах, которые до 1959 года назывались просто тюремные психиатрические больницы МВД СССР.

Своим появлением эти «больницы» обязаны хитромудрой деятельности покойного генерального прокурора Вышинского. Это его идея. Именно по его указанию была создана еще в тридцатые годы Казанская тюремная психиатрическая больница — первая в этом роде.

Видимо, Сталину это пришлось по нраву, так как в «больницу» сию было упрятано не одну сотню партийных работников всех рангов, неведомо чем неудобных вождю всех времен и народов. Что там происходило, одному Богу ведомо. Один из тех несчастных, который вышел оттуда полным инвалидом (это уже после смерти Сталина), рассказывал мне, какие пытки и издевательства он там претерпел. Ежедневно — побои резиновыми шлангами, нечто вроде утренней зарядки,

и так из года в год, из года в год. А впереди — неизвестность, ибо из Казани никого не выпускали.

После войны была основана еще одна «больница» — в Ленинграде. А затем еще и еще. В общей сложности, этих «больниц» сегодня в стране, наверное, десятка полтора. Правда, в 1958 году была мысль эти «больницы» ликвидировать. Об этом мне рассказала заведующая четвертым отделением Ленинградской тюремной психиатрической больницы, где я был некоторое время. Говорила о той государственной комиссии с досадой, упрекая и себя, и других врачей за то, что так упрямо отстаивали целесообразность существования таких заведений.

— Если бы мы знали, что нам после этого срежут ставки, черта с два мы так себя повели бы, — цинично говорила сия дама.

Не знаю, почему она так разоткровенничалась.

Следует сказать, что главной причиной такого ограниченного освобождения из спецбольниц этих являются именно эти злополучные врачебные ставки. Для врачей, если их можно так назвать, психушки МВД — золотое дно. Ответственности никакой, взятки сами плывут в руки, и высокая, в сравнении с Минздравом, зарплата. Каждый держится за свой контингент больных (20–25 человек), будет меньше — могут сократить штаты.

Впервые я был арестован в 1954 году (имею в виду послевоенное время, не касаясь ежовщины). Обращаюсь к этому экскурсу, чтобы выяснить некоторые метаморфозы, какие претерпела эта тюремнопсихиатрическая система.

Итак, в том году мне было предъявлено довольно солидное обвинение в антисоветской деятельности. Одна важная деталь: Хрущев как-то выразился, что выступать против нашей системы может только сумасшедший. Это его слова, и попали они даже в прессу. Совершенно ясно, что и врачами, и органами госбезопасности это было воспринято как директивное указание. Что это действительно так, в этом нет сомнения, ибо все тюремные психушки — Ленинградская и Казанская — были переполнены фрондирующей молодежью, студентами ленинградских и московских вузов, которых судить было нельзя («политзаключенных у нас нет» — Хрущев), а упрягать в дом умалишенных, за десять замков — как раз резон. Юридическое оформление всего этого был возложено на

институт судебной психиатрии имени Сербского в Москве, — в частности, на его четвертое отделение (политическое). Возглавлял отделение Лунц, заместителем была Маргарита Тальце, в прошлом (в период бериевщины) заведующая этим отделением. Поскольку я о ней вспомнил, следует вспомнить вообще об ее деятельности в сталинские времена.

Санитарки, работавшие в пятидесятые годы, откровенно нам рассказывали (тогда тоже была «гласность») о делах и деяниях Маргариты Тальце. Они свидетельствовали, что эта дама лично допрашивала заключенных, привезенных сюда из Лубянки и Лефортово, при помощи каких-то сильно действующих препаратов (делала уколы), после чего, весьма часто, возили трупы.

Поскольку этих старых санитарок сегодня, возможно, нет уже в живых, я готов принести какую угодно присягу, что все это я действительно слышал от старых санитарок, и что свидетелями этих откровенных разговоров были и другие политзаключенные.

После расстрела Берии Тальце понизили в должности (видимо, все это всплыло наружу), но сегодня Маргарита Тальце опять возглавляет четвертый отдел. Правда, теперь там для политических отведен лишь закоулок, бывший изолятор, так как отдел стал сугубо уголовным.

Но обратимся к тем временам.

Четвертое отделение находилось в непосредственном подчинении органов госбезопасности. Именно по указанию этих органов и проводилась вся юридическая деятельность четвертого отделения. О том, что это действительно так, говорят факты.

Ленинградский кибернетик Ветохин проходил одесскую экспертизу. Когда последняя признала его вменяемым, органы госбезопасности обратились к институту имени Сербского. Выводы одесской экспертизы их не устраивали. Институт, соответственно, изменил диагноз.

Когда я в 1962 году вторично попал в тиски госбезопасности, экспертизу мне проводил Киев. Заключение — вменяем. Казалось бы, все ясно. Но, судя по всему, это не устраивало Комитет госбезопасности, где велось следствие по моему делу. Я попадаю в институт судебной психиатрии имени Сербского. И тот же результат, что и с Ветохиным — «чего изволите?» Возникает вопрос — какой во всем этом смысл?

Если так можно выразиться — смысла тут два. Во-первых, меньше политических дел (и так много толков), во-вторых — бессрочность содержания «неудобных» под стражей. Ничего оригинального, как видим, в этом нет. И разумного тоже. А вот обыкновенной подлости — по уши.

Коль речь зашла о тесной связи четвертого отделения института им. Сербского с Лубянкой, не могу не рассказать еще об одной истории. Истории трагической во всех отношениях.

Даниил Леонидович Андреев.

Арестованный подручными Берии по обвинению в подготовке покушения на Сталина, Даниил Андреев ровно десять лет, от звонка до звонка, просидел во Владимирском политизоляторе. Да, он сознался в предъявленных ему обвинениях, подписал все, что от него требовали в Лефортовской тюрьме следователи госбезопасности. Сознался потому, что был уверен — расстрела не миновать, а истязаниям не было конца. Его били ножкой стула по голени ног, выколачивая из него всякого рода абсурдные признания, применяли и другие изощренные пытки. Он сознался, тем более, что сокамерники не скрывали: отсюда живыми не выходят.

Не расстреляли — закрыли наглухо во Владимирской тюрьме. Наверное, Берия в очередной раз докладывал вождю, от какой опасности он его, вождя, уберег. Может быть, и орден заработал на этом деле.

Даниил Андреев — сын известного русского писателя Леонида Андреева. Когда началась так называемая хрущевская «оттепель», оставшихся в живых жертв сталинского террора освободили из мест заключения. Но вместо того, чтобы выпустить, как и других ему подобных, Андреева привозят на экспертизу в институт имени Сербского. Зачем? Ведь он отбыл срок, он должен быть реабилитирован. Я встретил его там в 1957 году. Роста выше среднего, крупные черты интеллигентного лица, удивительно добрые человеческие глаза. При аресте у него изъяли рукопись, которой он дорожил. Сожгли, конечно. Об этом впоследствии с гневом писал К. Симонов — почему, мол, такая идиотская практика в пресловутых органах — уничтожать изъятое?

Была «оттепель», и Даниил Леонидович, особенно не стесняясь (чего уж там) читал нам свою поэму, сильную и талантливую. Я был тогда молод, лет десять было разницы между нами. Да и вузовской молодежи было много — я уже выше говорил, как заботливо Хрущев заталкивал

фрондирующую молодежь в тюремные психушки. Такое окружение, по-видимому, было приятно Андрееву, и он читал свою поэму этим молодым зеленым фрондерам.

*Иду туда, где под землю
сползают эскалаторы,
Где светится над входами
неоновое «М»,
Там статуи с тяжелыми
чертами узурпатора...*

Мне кажется, Андреев мало верил (или и вовсе не верил) в эту хрущевскую «оттепель». Во всяком случае, когда наиболее башковитые юнцы выучили наизусть эту поэму, он просил, чтобы ее не публиковали.

Спрашиваю себя, зачем все же привезли на экспертизу Андреева, почему не выпустили. На это могла ответить только Лубянка. Видимо, Лубянка была почему-то заинтересована в том, чтобы своего подопечного пустить дальше по линии тюремной психиатрии, не иначе.

Когда я, после освобождения, в 1960 году навестил его жену, Андреева уже не было в живых. Он умер от рака крови спустя шесть месяцев после того, как он прошел эту дурацкую экспертизу и был освобожден. У него был рак крови, и врачи это знали, и Лубянка знала, — не знал только он, Даниил Андреев. Вот почему его не заточили еще на годы в тюремную психбольницу, а отправили домой умирать.

Истины ради скажу, что Алла Александровна, ознакомившись с «Репортажем», укорила меня в искажении некоторых фактов, касающихся ее мужа. Правду говоря, я в самом деле не знал кое-каких обстоятельств. Думаю все же, что я не покривил душой, изложив то, что знал в то время отнюдь не по кривотолкам. В конце концов, Алла Александровна вправе внести свои коррективы.

У меня нет намерения исписывать кипы бумаг на эту тему. С меня достаточно того, что я перенес за долгие двадцать лет последнего заключения. Прошу все же понять, что описывать все то, свидетелем чего я был, — это как бы снова начинать свое хождение по мукам, — а это свыше моих сил. Следовательно, лаконичность прежде всего.

Год 1955. Первое мое знакомство с экспертизой института судебной психиатрии имени Сербского. Четвертое отделение.

Глава — Даниил Лунц. Нас, подследственных кроликов, как мы себя называли, — 69. Впереди — только тюремная психиатрическая больница. Это название существовало до 1959 года. Теперь — спецбольница системы МВД.

...Генерал Геннадий Куприянов. Так называемое «ленинградское дело». Пять лет по лагерям. Кто-то, по-видимому, не заинтересован в его, Куприянова, реабилитации (возможно, Серов, глава госбезопасности). Характер твердый, бескомпромиссный. Генерала явно спраживают по линии психиатрии. Имеет свидание с женой, которой сказал: «Иди к Жукову...»

Когда я через полгода попал в ленинградскую тюремную психушку, мне рассказали удивительную историю. Как только привезли Куприянова, эскулапам звонит Жуков:

— Что-о?! боевого генерала в сумасшедший дом?! освободить! немедленно!..

Итак, когда меня приэтапировали, Куприянова уже там не было. Выпустили как больного, который «излечился». Моментально «излечился». И пошел генерал работать в аппарате Ленинградского обкома партии.

Анекдотично, не правда ли?

Атмосфера тяжелейшая, но, в сравнении с тем, что я перенес позже, это еще цветочки, ягодки потом — когда к власти придет Брежнев.

О, это те еще ягодки!

Повторяю: это был год 1955. Правда, и тогда были цветочки не из приятных. Метод усмирения: раздевают донага, укутывают мокрой простыней, привязывают к кровати и в таком состоянии держат, пока человек не завопит. Ибо, высыхая, плотно обвернутая простыня причиняет невыносимую боль. Это так называемая укутка. В ленинградской психушке практиковалось довольно часто.

Сцена. Ведут меня коридором второго (экспертного) отделения. Дверь одной из камер открыта настежь (тут все одиночки). На кровати голый человек на «растяжке» — руки и ноги притянуты жгутами. Здоровенный надзиратель тянет за мошонку. Душераздирающий крик. Рядом — сестра. Что бы это значило — неясно. Меня от этого зрелища шатает.

Вот так-то.

Колоритная фигура: Николай Самсонов, геофизик из института Арктики. Солидный специалист. Автор научных

работ. Бескомпромиссный. Таким особенно тяжело. Марксист-ленинец. И сидит он за... ну просто — тьфу, да и только! В письме к академику Виноградову чесанул Хрущева.

Где-то в году шестидесятом — уже после моего освобождения — был я у жены Самсонова (по специальности — физик). Рассказала мне, что на защиту Самсонова стал весь институт Арктики — дирекция, профком, коллектив. Все напрасно.

Ах, читатель, читатель! Не сделать ли нам с вами определенного вывода из дела уважаемого Николая Самсонова: в государстве нашем все вершит один лишь закон (основной при том и неписаный при том): тот прав, кто имеет больше прав. Достаточно указания сверху — конец законам и Конституции.

Я не знаю, какой была судьба Самсонова. Когда я вышел в конце 1959 года, он уже сидел пять лет. Нравственные издевательства — это самая страшная вещь. Самсонова к тому же накачивали аминазином, что было ему противопоказано — больная печень. От него требовали только одного: покаяйся! Он сказал: нет!

Уже много позже я узнал, что выпустили его полным инвалидом.

Вы знаете, это страшно, когда человек очень верит в систему, которая его же губит. Мне было Самсонова по-человечески жаль, хотя я не разделял его политических взглядов.

История с Самсоновым не единичный факт, когда единомышленники уничтожают единомышленника.

Студент пятого курса философского факультета Киевского университета Толич, уверовав в хрущевскую «оттепель», создал марксистский дискуссионный клуб. Его арестовали. Но это был довольно-таки курьезный случай. Судить? Да ведь он марксист! Объявить умалишенным? Да ведь он марксист! Не знаю, чем уже там думали компетентные ребята из компетентных органов, но что-то все же думали. Думалось им, видимо, не легко. Крутили это дело целый год, и вынуждены были (с каким сердцем!) освободить Толича из-под стражи. Был это, кажется, единственный случай, когда мудрые эскулапы (или как их там) института имени Сербского не признали своего подопечного душевнобольным. Но ведь и положенице у них было, эскулапов этих! За марксистские убеждения поставить клеймо сумасшедшего!

Я встречал впоследствии Толича. Выгнали все же из университета. Способный парень был, что и говорить, но имел неосторожность слепо уверовать в то, во что лучше не верить.

Это не такое уж что-то исключительное — единомышленники уничтожают единомышленников.

Федор Федорович Шульц. Человек необыкновенный во всех отношениях. Целеустремленный, бескомпромиссный. Член партии бог знает с какого времени. Честность и человечность — характернейшие черты в нем. И вот этот человек, Федор Шульц попадает в сталинскую мясорубку.

В 1930 году саратовская парторганизация в полном составе — в оппозиции к Сталину. Что за этим произошло — не стоит и толковать. С тех пор Шульц — вечный заключенный сталинских концлагерей.

В 1956 году, во времена хрущевской «оттепели» — реабилитирован. На комиссии ЦК по реабилитации, возглавляемой Суловым, сказал:

— Если будете опять то же самое — тюрьмы и лагеря за взгляды, можете не реабилитировать.

Члены комиссии переглянулись и реабилитировали. Шульц стал персональным пенсионером союзного значения. Не прошло, однако, и несколько лет, как «персонального пенсионера союзного значения» опять берут за жабры. На этот раз — за письмо в ЦК, в котором он подвергает уничтожающей критике деятельность Политбюро того времени (Президиума, как тогда оно называлось). Шульца заталкивают в Ленинградскую тюремную психушку. Странная вещь: персональный партпенсионер в тюрьме!

Спустя год на комиссии профессор Туробаров, председатель, многозначительно спрашивает:

— Ну что, будете писать в ЦК?

ШУЛЬЦ:

— Я? Писать в ЦК? Принципиально нет.

ТУРОБАРОВ:

— Вот, вот, вот!

И санкционирует выписку из сумасшедшего дома: ремиссия.

Ну, чем не цирк?!

Повторяю: это не такое уж что-то исключительное: единомышленники уничтожают единомышленников.

И совсем не исключительно и, я бы оказал, совершенно закономерно, когда единомышленники спасают

единомышленников. Да, в некоторых случаях тюремная психбольница играла роль спасательного круга для кое-кого. Именно так и использовали эту «больницу» те, кому это было нужно из тех или иных соображений. Берию расстреляли. Остались приспешники, за которыми стояли еще какие-то законспирированные приспешники, и именно эти последние делали все, чтобы кого-то из своей братии при возможности уберечь от роковой пули.

И уберегали.

Саркисов, личный охранник Берии, человек, на совести которого сотни изнасилованных женщин, которых он, Саркисов, затаскивал в логово грузинского проходимца. После сих трудов праведных, он, Саркисов, теперь отдыхает на Арсенальной, 9, в стенах ленинградской тюремной психбольницы. У него здесь все условия, в отличие от других заключенных. От нечего делать, вспомнив свою мирную профессию (инженер-текстильщик), конструирует из хлеба и спичек действующую модель ткацкого станка. И Саркисова, и эту модель при случае тюремное начальство, сияя улыбками, демонстрирует высшему инспекционному начальству, тоже сияющему улыбками, и все олл райт, и все дважды олл райт — психически больной Саркисов на пути к выздоровлению (он, видите ли, все совершил в невменяемом состоянии).

А он даже не симулирует — есть ли надобность?

Кто-то, где-то там, из притаившихся среди «власть имущих» опекает беспрепятственно бериевскую сволочь.

И здесь же, на Арсенальной, 9, бывший командующий войсками МВД Московской области генерал... фамилия? Там, в верхах, знают. А тут генерал — инкогнито. Сохраним же это инкогнито.

А генеральская жена, дама в каракулях, в зале свиданий точно ищет сочувствия у присутствующих:

— Вы знаете, он был такой деликатный человек, такой деликатный человек...

«Деликатное» эмведешное начальство! Вы можете себе такое вообразить? Я — нет.

Такая вот историйка.

Был такой случай — вспомнился этот тип, Саркисов.

Эпизод: сижу в компании, напротив — миловидная девушка — эстрадная певица. Наглухо закрытое до самой шеи платье. Шепчу соседке:

— Не совсем модно.

— Молчи, — толкает ногой, — она побывала у Берии, он тушил папиросы на ее груди.

Всплывает улыбающееся лицо Саркисова — поставщика женских тел.

Я попал в эту тюремную психиатрическую душегубку в конце 1955 года (адрес: Ленинград, Арсенальная, 9, бывшие «Малые кресты»).

Знал ли я о существовании тех заведений? Знал, был достаточно информирован, поэтому только и было в мысли — не попасть бы туда. Однако, все мы были подвластны силам, которые сами решали, что с нами делать. Скажу прямо: когда я попадал в тюрьму (что было довольно часто), я, верите ли, отдыхал. Ибо что была тюрьма в сравнении с ужасом тюремных психушек?! Есть вещи, которые просто невозможно представить. Когда человек годами находится под нейролептиками — это превышает человеческое воображение. А впереди — неизвестность. Она калечит, она убивает. Слабые духом не выдерживают — вешаются. Но нейролептики ломают и дух, и тогда бывший человек теряет всякое человеческое достоинство, падает на колени перед своими палачами, молит о милосердии, как это было с журналистом Лавровым. На десятом году издевательств он упал на колени — и его «выписали» как пациента, пребывающего в состоянии ремиссии. А дело Лаврова достойно страниц юмористического журнала. Поссорился с прокурором и заказал гроб, который по заявке заказчика работники похоронного бюро принесли торжественно в прокуратуру. Обладая прокурор чувством юмора, он прореагировал бы как-то иначе на эту злую шутку, но, как почти все прокуроры, он был туп как сибирский валенок. Журналиста заточили в тюремную психушку, прокурор вскоре таки умер, а бедный Лавров оттарабанил почти десять лет, пока не стал на колени. Лавров действительно был болен, но зачем так издеваться? Больным, естественно, в тех условиях было особенно тяжело.

Очень трудно понять, зачем, в конце концов, нужен этот придаток к судебно-карательной системе? Да и держится все в страшном секрете. Когда в семидесятые годы я мучился в Днепропетровске, в тюремной психушке, местная пресса напечатала заметку о том, что в Днепропетровске нет никакой спецбольницы, и что это вымысел зарубежных средств информации. Сомнительно, однако, чтобы днепропетровские

газетчики так-таки не знали координат этого Богом проклятого места: Чичерина, 101, территория областной тюрьмы.

Но вернемся к пятидесятым годам. Я был тогда молодым тридцатилетним человеком, полным энергии и пыла. Гнить на Арсенальной не входило в мои планы. Мысль была одна — побег. И я удрал. Это был март 1956 года. Не буду касаться деталей. Стреляли — не попали. Должно быть, повезло. Странная вещь — признать человека невменяемым, и содержать этого человека под вооруженной охраной, имеющей право убивать. Во всяком случае, могу свидетельствовать о таком. Летом 1976 года, когда я находился в Сычевской тюремной больнице, там при попытке побега был пристрелен молодой паренек (фамилия — Литвинов), а перед тем во время этапирования убили подростка. И это все законно, и не подкапываешься. В действительности — вопиющее нарушение основ международного права.

Так вот — я бежал. Была затяжная зима, а я без денег, в тюремном бушлате, пробирался через тысячекилометровую территорию на Украину. Через несколько месяцев, когда, казалось, все уже позади, невзгодам конец, меня постигла беда: бывший мой ученик из Калушской средней школы, а тогда преподаватель Станиславского мединститута, человек, к которому я обратился за помощью (попросил немного денег), бессовестно выдал меня органам власти. Это была трагедия, промолчать о которой я просто не в силах, хотя к моим заметкам она имеет косвенное отношение. Позже я написал стихотворение «Дозьо Котурбаш, лікар». Запомните это имя. Он и теперь преподает в Ивано-Франковском мединституте.

Но прошу извинить за отступление.

Можно себе представить, что тогда поднялось на Арсенальной, 9, когда такая «политическая фигура» драпанула оттуда. После, так сказать, возвращения меня сразу же закрыли: в одиночке экспертного отделения.

Экспертизу проводила Кильчевская, старая бабица с застывшим каким-то помертвевшим лицом, в одеянии времен последних Романовых, в молодости — сотрудница ЧК. Комиссию возглавлял профессор Случевский.

Заключение — вмняем.

Случевский:

— Молодой человек, если кто-нибудь скажет, что у вас шизофрения — рассмейтесь ему прямо в лицо.

Эту фразу я хорошо запомнил.

Ну и что же дальше?

Дальше — какая-то юридическая абракадабра.

Дальше — годы и годы мытарств по тюрьмам и экспертизам. Три экспертизы в Ленинграде. Три — в Москве (в том же институте имени Сербского). Протесты Ленинграда Генеральному прокурору — и конца и края этому нет. Ленинград опровергает экспертизу Москвы, Москва — Ленинграда.

Так год за годом.

Я очутился в каком-то заколдованном круге, из которого не было выхода.

Но теперь все стало на свое место.

Четвертое отделение института судебной психиатрии имени Сербского, как было сказано выше, полностью подчинено Лубянке, то есть — органам госбезопасности.

Но аналогичные экспертизы на местах, на периферии, действуют по собственному разумению.

И, безусловно, еще одно: взаимосвязь центральной экспертизы с Лубянкой им неведома.

Все покрыто тайной.

Фактически пять лет (с 1954 до 1959) велось следствие по моему делу — всеми методами: госбезопасность, психиатрия, госбезопасность, психиатрия. В начале следствия, которое вело Станиславское областное управление госбезопасности (следователь — майор Ломакин), мне подсунули каким-то образом (еда, что ли) хорошую дозу наркоза. У меня было состояние эйфории. Впоследствии что-то в этом роде мне рассказывали о Гринишаке, сидевшем одновременно со мной под следствием. Гринишак, доведенный этим до отчаяния, пытался покончить о собой, выпрыгнув из окна четвертого этажа, но его успели схватить за ноги (там был кабинет его следователя и окно не зарешечено).

Это было время, когда после расстрела Берии началась в своем роде «перестройка» методов ведения следствия — следственные органы госбезопасности выискивали что-то новое, так как примитивные физические пытки были малоэффективны, а шуму даже слишком много.

Когда меня арестовали вторично — год 1962, — следователи Комитета госбезопасности (а это было в Киеве) вполголоса между собой переговаривались:

— Следствие в Станиславе велось небрежно...

Ничего себе: пять лет «небрежности»! Маленький штришок, кстати.

Киевский областной прокурор заметил тогда, так сказать, сокрушенно:

— Чего вы бунтуете? Хорошо ли, плохо ли, но как-то живем.

Конечно упоминаемый эпизод не имеет какого-либо определенного отношения к теме этих записок, но, уважаемый читатель, разве такое забудешь?! И какая поразительная прокурорская логика! Перо бы Аверченко сюда.

Во время моих пятилетних скитаний я побывал в тюрьмах Киева, Харькова, Львова, Москвы и даже Вильнюса. Чего, спрашивается? Почему Вильнюс?

Частично понял я это, став свидетелем разговора заключенных-эстонцев с начальником киевской Лукьяновской тюрьмы. Эстонцев этапировали с Колымы, везли восемь месяцев через всевозможные этапные тюрьмы. Теперь их возили то маршруту Киев-Львов-Харьков и опять по треугольнику, и опять.

Начальник объясняет эстонцам:

— Мы сами этого не знаем, исполняем распоряжение.

Теперь мне были понятны и мои скитания: просто, как в каждой системе, здесь существовала полная неразбериха. Но одно дело, скажем, неразбериха в каком-нибудь главке или райисполкоме, и совсем иное — места заключения: волком взвоешь.

Бой между Ленинградом и Москвой закончился индифферентной министерской комиссией: был болен, сейчас — ремиссия.

Ну и ну!

Отбрасывая выводы института имени Сербского, Ленинград твердил: у Рафальского очень развит рефлекс свободы, а это не свойственно шизофреникам.

Об этом «рефлексе» мне стало известно благодаря майору Серову, замначальника по режиму Ленинградской психушки (имеется такая должность в тех «заведениях»).

Майор был оригинал — воевал с врачами.

— Но это не совсем нормальные люди.

Врачи:

— Не суйте нос не в свое дело.

Майор часто вызывал меня и часами вел довольно странные разговоры.

— Черт его знает, понять ничего не поймешь.

Тогда тоже была «перестройка» и что-то наподобие «гласности».

— Куда мы идем и куда дойдем. Вот — история партии... — он хлопал ладонью по книге. — Раньше одно писали, теперь — другое. Сумбур какой-то.

И вот во время одной из таких бесед майор позвал секретаршу и велел ей принести мое тюремное дело — какой-то был повод к этому, не помню уже.

— Вот, читай свои актики.

Вот таким образом я получил возможность познакомиться с теми «актиками», Боже ты мой. Боже! Чего я только там не вычитал. Противоречия на каждом шагу, какие-то небылицы, юридические ляпсусы.

Беляев, начальник этой «больницы» (после моего побега он сменил Манякина), мне как-то бросил:

— Почему вы в Москве говорите одно, а в Ленинграде иное?

Тогда я был удивлен.

Сейчас же, просматривая злополучные акты, я понял: Москва делает все, чтобы подвести какое-то основание под свои медицинские заключения, аргументировать их, а потому прибегали к обыкновенному «словоблудию», юридическому жульничеству. Ссылки на мои собственные показания, которых я никогда не давал (прошу вспомнить блиновский вопрос ко мне), поступки, которых я не совершал, ссылки на показания матери моей. Впоследствии она мне рассказывала, как на нее покрикивали в институте имени Сербского, когда она твердила не то, что было нужно психиатрам.

И тут всплыло еще одно.

Во времена «ежовщины» я был арестован, и, чтобы меня спасти, мать, по совету кое-кого, объявила меня мишигене копф (тогда это помогало). Профессор математики Киевского университета Малиновский, например, только таким образом и спасся. Его сразу же освободили. Моя мать, безусловно, знала об этом от жены профессора, дружившей, как и ее муж, с нашими родственниками. Вот именно за этот факт и ухватились в институте судебной психиатрии имени Сербского.

Однако мать моя прекрасно понимала, что ситуация изменилась. Если перед войной психиатрия в какой-то степени была спасением, то теперь это была такая беда, о которой даже говорили шепотом. Учитывая это, мать моя боролась до последнего, чтобы, не дай Бог, чем-то не повредить мне.

В те годы в местах заключения политических работала особая государственная комиссия, которая определяла, кого из политзаключенных освободить. Собственно, так называемая министерская комиссия в институте имени Сербского по тому делу и была чем-то вроде выше упомянутой. Были представители прокуратуры, органов госбезопасности, еще там кто-то — в общем, человек тридцать. Меня дергали на этой комиссии сорок минут — это я зафиксировал точно.

Вот таким образом я и вышел на свободу 11 октября 1959 года — ровно через пять лет после ареста. Арестован я был в октября 1954 г.

Я, кажется, отклонился от главного, ибо моя задача — поднять занавес таинственности над тем, что называется юридически — психиатрические больницы МВД СССР (теперь) и что называлось — тюремные психиатрические больницы МВД СССР (ранее).

Однако слова из песни не выбросишь, и кое-что все же пригодится, когда говоришь в основном о вещах, которым названия нет — столько в происходившем со мной было бессмыслицы, мерзости, жестокости, гнусности, бесчеловечности, безнравственности.

В 1962 году меня арестовали вторично. Если первый арест 1954 года был сопряжен с довольно солидным политическим делом, то предлогом для нового ареста был мой литературный архив. Там было несколько опусов, неприемлемых с точки зрения официальной идеологии — только и всего. Инкриминировалось мне также участие в студенческих волнениях в Москве, но это было, как говорят у нас на Украине, «пришей кобыле хвост».

Следствие вел Комитет госбезопасности в Киеве (следователь Жиромский). После нескольких нудных допросов от следствия я отказался. Тогда меня направили на психиатрическую экспертизу павловской больницы, которая признала мою вменяемость (выразимся так) — меня это вполне устраивало, но, как я уже говорил выше, явно не устраивало Комитет. И так — опять институт судебной психиатрии имени Сербского. Как и прежде, тогда четвертым отделением руководил Даниил Лунц, хитрая бестия — верный служака Лубянки. Мне кажется, что именно он непосредственно получал указания от Комитета на Лубянке и соответственно инструктировал подчиненных ему врачей. И тут вышел один казус, неувязка, о которой нельзя не вспомнить.

Врач, которая вела мое дело, откровенно заявила мне, что психических отклонений у меня не видит, и что будет это свое мнение отстаивать на комиссии. Этого было достаточно, чтобы ее немедленно отстранили, а вместо нее определили какого-то олуха, послушного инструкциям Лунца.

Вторично такой казус произошел в 1983 году на львовской экспертизе — там врача заменили за день до комиссии. Мотивы те же, а возможно, и сам эксперт не захотел принимать участие в такой грязной игре.

Шила, как говорят, в мешке не утаишь. Кое-что мне становилось известно благодаря откровенности самих медработников.

Коль речь зашла о таких вещах, стоит рассказать одну весьма интересную историю.

Анатолий Лупинос прилагал все усилия, чтобы найти какую-то лазейку и выяснить суть того переплета, в который он попал. Он отбыл двенадцать лет заключения и теперь загремел в спецбольницу. Было это в 1974 году (я как раз находился в то время в днепропетровской тюремной психушке МВД). С Лупиносом я имел довольно тесный контакт, и поэтому был в курсе его дел (хотя отделения разные). Лупиносу каким-то образом удалось сунуть нос в свое тюремно-врачебное дело. Там он натолкнулся на медзаключение профессора, курировавшего эту психушку. Заключение гласило: Лупинос психически вполне нормальный человек.

Лупинос снимает копию с этого заключения, уж не знаю как, отправляет это все вместе с заявлением в Верховный суд. Уважаемый читатель! Я неспроста вспоминаю об этом деле, ибо эта история говорит о многом. Логически рассуждая, Верховный суд должен бы заинтересоваться этим делом — что ни говори, юридический казус. Однако, и в том нет сомнения, органы госбезопасности не остались в стороне, не в их интересах был такой поворот дела, и Лупинос оказался в Алма-Ате (тамошней психушке).

Осенью 1976 года я встретился с ним в Харьковской пересылке, когда его этапировали в Казахстан, а меня — в Сычевку Смоленской области. Именно тогда Лупинос и рассказал мне о финале этой странной истории. Положение его было, скажем прямо, — ужасным. Двенадцать лет его молодость калечили в концлагерях, пятый год — в психушке, а впереди — неизвестность. За что? Последний раз — за выступление

у памятника Шевченко в Киеве на студенческом митинге. Митинговали по поводу уничтожения архива Центральной Рады и старинных манускриптов в университетской библиотеке.

Иногда целесообразнее держать заключенных в сумасшедшем доме, чем в лагере, и история с Лупиносом яркое тому подтверждение. И опять-таки доказательство неоспоримое: только руководство четвертого отделения института судебной психиатрии имени Сербского в контакте с Лубянкой, эксперты рангом пониже действуют по собственному усмотрению. Отсюда и разногласие в заключениях.

После следствия я попал в Казанскую психушку. Кололи меня там беспощадно. Быть все время под нейролептиками — вещь страшная. Это состояние описать невозможно. Нет покоя ни днем, ни ночью. Человек перестает быть человеком. Становится просто особью, существом жалким, низведенным до животного состояния. Какого-либо суто медицинского подхода к лечению здесь нет, назначение лекарств действует автоматически — месяц за месяцем, год за годом. Никому нет дела, что таким вот образом человека делают инвалидом, ибо никакой человеческий организм не в состоянии выдержать систематических атак действий нейролептиков.

Врач Иванова из 9 отделения днепропетровской тюремной больницы (здесь я несколько опережаю хронологию рассказа) как-то кричала на свою жертву:

— Я тебя вылечу, опять сделаю больным, и снова вылечу, и снова сделаю больным.

Логика!

Да ведь это же в обнаженном виде садизм. В Казани во время прогулки подходит ко мне старичок:

— Не узнаешь?

— Нет.

— Да ведь я Иван Хомяк.

Уж не знаю, как я сам не поседел, на спине холодный пот. Этому «старичку» было едва сорок лет. Я виделся с ним когда-то в Ленинграде — вместе сидели, Дело, видать, серьезное, политическое. Не знаю, как его там истязали, почему перебросили в Казань. Из Хомяка сделали не только старика, он сошел с ума. Полная потеря ориентации во времени, пространстве — что-то молот о Японии, граница которой якобы где-то вблизи Казани. Повторяю: встреча с Хомяком меня самого едва не свалила. Это был настоящий стресс. Что-

то он там путал еще, и единственное, должно быть, помнил — фамилию мою, и это было странно.

Я не могу считать историю с Хомяком досадным эпизодом. После падения Хрущева в системе тюремных психушек наблюдалось еще большее завинчивание гаек — режим стал невыносимым. Как и многое в советском режиме, это трудно понять. Какую-то целесообразность всего этого или даже просто логичность.

Когда читаешь сейчас статьи о тех или иных злоупотреблениях властью власть имущими в разных сферах нашего бытия, то придется призвать на помощь все богатство человеческого воображения, чтобы в какой-то мере представить себе, что же тогда делается за стенами засекреченных тюремных психушек? Ведь там полная бесконтрольность и произвол. Ведь туда не имеет права проникнуть ни один представитель прессы. Ведь все это совершенно вне поля зрения общественности. Разгул эмоций и вседозволенности. Как и всюду, там, конечно, крутятся какие-то комиссии — что-то, так сказать, контролируют — неизвестно только что. Заключенные у них вне поля зрения. Тюремный персонал бессовестно разворовывает даже ту мизерию, которая отпущена инструкциями на содержание людей. В тюрьмах вы можете обратиться к прокурору по надзору. Здесь вы бесправное, бессловесное существо. Вы — сумасшедший, психически больной. Юридически. А поэтому с вами можно все — унижить, искалечить, убить. Именно так.

С 1969 года в тюремных спецбольницах был учрежден штат санитаров (до этого функции те исполняли надзиратели-контролеры, как они официально теперь именуется в тюрьмах: так культурнее и не отдаст чем-то старорежимным). Санитарные вольнонаемные. Их рекрутируют из числа заключенных преступников — до 1975 года даже из лагерей особого режима.

Отбросы общества получают кой-какую власть. Комментарии нужны? На их действия, поведение персонал стыдливо закрывает глаза, даже потворствует.

— Что ты бьешь, как колхозник? — укоряет медсестра санитаря (эпизод из Сычевской психушки). — Бей по печени!

Вы не увидите «фонарей» под глазами этих несчастных — тут своя система: почки, печенка. Чтобы никаких следов. Было, правда, одно исключение, когда журналиста Лаврова (он был действительно больной) избили до посинения (эпизод из Днепропетровской психушки).

— Больной, это вам только так кажется, — отозвалась на его жалобу начмед Васильева.

И бедному Лаврову «добавили». Чтобы не жаловался.

Ведрова колотили по животу, а у него был рак или язва — страшные боли. Это развлекало санитаров. После этой экзекуции Ведров повесился, оставив предсмертную записку на имя начмеда Катковой. Виновных не было.

Мадам Каткова, куда вы девали записку?

Когда санитарам было скучно, они искали развлечения (это вполне в духе подонков).

— Одевайте, ребята, сапоги...

Это значило, что будут бить сапогами под ребра. Кого-нибудь. Лишь бы бить. От нечего делать. А потом доложат врачам, что на них бросились. Последствия известны.

На моих глазах политзаключенный Григорьев (восьмое отделение Днепропетровской тюремной спецбольницы, год 1972) был насмерть затоптан озверевшими санитарями-уголовниками.

В 1976 году на 10 отделении — было это, кажется, уже после отъезда Плюща — санитары замучили нескольких заключенных той психушки.

Доведенная до отчаяния, одна камера взбунтовалась. На ноги был поставлен весь гарнизон, охранявший эту психушку и тюрьму. Со всех отделений сбежали санитары, и началось,

Когда вся эта сволочь ворвалась в коридор 10 отделения (кстати, зав. отделения имела кличку «Эллочка-людоедка») и когда «бунтовщиков» вытянули из камер, санитары повалили их на пол и затанцевали на животах несчастных. Солдаты не мешали, а для санитаров это было развлечение, после этого «развлечения» полумертвых зеков потянули в тюрьму — умирать.

Желательно знать — как выглядит соответствующий юридический документ в таких случаях?

Политзаклученного Степана Пустового мучили 12 лет, и кто только над ним не издевался! Освободили полным инвалидом. А «преступление» его — в канун выборов написал мелом на заборе: не ходите на выборы! Судить? Не совсем прилично. В тюремную больницу. Вот так и мучился Степан страшных двенадцать лет. Простой рабочий. Совершенно нормальный человек. Не сошел с ума. Выстоял. Лишился только печени и почек — отбили. Выписался домой умирать.

Это все эпизоды из Днепропетровска. А за этими эпизодами

— страшная трагедия тех, кто имел несчастье попасть в тиски Богом проклятых заведений тюремной системы МВД.

Подполковник Матросов имел неосторожность высказать свое мнение по поводу положения в армии, что-то осудить, да еще в письменном виде. Начальство всполошилось. «Вольнодумство в Советской армии?! Неслыханно! Судить невозможно — не тот коленкор. Да и на самом начальстве может отразиться судебная волокита. Уж лучше спустить на тормозах, психиатрия — милое дело. Небезызвестный Снежневский вначале колеблется, но когда Матросова вторично препровождают к нему на экспертизу, профессор уже отбрасывает сомнения (куда уж понятнее!). Надо. И подполковнику навешивают истинно снежневский диагноз: «вялотекущая форма шизофрении».

Попутно не могу не сказать о положении верующих в заведениях, о коих идет речь. Религиозность считается психическим синдромом, в силу чего от верующих требуется отказ от своих религиозных убеждений — иначе ремиссия исключается.

Баптиста Владимира Хайло, в сущности, арестовали только за веру, которой он служит, и только за это объявили сумасшедшим и запаковали в днепропетровский спец. Там его держали пять лет, этого психически здорового, вполне нормального человека, отца 16 детей (это тоже не сбросишь со счета).

Когда начмед психушки напоследок снова нажал на Хайло, требуя отречься от баптизма и когда Хайло снова отказался, Владимира Хайло отправили в Благовещенск — мучиться там (спец тот не из сладких).

Последнее, пожалуй, нуждается в проверке — в Благовещенске ли Хайло?

Вот так.

Я полагаю, что не последнюю роль в поведении врачей подобного типа учреждений играет тот факт, что в психиатры, как правило, идут те выпускники мединститутков, которые учатся на голые тройки — терапевт из такого не получится, а хирург тем более, — а тут, в должности психиатра, ответственности никакой — специфика профессии дает себя знать. А что такое студент-троечник — известно. Это не только невежда в области медицины, а к тому же и человек с соответствующей психологией, какой-то, скажем, корявой.

Амбиции по самое горло, болезненной, конечно. Попади в руки такого! Кстати, это не мое мнение, а мнение врачей других специальностей.

Переворачиваю еще одну страницу своих заметок:

Иванков.

Прошу внимания.

Как-то в коридоре крутили фильм «ЧП» (время от времени такое случается — демонстрируют какой-то фильм для заключенных — в местах заключения это называется «мероприятием», идейно-политическим «мероприятием» в целях перевоспитания заключенных. Так вот — крутили фильм «ЧП». Слышу в коридоре разговор.

КАПИТАН КОЛБА: Иванкова на фильм не выпускать. Распоряжение Катковой.

Ясно. Даже очень ясно. Сюжет фильма «ЧП» — история с танкером «Туапсе», захваченном в свое время тайванскими военными кораблями. Иванков — бывший радист танкера. А история его такова (со слов его):

Когда танкер «Туапсе» привели в один из портов Тайваня, команда его была интернирована. Конечно, не так, как об этом сообщала наша пресса, и не так, как показано в фильме. Впрочем, поколение пятидесятых годов в курсе этого события.

В действительности команду поместили в какой-то дешевенькой гостинице и некоторое время спустя, когда были закончены все формальности, необходимые в таком случае, команде предложили убраться ко всем чертям — кому куда заблагорассудится. Двадцать два члена экипажа танкера выехали в Соединенные Штаты, капитан, помощник капитана и несколько матросов отбыли в Советский Союз. Все они сразу же попали в заключение. Иванков поехал в Штаты. Там он устроился на радиозавод в Нью-Йорке.

Прошло пять лет. Известно ли вам, что такое ностальгия? Вещь неприятная, иногда невыносимая. Иванков заболел ностальгией. Его тянуло на родину, к детям, жене, которые там были. Иванков обращается в советское посольство. Его уверяют, что никаких неприятностей юридического характера он не будет иметь, когда возвратится. Так сказать, полная гарантия. Он возвращается в Советский Союз. Его арестовывают. Обвинение — измена родине.

Я встретил Иванкова в Казанской тюремной психбольнице (1963 год). Он мне и рассказал там, как в действительности

все было с танкером «Туапсе». Танкер вез не нефть, а стратегическое горючее. Тогда шла война в Корее, Тайвань контролировал морские пути возле Кореи. Неудивительно, что танкер был захвачен из политических соображений. Все эти сказки об издевательствах над командой, характер требований советского правительства вернуть команду в Советский Союз и т.п. — все это ничего общего с действительностью не имело. Советскую общественность обманывали.

Но возвратимся к судьбе Иванкова.

Когда в 1968–76 годах я находился в Днепропетровской психушке — встречаю Иванкова опять. Его перевели из Казани. Так делается всегда. Когда проходит несколько лет, заключенного (политзаключенного) чаще всего переводят в другой спец. Так было и с Ивановым. Следовательно, к тому времени Иванов сидел уже 13 лет. Это была плата за неосторожность: можно ли было верить заверениям посольства?

Начальство Днепропетровской тюремной психбольницы было в «курсе дела», оно прекрасно знало, что фильм «ЧП» — фильм липовый, а Иванов — живой свидетель. Вот почему капитан Колба и закрыл Иванкова на время прокручивания фильма — некая политическая предосторожность. Правительственное реноме в этом вопросе должно быть сохранено, выразимся так.

Сычевка. Год 1976.

При попытке к бегству, как уже говорилось выше, был застрелен парень (Литвинов), другой — несовершеннолетний — на станции при этапировании. Юридически оба душевнобольные. Вполне возможно. А что говорит закон? И как согласовываются такие вещи: признать человека душевнобольным и содержать его под стражей? Это значит, при случае можно пристрелить? В какой стране подобное возможно? У нас, как видите, возможно вполне. Даже узаконено. Нет такой статистики, которая бы в какой-то мере пролила свет на истинное положение вещей: сколько замучено в тюремных спецбольницах системы министерства внутренних дел. Такой статистики нет. Заключенных, которые вот-вот могут отдать Богу душу, немедленно выписывают.

До 1965 года политических оттуда, согласно решению медицинской комиссии и суда, выгоняли просто за ворота. Со временем система эта изменилась: освобожденных переводят в психиатрические больницы общего типа. В начале семидесятых

годов — без опеки невозможно было и мечтать о выходе из этого ада. Что это ад — не метафорический оборот. В тюрьме вы можете читать, писать, чем-то, наконец, заняться, чтобы убить время. В тюремных психушках вы имеете право только смотреть в потолок: запрещено хранить бумагу, карандаш, даже книжку. Ни один администратор не даст объяснения: почему? Не положено. Когда инженер Виктор Зиновьев пожелал усовершенствовать свои знания в немецком языке, врач на это прореагировала так:

— Немецким решил заняться? Я тебе покажу немецкий.

Словарь отобрали. «Усиленное лечение» нейрорепрессивами. 3-е отделение Днепропетровской спецбольницы, год 1983.

Подобные вещи понять невозможно. Но факты есть факты. Даже туалет — по графику. А это, знаете ли, очень и очень пресквернейшая вещь, смею вас уверить.

В 1963–64 годах я находился в Казани. Еще в Киеве упомянутый выше следователь Комитета госбезопасности Жиромский на следствии пригрозил:

— Отправлю в такое место, откуда и через десять лет не выйдете.

Угрозу свою он выполнил.

Это штрих характерный. Фактически судьбу заключенных определяют следственные органы госбезопасности. Какой уж там закон!

Год 1967. Я в следственной камере внутренней тюрьмы Тернопольского областного управления госбезопасности: математик Кот и студент Львовского политехнического института (фамилию, к сожалению, забыл). Студенту дали год тюремного заключения. Следователь ему сказал:

— Суд хотел дать три года лагерей, но мы попросили заменить на год тюремного заключения.

Вот так. Не более, не менее: попросили суд. Это еще одно дополнение к упомянутому мною выше характерному штриху. Суд над политическими — фикция, все вершат органы госбезопасности.

Но я нарушаю хронологическую последовательность. Нарушаю, впрочем, сознательно, так как заметки, которым я дал название «Репортаж из ниоткуда», были бы слишком монотонными, возможно, более интересными для самого автора, чем для читателя, если бы я придавал этим запискам форму обыкновенного дневника. Именно так и делал

геолог Михаил Пономарев из Кривого Рога, имевший несчастье попасть в Ленинградский спец. Он был уверен, что скрупулезность изложения — день за днем, даже час за часом — вещь просто необходимая, ибо, мол, потомкам это надобно знать. Не ведаю, где теперь Михаил Пономарев и как обстоит дело с его дневником — слишком уж много времени уплыло с тех пор. Возможно, он был прав, апеллируя к потомкам. Но что я должен делать сейчас, в рамках современного? Уже не один год гремит по всему миру позорная слава советских тюремных психиатрических больниц, не осталась в стороне и комиссия ООН по правам человека, но какая реакция на все это со стороны тех, кто должен бы реагировать? Нет, не дневники тут нужны, а декларации, слово острое, апелляция к мировой общественности.

В октябре 1964 года я был освобожден. Тогда это еще было возможно, — имею в виду относительную несложность юридических формальностей. Тут поневоле коснешься вопроса хождения по мукам освобожденных, «на воле», как говорят. Из Крыма, где я прописался, пришлось выехать — село Орлиное вдруг отошло к Балаклавскому району, а это пограничная зона. Я там нежелателен. Кинулся туда, кинулся сюда — везде отказ: чего вы к нам приехали?

Обосновался в Киеве, без прописки. Это уже нарушение паспортного режима. Нашему брату нарочно создают такие условия, чтобы легче было арестовать — мол, злостный нарушитель, была бы придирка.

В сентябре 1967 года я был арестован в третий раз. Мой литературный архив, в котором было кое-что нежелательное, дал основание следственным органам госбезопасности Тернопольской области (именно туда меня законопатили) подвести под обвинение политическую статью. Крутили-вертели несколько месяцев и наконец предложили провести экспертизу в Виннице. Однако в последнюю минуту передумали и Винницу заменили Москвой — так, мол, вернее.

Я давно уже заметил, что органы госбезопасности и милиция, когда следствие заходит в тупик, или не могут выбить признания, охотно обращаются к психиатрии. Это дает возможность закрыть дело и, таким образом, выкрутиться перед начальством. Подобное вошло в систему, и со счета сбрасывать это нельзя.

Дело Большакова пример тому...

Большакова обвиняли в убийстве. Он виновным себя не признал. Его провели через экспертизу, сделали невменяемым и упрятали в Днепропетровскую тюремную психушку. Пять лет его беспощадно «лечили», ибо в этой системе самое худшее, когда «больной» не признается в преступлении, — следовательно, с памятью у него не все в порядке и надо память эту восстановить.

Большаков, бесспорно, душевнобольным не был. За все пять лет, что я его знал, никаких психических отклонений за ним не замечалось. И все же его кололи нейролептиками, все пять лет. Как он с ума не сошел — чудо. Будем считать это исключением. Его родная сестра стучалась во все инстанции, и наконец Верховный суд снял с него обвинение из-за отсутствия доказательств. Как только администрация психушки получила это постановление, в тот же день Большаков был освобожден. Ему возвратили статус нормального (вменяемого). А выводы из этого прошу сделать самим.

Вот в такой переплет попал и я летом 1968. От положения Большакова мое положение отличалось только тем, что я был политическим и от меня не требовали признания в совершении преступления. Мне просто дали понять, что от них, врачей, ничто не зависит и, можно сказать вполне откровенно, в этом я и сам очень быстро убедился.

Примерно через год профессор Шостакович, курирующий тюремную больницу, сказал мне, что у него нет оснований держать меня там. Но старый Шостакович внезапно уезжает, и место его заняла Блохина.

И тут я обращаю внимание на один эпизод, который помог мне многое понять в этом хитромудром сплетении судебной психиатрии с позорной славой компетентными органами.

Как-то уж так вышло, что на очередной комиссии, забыв, по-видимому, выпроводить меня за дверь, в моем присутствии профессор Блохина и начмед Каткова завели такой разговор:

БЛОХИНА. Я могу выписать.

КАТКОВА (возражающе качает головой).

Пауза.

БЛОХИНА. (после паузы). И все же я могу выписать.

КАТКОВА (опять возражающе мотает головой).

Слишком красноречиво, не правда ли?

Прошу иметь в виду, что профессор Блохина — председатель комиссии, в сущности, мнение председателя — закон. Так оно

уж заведено. Но начмед Каткова — голый нуль в медицине, — возражает профессору. Основание? Начмед каждой тюремной психушки — особа, непосредственно связанная со следственными органами, и, как таковая, делает то, что ей велят. Совершенно очевидно, что председатель комиссии об этом знает и конфликтовать с этой особой не намерена. Картина не из приятных. Политические в тюремных спецбольницах — обречены.

Выше я уже упоминал о майоре Серове, замначе по режиму Ленинградской тюремной больницы.

Так вот, когда Серов сунул мне под нос мое тюремное дело, я обратил внимание на листочки с грифом «секретно». Это были копии переписки с органами госбезопасности. Каждый шаг администрации по тому или другому вопросу согласовывается с соответствующими органами. Я не знаю, чем руководствовался майор, знакомя меня с моим тюремным делом — трудно сказать. Но факт остается фактом. Я, конечно, прошу извинения у майора за разглашение тюремных секретов, — своим поступком он ведь нарушал соответствующие инструкции, придерживаться которых ему сам Бог велел. Но с тех пор столько сплыло времени, и майор, наверное, давно уже на пенсии, следовательно, будем полагать, мои «откровения» ему не повредят.

А теперь, читатель, прошу войти в мое положение, когда оно стало ясно до последней точки, что не следует и утешать себя иллюзиями — законности нет, впереди — неизвестность.

Мысленно я часто возвращался к роковому 1967 году. За что, собственно, я был арестован? Решение Тернопольского областного суда было сформулировано так:

«Хранил произведения идейно-порочного содержания, по-видимому, с целью распространения».

Я сейчас не в состоянии восстановить в памяти точный текст этого решения, но слова «по-видимому, с целью распространения» я забыть не могу — запечатлелись. Великолепный юридический оборот! Действительно, достойный страниц какого-нибудь «Перця». Мы, объявленные невменяемыми, фактически были поставлены вне закона и с нами можно делать все что угодно, не исключая даже вот такого крючкотворства. «По-видимому»! Вот это «по-видимому» является основанием почти каждого судебного дела, на которые опираются карательные органы, определяя судьбу преобладающего большинства политических «невменяемых».

А судьба наша действительно страшна. Делать с нами можно все, что заблагорассудится, и никакой прокурор по надзору сюда нос не сунет.

У меня были неплохие отношения с Петром Троцюком, одним из руководителей Полесской Сечи. Он отбыл свой срок в лагерях и теперь находился в Днепропетровской психушке. Именно эти отношения не понравились оперативникам психушки. Они увидели в этом едва ли не заговор. Нам учинили острый допрос при помощи наркоза (по-видимому, это был барбамил). Выглядело это так. Меня положили на топчан в манипуляционной и ввели в вену наркоз. Допрос производили начмед Каткова и врач Иванова, не имевшая, кстати, никакого отношения ко мне (моим врачом была Кравец). Самое страшное то, что вопросы касались моего первого дела (арест 1954 года). Так меня мучили десять дней. Иногда дозы превышали допустимую норму, и тогда я терял сознание. Вышел я из этого испытания, полагаю, более-менее сносно. Дело в том, что, находясь в свое время в армии, я случайно услышал от одного сержанта, как его допрашивали в смерше на так называемой «перделке» (допрос током). И сержанта спасло то, что он, садясь на этот проклятый стул, вбил себе в голову что-то совершенно несуразное — и плел именно это. Я последовал его примеру, когда мне ввели наркоз, и, знаете, вышло, хотя это была не «перделка», а нечто иное.

Вот такую манипуляцию делали нам с Троцюком. Не знаю, с какой нормой международного права это согласуется. Эпизод этот имел место летом 1975 года.

Свет не без добрых людей. Медсестра 9 отделения, в котором я находился, Ксения Даниловна Цивата, предложила мне оформить опеку и, таким образом, попытаться вырвать меня из этого ада. Я дал согласие. Но тут помехой стало это всемогущее «но», которое в некоторых случаях играет не последнюю роль. Кажется, все уже было сделано, как велит закон — опека юридически оформлена.

Но тут на сцене появляется майор Хабаров, замнач по режиму «больницы».

— Чтобы я жил рядом с этим писателем?! — загремел он. — Пока я здесь — Рафальского не выпущу, так и знайте. Расторгайте опеку, и немедленно.

Оказывается — надо же! — дверь квартиры Циватой и дверь Хабарова — рядом.

Но почему так вскипел майор? Тут что-то не то. И в самом деле — не то.

Хабаров в свое время был начальником концлагеря в чине подполковника. Уж не знаю, за какие провинности, но понизили в звании до майора. А чтобы было что пить-есть, дали ему днепропетровскую синекуру. В самом деле, как надо нашкодничать в том лагере, чтобы вот так разжаловали?

Кстати, сейчас он опять в прежнем звании.

Хабаров — развратник, и это не было тайной среди персонала. Физиономия майора просто ну — втиснуть бы фотографию сюда. Жаль, что нет.

Так или иначе, моего соседства он не желал.

— Расторгайте опеку.

Это уже был приказ.

И опека была аннулирована.

Вот так.

Цивату это не спасло. Контакт с заключенным в системе МВД — вещь непростительная. Ее выгнали с треском.

Низко кланяюсь ей. То, что совершила она, проявление немалого мужества. В сталинские времена пули не миновать.

А время летело.

В 1974 году на 10 отделении Днепропетровской психушки появился украинский кибернетик Леонид Плющ. В то время длинейший коридор четвертого этажа главного корпуса, где размещены 8, 9 и 10 отделения, был общим для заключенных всех трех отделений. Металлические перегородки между отделениями были сооружены позже, после падения со своего поста начальника этого заведения Пруса. Двор для прогулок тоже был общий, и поэтому мы с Плющем могли кое-как общаться. Это общение не осталось вне внимания оперативных работников, и когда в 1976 году, благодаря жене, Плющу удалось вырваться за границу, я был этапирован в Сычевскую тюремную больницу. Кроме меня, еще четырнадцать политических было разбросано по всем спецам Советского Союза.

Сычевка...

Трудно сказать, чему отдать предпочтение, если говорить о режиме — Днепропетровску или Сычевке. Бараки без фундамента. На первом этаже под полом вода. Отопление еле-еле, так как трубы обогрева на эстакадах, под землей не проложишь — болото. А зима тогда ох какая была лютая! Вымерзли сады на Смоленщине. Туалет — интервал три часа.

Как в Днепропетровске. Хоть разорвись — никому до того нет дела. Я же говорю, это несравненно хуже тюрьмы, ибо там туалет не проблема. А здесь...

Прогулки нет совсем, если не считать каких-то случайных. И надзор, надзор, надзор. Точно собрали сюда самых мерзких подонков общественного дна. Начальник, майор Ермаков, напутствует меня:

— Имей в виду, у меня тут на каждого из вас по информатору. Так что без всяких фокусов.

Каких фокусов? Чего он так боится, этот изверг? Кошмар.

Вместе со мной прибыли киевский журналист Ковгар и учитель из Волины Кравчук. Последний уже пять лет сидит за какой-то стишок, только и вины.

При психушке фабрика на пятьсот швейных машин. Рабочий день — шесть часов, благодаря Богу, ибо на фабрике грохот — стены дрожат и вдобавок уйма динамиков добавляет и себе на полную катушку магнитофонную запись современной супермузыки. Рехнуться можно! Шмон — идешь на работу, шмон — с работы. Зимой просто беда — раздевают на лютном морозе. А в бараке не согреться, трясешься осиной.

Погнали на работу с первых дней. А представляете ли вы, что значит работать под нейролептиками?

А работали.

Что информаторов действительно хватало, скоро в этом убедился. Навыдумывают такое... Последствие — усиленное «лечение». Попадал я на это «лечение» трижды. Ермаков брызжет слюной:

— Я тебе покажу, мерзавец, беседы беседовать. О чем вчера говорил с Ревякиным?

Ревякин — политзаключенный. Пятнадцать лет отбухал в лагерях Мордовии, а за три месяца до освобождения бросили сюда. Он не исключение. В такую же катавасию попал и Попп, осужденный за... цыганский национализм. Еще и такой есть! Ян Попп — цыган. Когда вышло постановление об оседлости цыган, написал прошение в правительство, чтобы цыганам для оседлости выделили хотя бы какую-нибудь территорию, где бы они могли поселиться на правах национальной автономии. Распространил по этому поводу листовки. Арестовали и — на десять лет в лагерь. Теперь — в Сычевке. Психических отклонений нет. Вот такая история. Недаром говорилось: есть закон и есть закончики.

Где-то года через три пребывания в Сычевской академии получаю письмо от старой знакомой, узнавшей каким-то образом о моем несчастье. Эмма Войцехович. Будто крылья выросли, голова кругом от надежды. Приехала на свидание. Поговорили. Больше часа не дают. Вот так и ездит на часовое свидание аж из-под Львова. Сама когда-то выстрадала семь лет лагерей Джекзгана. Это школа на выдержку, на достоинство человеческого, гражданский долг и все человеческие добродетели.

Итак, благодаря Эмме, выхожу на относительную свободу весной 1980 года переводом в Бережницкую больницу общего типа. Возле больницы роцца. Имею разрешение на свободный выход. Заплакать бы от счастья, а слез нет. Все эти годы ни слезинки, перегорело все в душе.

Именно тут, летом того же года, в присутствии двух свидетелей, отец Василий Куцак соединил наши руки. О как хочется домашнего уюта! Не судьба. Два с половиной года пролежали документы на получение паспорта в Стрыйской милиции глухо.

Фесенко, главный врач, говорит:

— Вас здесь не пропишут.

А почему?

В январе восемьдесят третьего приезжают за мной оперативники из госбезопасности. Вижу сам, что приехали. Не хочется верить. Зашли в административный корпус. Ребята из персонала предупреждают:

— За вами...

Ясно. Выхода нет. Молниеносное решение: не медлить. Семь месяцев свободы подарила мне судьба. Свобода! Прежде всего спасать то, что каким-то образом сохранилось из литературного архива.

Но это не так просто. Ищу ниточку, за которую бы ухватиться. Кажется, все на мази. Провал. Чудовищно!

Опять стража. Опять решетка. Сопровождают шесть человек. Шепот:

— Это особо опасный государственный преступник.

Вот так-то. Ни более ни менее.

При первой же возможности передаю письмо в Комиссию ООН по правам человека. До сих пор меня коробит при воспоминании об этом слезном письме. Не привык становиться на колени. Не в моей это натуре. Но мысль о том, что мой архив попал в недра КГБ, последнее, что я имел и чем жил,

Приложение

толкает меня на этот шаг. Хотя бы не сожгли. Хотя бы выиграть время. А жизнь выводит свое. Опять Днепропетровский спец...

Знаете, давайте-ка я лучше поставлю многоточие, чем пересказывать на манер

Наша песня хороша,
Начинай сначала.

Прошел год, и слышу:

— Из Москвы телеграмма: немедленно освободить Рафальского.

Может быть, скверная шутка? Прислушиваюсь. Нет, разговор вполне серьезный.

Еще три месяца ожидания этого «немедленно».

Воля. Относительная, конечно.

Но о том, что было дальше, а там тоже есть о чем говорить, расскажет лучше когда-нибудь моя жена Эмма.

Я же хочу сказать вот что.

В какой цивилизованной стране возможно подобное?

И достойно ли это самой сущности цивилизованного государства?

Отнята жизнь. Оплевано, загажено душу. Двадцать лет погублено, считая со дня последнего ареста — год 1967. Двадцать лет. Вдумайтесь только в это.

Не знаю, ей-богу, не знаю, как я все это перенес.

Мне говорят:

— Под актом стоит подпись академика.

И разводят руками.

А я ведь этого академика в глаза не видел. Как не видел меня и сам академик Морозов, заочно подписывая акт.

Такая вот штуковина.

Несколько лет тому назад, в связи с шумом за границей, за подписями именитых светил советской медицины, в прессе появилась такая себе публикация: мол, с 1911 года не было случая, чтобы у нас да кого-либо без основания объявили сумасшедшим.

Не знаю, как себя чувствуют эти именитости сейчас, в период так называемой гласности, когда раз от разу в прессе толчется о тех-иных случаях юридических ляпсусов в психиатрии, выразимся так. Несть ничего тайного, что бы не стало явным — действительно, шила в мешке не утаишь. И Морозов, директор пресловутого института судебной психиатрии Сербского, бормочет:

— Да, у нас были ошибочные диагнозы, но все эти люди уехали за границу.

Поразительная логика! И какой диагноз в этом случае поставить самому Морозову? Разве что — преступная подлость, ибо на невменяемого уважаемый академик не смахивает.

И последнее.

Прошу считать эти мои заметки обвинительным свидетельством в деле о преступной деятельности института судебной психиатрии имени Сербского, преступной деятельности органов госбезопасности СССР, преступной деятельности прочих органов власти, — в деле, если таковое будет наконец юридически возбуждено.

Сентябрь 1988 года.

И тут поневоле приходит на ум — так ли уж безболезненно все это, те страшные годы, не оставив и шрама, отошли в прошлое?

Ой, нет! Я позволю себе добавить еще несколько слов к тому, о чем сказано выше.

Последствия

В августе 1992 года Эмма, моя жена, вспоминая прошлое, рассказала, как она, будучи больной, поехала в Москву, чтобы добиться свидания со мной в тюрьме «Матросская тишина». Я сделал большие глаза. «Матросская тишина», тюрьма КГБ? Я и там был? Для меня, извините, это было откровение.

В 1991 году я опубликовал в журнале «Україна» «Репортаж нізв'ідкіля». Перебирая все, что касалось прошлого, я и словом не обмолвился об упомянутой тюрьме. Сейчас я пишу воспоминания. Роюсь в памяти, чтобы изложить на бумаге все, что могло бы заинтересовать читателя. Нет там «Матросской тишины». Нет. И вот...

Согласитесь, можно забыть имена людей, с которыми встречался, забыть то или иное, но забыть тюрьму, в которой сидел! Нет, нет, тут что-то не так!

И мы заговорили о Сычевке.

После разговора с Ревякиным начальник этого «медицинского заведения» МВД Ермаков точно взбесился.

— Усиленное лечение!..

Меня посадили на галоперидол и еще какую-то чертовщину — должно быть, паршивее галоперидола. До сих пор не могу вспомнить, чем же еще кроме галоперидола меня пичкали, какой нейролептик?

Эмма рассказывала, что на свидании со мной она ужасалась моего вида. В какой-то мере она меня тогда спасла — я не стал идиотом. Где-то вычитала, что гипертоникам нейролептики противопоказаны, и сунула ту статейку Ермакову. Тому деться было некуда — вынужден был отменить эти медицинские исследования надо мной. Но последствия все же имели место. «Матросская тишина» — поставила все на свое место.

Что же еще, кроме этой тюрьмы, у меня выбили из головы? Теперь я понял, почему у меня масса авторской литературы. Зачем? Значит, я изучал английский, знал его. Забыл. Погружаясь в прошлое, я вспомнил, что в 1936 году усиленно изучал испанский, в заключении (год 1938) читал даже свои свободные поэтические переводы Т.Осьмачки — «Каталонские мелодии». Изучал испанский, ибо, как и многие ребята, страстно желал ехать в Испанию сражаться с Франко. Именно для этого и изучал испанский язык, пользуясь, кстати, стенографическим отчетом судебного процесса над правотроцкистским блоком — миланским и русским параллельно.

Странно все же, что на экспертной комиссии в институте судебной психиатрии имени Сербского не обратили внимание на сие. Какая возможность вперть диагноз явного синдрома явной паранойи! Странно.

Итак, ни испанского, ни английского. Все из головы вон. А еще что вон? Шарапов, Анохин... Ну, это только имена, такое можно было бы и забыть. Вспомнил этих диссидентов внезапно, во сне.

Именно это «открытие» в августе 1992 года и побудило меня написать пятый вариант «Репортажа». Подобное не обойдешь.

Михаил Буянов преподнес такой автограф на подаренной мне своей книге: «...от психиатра, которому стыдно, что он психиатр».

Полагаю, что это исключение. Ни одному советскому психиатру, вероятнее всего, совсем не стыдно за содеянное. Совсем.

Анатолий Ильченко

КАРАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА*Днепропетровская психтюрьма*

Меня повели в 11-е отделение и завели в камеру. В камере, кроме меня, было еще два человека, один из которых уже второй раз поступил в психтюрьму, и я начал расспрашивать у него о заведенных порядках в психтюрьме.

Врача в отделении уже не было, был вечер, я лежал и думал, о чем буду с ними разговаривать. Я считал себя здоровым и надеялся, что врачи быстро это заметят и помогут мне. На следующий день все мои надежды развеялись. Врач сказал, что я «больной на голову» и что мне надо лечиться. Он предупредил, чтобы я даже не пытался жаловаться, так как мои жалобы он все равно не пропустит, а если родственники будут жаловаться на плохое обращение со мной, то он напишет, что я на свидании был в бредовом состоянии и наговорил того, чего в действительности не было. Врач предупредил меня, что родственники все равно ничего не добьются, а мне он назначит активное лечение. Еще этот врач сказал мне, что диагноз мне никогда не снимут и если я после выписки буду пытаться снять диагноз, то меня уже за это привезут снова в психтюрьму. Он запугивал меня. Мне были назначены таблетки, и санитар отвел меня в камеру. Больные находились в камерах, двери камер закрывались и запирались на замок, всю ночь в камере было включено освещение. В дверях были окошки, через которые посматривали на больных. Больные не могли даже в туалет выйти, когда это им было надо, выводили в туалет по расписанию, шесть раз в сутки, одновременно всю камеру. Сначала было тяжело, но санитары быстро приучали к расписанию. Уже на другой день я постучал в дверь и попросил санитаря,

чтобы он выпустил меня в туалет, так как до оправки было еще больше часа. И тогда же я на себе испытал заботу санитаров о больных. Санитар Иванов открыл дверь и изо всей силы ударил меня кулаком по голове: я упал, а когда поднялся, санитар сказал мне: «Дурак, привыкай к порядку. Ты думаешь, что ты в больнице. Ты в концлагере».

Одиннадцатое отделение было карантинным, и нас осматривали разные врачи, брали анализы, делали рентген. Врач-психиатр почти не интересовался мной, после первой беседы я не пытался с ним поговорить и ждал, когда меня переведут в другое отделение.

Мне давали таблетки аминазина три раза в день. Приходилось принимать их, так как санитары и медсестры внимательно следили, чтобы больной не выбросил хотя бы одну таблетку. Медсестра давала таблетку, больной проглатывал ее и запивал водой, при этом медсестра и санитар с разных сторон следили за больным, наблюдая за ним сбоку и спереди. После этого санитар брал шпатель и ковырялся им во рту, проверяя, не спрятал ли больной таблетку под языком, или же за десной. Несчастливым был тот, кто пытался обмануть медсестру и санитаров. Если находили во рту таблетку, то переводили на уколы до того времени, пока на ягодицах образовывались затвердения. Брили нас санитары, один раз в неделю наихудшем лезвием «Нева», причем одним лезвием 10 человек. Мыльную пену разводили в холодной воде. Уже после бритья первого человека лезвие затуплялось и для других бритье было болезненным, так как почти каждый раз санитары делали порезы на лице. Уже в 11-м отделении я ощутил себя слабым, несостоятельным противодействовать жестокости, бесчеловечному отношению ко мне и другим больным. Но все это, как говорят, были только цветочки, ягодки же ждали меня в третьем отделении, куда меня перевели 30 апреля 1986 года.

В третьем отделении меня завели в надзорную камеру. В этой камере вместо дверей была решетка, за которой круглосуточно стояли санитары и все время наблюдали за больными. Мне принесли половину матраса, разорванное грязное одеяло, подушку, туго набитую ватой, простыню и наволочку. Я заправил кровать и, сидя на ней, начал наблюдать за больными и прислушиваться к их разговорам. Ко мне подошел Дима Шеремех и спросил, кто я, откуда и за что направлен в психтюрьму. Я ответил ему, но он подозрительно посмотрел на меня и сказал:

«По второй части 206-й статьи, здесь что-то не так». Я спросил у него, есть ли в отделении политические заключенные и помнит ли он Леонида Плюща. Но Дима ответил, что не будет рассказывать о Плюще, так как Неля Михайловна каждого, кто произнесет это имя, переводит на активное лечение. Дима еще сказал: «С тобой все понятно, больше разговаривать мы не будем». Решетка отворилась, и санитар крикнул: «Ильченко, собирайся к врачу». Меня повели к врачу, но не в ординаторскую, а к начальнику отделения. За столом сидела женщина лет пятидесяти и, как мне показалось, смотрела на меня с сочувствием. Врач предложила мне сесть на табуретку, а санитар стоял сзади меня. Врач спросила, не удивляет ли меня то, что с первого раза за «такое пустяковое преступление» меня направили сразу же к ним. Я ответил, что у меня были конфликты с сотрудниками КГБ, милицией, с представителями советских и партийных органов и нет ничего удивительного и непонятного в том, что меня направили в психгюрму. «Вы правильно понимаете, — ответила врач. — Вы оказываете плохое влияние на окружающих вас людей». Врач мне еще не представилась, она предложила мне рассказать о моей болезни. Я сказал, что здоровый и никакой болезни у меня нет, а то, что меня признали сумасшедшим, есть злоупотребление психиатрией. «Больной ведет себя агрессивно, — сказала врач санитару. — Поведите его на укольчик». Меня повели сначала в надзорную камеру, а через одну-две минуты — в манипуляционную. Санитар приказал мне снять брюки и лечь на топчан, что я и сделал. Мне сделали укол, очень болезненный, и снова завели в камеру. Мне хотелось спать, и сильно болела ягодица.

Минут через десять всем приказали по очереди идти в умывальник мыть руки, чтобы с чистыми руками принимать таблетки и заходить в столовую. Я зашел в умывальник, в глазах потемнело, я понял, что потеряю сознание, прислонился к стенке, и стало совсем темно. Очнулся я в манипуляционной, на топчане. Возле меня стояли санитар, медсестра и начальник отделения. Врач говорила: «Какой вы слабенький, какой вы слабенький, но ничего, я вас подлечу». Медсестра назвала врача Нелей Михайловной, и я сразу же понял, кто меня будет лечить.

После ужина нас опять завели в камеру. Я уснул, это от снотворного, но меня быстро разбудили. Я подумал, что уже утро, но оказалось, что еще вечер и нас поведут в туалет. Сон валил меня с ног, я не хотел идти в туалет, но надо было

подниматься и идти, иначе бы меня привязали к кровати. Больные должны были беспрекословно выполнять все указания санитаров и во всем быть послушными. Возвратившись из туалета, я уснул, но после 21 часа меня снова разбудили и опять мне пришлось идти в туалет, хотя мне и на этот раз это было не нужно, мне очень хотелось спать. До утра я спал. Утром санитар разбудил меня и повел в манипуляционную, где мне сделали еще один укол. Уколы мне делали утром и вечером; три раза в день давали таблетки. Когда Неля Михайловна зашла в камеру, я попросил, чтобы она отменила мне уколы, но она сказала, что это лишь начало лечения, которое будет продолжаться очень долго.

Я подружился с узником совести Леонидом Добровым. Мы с ним вместе были в 25-й камере на шоковой терапии. Однажды в камеру зашла Неля Михайловна и сказала: «Добров, вы больше на прогулке не разговаривайте с Сашей Вороной». Леня же сказал, что у него есть своя голова и он сам знает, с кем ему разговаривать, а с кем не надо. Любое несогласие с Нелей Михайловной вызывало в ней большой гнев и раздражение. Она аж завизжала: «Будем лечиться!»— и выскочила из камеры. Пришел санитар и повел Леню на укол. Спустя немного времени Леня потерял сознание и упал. Но Нелю Михайловну это не удовлетворило, она продолжала назначать ему уколы, после которых у него случались обмороки и он падал. Я старался постоянно быть возле него, чтобы подхватывать его при падении, чтобы он не ушибся.

Леня был студентом Ростовского инженерно-строительного института. За политические убеждения его из института отчислили. Леня вызывал недовольство у сотрудников КГБ тем, что добивался введения в школе гагаузского языка. В Молдавии есть город Комрат, где проживают в основном гагаузы. Вокруг Комрата находится много гагаузских сел. Вот Леня с группой товарищей добивались, чтобы в их школах изучали гагаузский язык. Леня с этим вопросом неоднократно обращался в различные партийные и советские органы Кишинева и Москвы. Как мне кажется, он писал, что в СССР не придерживаются ленинской политики в национальном вопросе. По обвинению в распространении клеветы на советскую действительность Леня оказался в психтюрьме у уже известной Нели Михайловны.

КАК «ЛЕЧАТ» ПАЦИЕНТОВ В ВОЛГОГРАДСКОЙ СПЕЦСИХБОЛЬНИЦЕ

Письмо из России

СПБ Волгоградской области находится в 200 км от Волгограда, 18 км от г. Камышин. В больнице шесть отделений: 1-е отделение (приемно-карательное) — на 30–35 человек, 2-е отделение — на 70–80 чел., 3-е отд. — на 115–125 чел., 4-е и 5-е отделения — по 115–125 чел., 6-е отд. — 100 чел. Охрана осуществляется солдатами «ВВ» (внутренние войска). Высокий каменный забор — свыше четырех метров. Раньше, до 1978 года, была женская колония с деревянным забором, окруженным колючей проволокой. Затем бараки были снесены и на их месте отстроены блоки-корпуса СПБ. Позже, в 1985 году, заложен фундамент под 7-е отделение.

Площадь СПБ — 4 га. По внутреннему периметру вдоль стены — КСП (контрольно-следовая полоса) шириной 7–8 метров, тоже защищенная колючей проволокой. Имеются три вышки, охранники на вышках вооружены автоматами и пистолетами. В каждом отделении круглосуточно дежурит один охранник и 4–5 санитаров-зэков.

Начиналась СПБ с двух отделений и расширенного штрафного изолятора. Первые узники завезены в мае 1978 года.

Начальник СПБ подполковник Давыдов, главный врач — Резник, зав. 4-м отделением Марышев Петр Александрович, 1941 г. р., член КПСС, убежденный атеист, на всех верующих смотрит как на психбольных, садистски острит, когда кого-либо приговаривают к уколам. Все врачи вербуют агентуру по палатам, столь странным образом восстанавливая ум

«больных», психическое здоровье. Абсолютно бесправные, социально всецело раздавленные пациенты, у которых «срок» неопределен, покорны врачам во всем. Доносительство, угодничество — воздух СПБ.

Работы для узников сосредоточены в швейном цехе: шитье рукавиц, мешков, чехлов. К чести этого заведения, норм выработки нет, как в других дурдомах, Кто сколько может, тот столько и шьет. Платят поэтому по сделанному за месяц: кому 1 руб. в месяц, кому — 5–6 рублей. Мойщики полов в отделениях зарплаты не получают. Используемые на строительных работах подсобниками, как, например, на строительстве новых отделений, рытье траншей, получают 5–6 рублей в месяц.

Питание в основном состоит из борща, приготовленного из квашеной капусты, без картофеля, без мяса и даже без сала. Есть еще непонятная мутная бурда или рассольник из кислейших огурцов и помидоров с добавлением круп. «Больные» просили, чтобы не портили суп огурцами, а давали один крупяной отвар. На это они получили отказ, потому что нужны большие отходы из остатков пищи для кормления нескольких десятков свиней из подсобного хозяйства. Свинина на стол ээка не проникала (или иногда что-то очень вываренное со слабым запахом). Второе блюдо: низкосортные крупы с мелкими камнями вперемежку (сколько зубов сломано...), каши из пшена, перловки, овса, риса. Или квашеная капуста, пропаренная под солянку, абсолютно несъедобная. В столовке едят в четыре смены.

СПБ «Дворянская», как и прочие СПБ, не отстает в количестве статистики смертей. За это время, с 1978 года, в СПБ скончались, повесились, умерли от уколов, были забиты или повешены санитарями, расстреляны более 40 человек.

Вот некоторые примеры. Николай Кудлаев из Пензы, 1953 г. р., исповедовавший коммунистические идеи горбачевского толка, за них и посажен в СПБ. Много раз Н.Кудлаева наказывали уколами, изолировали в одиночке, где его мучительно избивали санитары и менты «ВВ» (били с прибаутками: «это тебе за ревизионизм», и сапожищем в бок с размаху — «это тебе за уклонизм», в зубы — «это тебе за то, что извращаешь Ленина и клеветешь на КПСС») и били до бессознательного состояния. В мае 1981 года слух по отделению:

Кудлаев в тяжелом состоянии, а 31 мая того же года стало известно от санитаров, что он повесился. Соседи-больные по коридору говорили, что в эту ночь Н.Кудлаева санитары и менты нещадно били, закрыв его рот подушкой, чтобы не были слышны крики несчастного. Как он мог повеситься, если был привязан к кровати? Ясно, что забит до смерти.

И вот случай: 12 ноября 1981 года узник Хворов из Тамбовской области, отчаявшись от мучительных уколов пыточного «лечения», от беззакония — произвола санитаров, от несъедобной пищи, завладел топором, случайно оставленным строителями у отделения. Вырвался с топором из своего 1-го отделения на территорию СПБ, никого не убил и не ранил, лишь требовал беседы с главврачом Резником и начальником подполковником Давыдовым. И те лица с расстояния тридцати метров согласились беседовать с Хворовым, уговаривая его бросить топор и сдаться. Хворов заявил, что согласен сдаться, если администрация удовлетворит его требования: 1) уменьшить лечение, количество уколов или таблеток, так как его организм на пределе; 2) администрация должна запретить санитарам бить больных; 3) должно быть улучшено питание, так как оно совершенно несъедобно. «Сейчас накормим», — крикнул Давыдов, вытащил из кобуры пистолет и два раза выстрелил в Хворова. Все ээки видели из окон, как упал в крови Хворов, который вскоре умер на глазах сотен свидетелей.

Или еще случай весной 1980 года. Один «больной» из 2-го отделения пытался бежать, ухитрившись перемахнуть через стену. Поймали. Менты «ВВ» били его сапогами и прикладами автоматов, пока тащили к 1-му карательному отделению. Ночью продолжали бить, уже привязанного к кровати, к утру несчастный скончался от побоев.

И еще. Тоже весной 1980 года. Один зэка, убив трубой медсестру 2-го отделения, свел с ней свои счета. Его изолировали в 1-м отделении, привязали к койке, и в течение недели каждый контролер «ВВ» — дежурный — считал своим долгом «отметиться», заступив на дежурство, т.е. сапогами и резиновой дубинкой избить привязанного до полусмерти. Били его санитары, бил сержантский состав «ВВ», били офицеры, бил и сам начальник оперчасти. Через неделю — смерть, забит...

Летом 1980 года «больной» В., оказал сопротивление санитарам 4-го отделения, когда у него пытались забрать

посылку. Наказание — 1-е отделение, одиночка, где проводилась «кулачная обработка». Через месяц — смерть, не выдержал «обработку» с интенсивным «лечением» уколами. Официальная причина смерти — «слабое сердце».

Особенно много людей умирало в отделении врача-психиатра Даниловой. Она лично часто обращалась к санитарам и к охранникам «ВВ» поучить такого-то или такого-то: «Ну, не понимает, товарищи, поучите!». Забитых у Даниловой или заколотых насмерть было такое количество, что ее пришлось отстранить от заведующей даже своими коллегами, увы, не гуманистами, и понизить до зама в другом отделении.

Есть трогательный случай. «Больной» Ярковой из Воронежской области умер весной 1980 года в изоляторе 3-го отделения от туберкулеза. За сутки до смерти попросил у врача и медсестер прислать батюшку для исповеди и причастия. В ответ — смех и остроты. Ярковой из последних сил стал кричать: «Скорее батюшку, умираю». За этот крик санитары стали бить его. Другой «больной», воспользовавшись случаем, когда в камере умирающего никого не было из персонала, вошел к нему и как священник принял исповедь и отпустил грехи со словами: «Господи Иисусе Христе, прости его грехи во имя Отца и Сына и Святого Духа». Ярковой как-то сразу стих и вскоре умер. Ему не оказывали никакой квалифицированной помощи, не госпитализировали, не улучшили даже питания. Лишь поставили капельницу, когда уже пульс едва прощупывался.

P.S. В этой проклятой больнице много лет томится политзаключенный, юрист, Сергей Павлович Белов. «Лечением» его сделали хроником-гипертоником, давление часто 200 и более. От кислой еды расстроены желудок и печень. До «лечения» он был абсолютно здоров. Стоит Белову с кем-то заговорить, сразу последнего на допрос к врачу. «О чем это ты беседовал с господином Беловым?» Врач Марышев П.А. проводит часто с Беловым такие воспитательные беседы: «Ты — больной, ты — больной, ты — больной, ты — больной. Запад воспользовался твоей болезнью, делая из тебя значительную личность, а ты просто больной».

Степанов
Февраль 1987

ОТ РЕДАКЦИИ:

Под публикуемым нами письмом стоит только подпись: Степанов — без имени. Мы не знаем, подлинная это фамилия или псевдоним, не знаем, вышло ли это письмо на волю из психиатрического застенка или написано освободившимся оттуда, но в обоих случаях можно оценить риск, на который идет человек (даже если он не подписался своим именем). Волгоградская СПБ (403843, Волгоградская обл., Камышинский район, с. Дворянское, учр. ЯР-154/СПБ) существует десятый год, но публикуемое письмо является первым свидетельством о ней. Пуще ракет и лазеров берегут советские власти «государственную тайну» психиатрических тюрем. Никому неведомо число узников совести этого «духовного Освенцима» (по определению А.Солженицына). Никакая «гласность» их не коснулась. Почти не коснулась их и (ныне практически замершая) волна освобождений. Каждая крупница информации — помощь в борьбе против карательной психиатрии.

СОВЕТСКАЯ ПОЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ В ЭПОХУ ГЛАСНОСТИ

По поводу письма Александра Подрабиника

С большим интересом я прочел в «Русской мысли» (№ 3681) обращение А.Подрабиника к Американской ассоциации психиатров, касающееся планируемой поездки представителей этой ассоциации в СССР для расследования случаев злоупотребления психиатрией в политических целях. Полностью соглашаясь с мнением А.Подрабиника, я хотел бы добавить к его письму несколько соображений, которые могут прояснить сегодняшнюю ситуацию в области «политической психиатрии» в СССР и положение в отношении борьбы с нею как в Советском Союзе, так и на Западе.

Прежде всего я хотел бы добавить еще один совет к двум, данным А.Подрабиником в его письме (собственные переводчики и присутствие при обследовании родственников «больных»). По-моему, третье условие должно быть такое: американские специалисты до их поездки в СССР не должны сообщать советской стороне, кого они собираются обследовать и какие учреждения намереваются посетить. В противном случае у советских властей будет достаточно времени, чтобы путем форсированного «лечения» нейролептиками превратить нужных заключенных в настоящих больных, или временно улучшить условия содержания больных в отдельных психиатрических

* Злоупотребление психиатрией в политических целях в СССР. Народным депутатам Советского Союза. Амстердам, август 1990 г.

больницах. Конечно, и в случае соблюдения этого условия не исключено, что советская сторона примет те же меры, но все же она не сможет это сделать в слишком больших масштабах.

В заключительной части своего письма А.Подрабинек пишет, что Советский Союз, вероятно, захочет вернуться во Всемирную психиатрическую ассоциацию, откуда был вынужден выйти в 1983 году после того, как стало ясно, что ему грозит исключение на 7-м Всемирном конгрессе этой ассоциации, который проходил в Вене в июле 1983 года. Я полностью согласен с соображениями А.Подрабинек. Хотя секретариат Всемирной психиатрической ассоциации заявил, что не поддерживает каких-либо контактов со Всесоюзным обществом невропатологов и психиатров, советский психиатр и защитник советской «политической психиатрии» Марат Вартамян недавно дал понять, что такие контакты на самом деле существуют: «Несмотря на то, что мы вышли из ВПА, мы все же поддерживаем с ней неофициальные связи. Обсуждается вопрос нашего возвращения, но это станет возможным только в том случае, если прекратится политизация психиатрии. Сегодня психиатры во всем мире почувствовали ее последствия и поняли, что таким путем невозможно решать спорные проблемы психиатрии» («Аргументы и факты» № 11, 1987, стр. 5–6).

Ясно, что имеет в виду Вартамян, говоря о прекращении «политизации психиатрии»: разговоры о советской «политической психиатрии» должны быть прекращены. В то же самое время ни для кого не секрет, что Исполком ВПА выступает за восстановление членства СССР в этой организации. Президент ВПА, греческий профессор Стефанис, в последнее время встречался с Маратом Вартамяном по меньшей мере дважды. Вообще же, в ВПА распространено мнение, что движение за исключение СССР из этой организации было ошибкой. Такое же мнение превалирует в отношении избрания Анатолия Корягина почетным членом ВПА на Венском конгрессе 1983 года. Это значит, что выступающие против «политической психиатрии» имеют двух противников: советские официальные организации и сам Исполком ВПА.

В своем письме А.Подрабинек указывает, что возвращение Советского Союза в ВПА должно стать возможным только в том случае, если СССР будет соблюдать резолюцию, принятую на 6-м конгрессе ВПА в Гёнолулу в 1977 году.

В этом контексте большее значение имеет резолюция, принятая на венском конгрессе ВПА в 1983 году, когда А.Подрабинек находился в заключении за свою неустанную и мужественную борьбу против злоупотреблений психиатрией в СССР. Эта резолюция ставит условием возвращение СССР в ВПА «действительное сотрудничество и конкретное доказательство улучшения положения в области политического использования психиатрии в СССР». Но все это достаточно туманно: что на самом деле значит «улучшение»? Освобождение членов Рабочей комиссии по расследованию злоупотреблений в области психиатрии в политических целях, основанной А.Подрабинек в 1977 году? За исключением одного человека, все остальные уже освобождены. Освобождение отдельных жертв «политической психиатрии»? Или полное прекращение подобной практики и — наконец, устранение психиатров, ответственных за злоупотребления?

Выражение «улучшение положения в области политического использования психиатрии», взятое в буквальном смысле, может означать более изощренную политическую психиатрию, и я боюсь, что именно это и может произойти за те два года, что остаются до следующего конгресса ВПА, который должен состояться в Афинах в 1989 году. Я опасаясь, что СССР усовершенствует — «улучшит» — свою практику злоупотреблений в течение ближайших двух лет и сделает так, что ее труднее будет обнаружить. Могут быть выпущены на свободу известные на Западе жертвы психиатрических репрессий (которые, быть может, составляют только очень незначительный процент от общего числа жертв). Некоторые из освобожденных будут, возможно, страдать от усиленного применения нейролептиков еще в течение нескольких лет. Их присутствие на Западе — а они, конечно, без труда получают выездные визы — должно будет подорвать кампанию против советской «политической психиатрии» и подтвердить версию советских властей, согласно которой, «так называемые жертвы на самом деле являются психически ненормальными людьми и продолжают проходить психиатрическое лечение и на Западе». (Именно это твердит Марат Вартамян в цитируемом выше номере «Аргументов и фактов».) Такой спектакль может «доказать наличие улучшений» в советской психиатрии и привести к возвращению СССР в ВПА? Марат Вартамян и,

возможно, некоторые из его коллег лично заинтересованы в этом: если СССР не сможет вернуться в ВПА в 1989 году, они вполне могут потерять свои места. Вартамян заявил недавно на встрече с западными психиатрами: «Если я и подписывал что-либо в прошлом, я делал это только по приказу начальства». Это старая отговорка: «Приказ есть приказ». Конечно, виновато начальство, эти «прогневившие брежневцы», которые были разоблачены в результате горбачевской «перестройки». Таким образом, Вартамян и иже с ним могут умыть руки и, представив себя невинными, сохранить свои посты.

Наша задача — это помешать возвращению СССР во Всемирную психиатрическую ассоциацию. Я думаю, не нужно объяснять, какими последствиями грозит возвращение СССР в ВПА для тех, кто содержится в психиатрических больницах не по медицинским соображениям. Нас ожидают трудные времена: с одной стороны, у нас сильные противники, с другой — мы должны учитывать усталость и потерю интереса к этому вопросу со стороны западных психиатров. Сегодняшнее развитие событий в СССР, в результате «гласности» и «перестройки», еще более затрудняет наше положение. Но, тем не менее, если мы не объединим наши силы, если мы прекратим сопротивление, мы можем потерять все, чего нам удалось достичь за долгие годы борьбы против использования психиатрии в политических целях.

Роберт ван Ворен

*Генеральный секретарь Международной ассоциации
против использования психиатрии в политических целях
Член Амстердамского фонда Буковского*

О ПСИХИАТРИИ

Действительный член Академии медицинских наук СССР Георгий **Морозов**, директор всесоюзного научно-исследовательского института общей и судебной психиатрии имени В.Сербского, председатель правления Всесоюзного научного общества невропатологов и психиатров.

Профессор Виктор **Белов**, доктор медицинских наук, руководитель клинического отделения того же института.

Геннадий **Милехин**, кандидат медицинских наук, руководитель отдела научно-медицинской информации, член комиссии зарубежных связей Всесоюзного научного общества невропатологов и психиатров.

Маргарита **Тальце**, доктор медицинских наук.

Излюбленное блюдо антисоветской пропагандистской кухни — побасенка о «репрессиях посредством психиатрии» по отношению к «инакомыслящим». В западной прессе то и дело можно прочесть, будто в нашей стране здоровых «диссидентов» «заключают в психиатрические больницы». Зарубежные читатели в письмах спрашивают нас, правда ли это. Наш корреспондент обратился к советским специалистам-психиатрам с просьбой ответить на этот и другие вопросы.

— *Почему так нападают на советскую психиатрию? Для нас понятнее была бы критика нашего медицинского обслуживания: в нем немало недостатков, мы сами о них говорим и пишем...*

Г.МОРОЗОВ: Нападки на психиатрию — трафаретный прием западной пропаганды: ведь это сугубо специальная область медицины, где неискушенным людям не всегда просто разо-

браться, отличить правду от грубых инсинуаций. У некоторых из так называемых диссидентов были выявлены — заметьте, еще задолго до их выезда из СССР — различные нарушения психики, причем такие, которые требовали госпитализации. Кое-кто из числа больных совершил на почве психических расстройств общественно опасные действия и в соответствии с уголовным законодательством был направлен на судебно-психиатрическую экспертизу, как это, кстати, делается во всем мире. Как будто все правильно, однако западная пропаганда напускает дымку, чтобы никто ни в чем не разобрался.

— *Следовательно, психиатрическому обследованию подвергаются только те, кто привлекается к уголовной ответственности, а не поголовно все «инакомыслящие», как это пытаются представить на Западе?*

Г.МОРОЗОВ: Разумеется. И то лишь в том случае, если у суда или следственных органов возникают сомнения в психической полноценности обвиняемых. И если эксперты докажут, что обвиняемый в момент совершения общественно опасного деяния был невменяем, то он освобождается от ответственности даже за такое преступление, как убийство, и к нему принимаются меры медицинского характера.

— *Выходит, для преступника прямая выгода «сказаться» невменяемым?*

Г.МОРОЗОВ: Для преступника — да, но в случаях с «инакомыслящими» мы чаще сталкиваемся с обратным явлением — диссимуляцией. Они стараются скрыть свой недуг: иначе кто им поверит, что в Советском Союзе «бросают» в психиатрические больницы совершенно здоровых людей?

— *Существуют ли четкие медицинские критерии, позволяющие отличить нормального человека от больного, пытающегося скрыть болезнь?*

В.БЕЛОВ: Внешне упорядоченное поведение таких людей не всегда является показателем их психического здоровья, так как оно сочетается с различными болезненными изменениями психики — расстройством мышления, нарушением восприятия, «кривой» логикой, наличием бредовых идей преследования, величия, мессианства, реформаторства, изобретательства. Такие больные иногда могут выступать в роли «пророков», «болезненных страстных идеалистов».

— *Могут ли родственники или друзья такого человека не замечать его болезни?*

В. БЕЛОВ: Чаще всего так и бывает. Еще в прошлом веке русский психиатр Н.Саблер заметил, что посетители психиатрических больниц, видя там тишину и спокойствие, подозревают, что подлинных больных от них спрятали. Бывшие наши пациенты, уехав из страны (учтите, что перед этим они прошли курс лечения и находились, как мы говорим, в стадии ремиссии, то есть стойкого улучшения состояния), могут производить на некоторых людей впечатление здоровых. Тем страшней звучат из их уст рассказы о том, как их мучили в психиатрических заведениях, издевались, насильственно лечили, вводили препараты, разрушающие психику.

— В 1983 году сменилось руководство ВПА. Как это сказалось на ее позиции в отношении советской психиатрии?

Г.МОРОЗОВ: Новое руководство во главе с президентом профессором Костасом Стефанисом стремится нормализовать обстановку. Оно уже предприняло ряд действий, которые свидетельствуют о намерении направить деятельность ВПА на решение не политических, а чисто профессиональных задач, например, ограничить деятельность упомянутого комитета. Была рассмотрена представленная нами информация о больных и вынесено заключение: никаких злоупотреблений в отношении них не было. У нас есть общие проблемы, которые требуют не разобцения, а объединения. Так считают многие наши зарубежные коллеги. Ну, а те, кто думает иначе, пусть сами обследуют «жертвы советской психиатрии». До нас иногда доходят сведения об их судьбе вдали от родины: один долгие годы лечился в психиатрической больнице, другая покончила с собой в таком же заведении, третий вообразил себя петухом, и врачам пришлось снимать его с «насеста» — комнатного шкафа; кое-кто вступил в противоречие с законом и был признан душевнобольным...

Повторяю, пусть зарубежные специалисты вместо того, чтобы требовать от нас информации по поводу интересующих их лиц, обследуют их и докажут, что они здоровы. Пусть они представят нам такие доказательства.

Беседу вела *Майя Игнатенко*

СЕКРЕТНО, ЦК КПСС ЭКЗ. № 1

**О МЕРАХ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ
ПРОВОДИМОЙ НА ЗАПАДЕ
АНТИСОВЕТСКОЙ КАМПАНИИ
ПО ПОВОДУ «ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПСИХИАТРИИ
В СССР В ПОЛИТИЧЕСКИХ ЦЕЛЯХ»**

В соответствии с поручением о разработке плана противодействия проводимой на Западе антисоветской кампании по поводу «использования психиатрии в СССР в политических целях» Министерство здравоохранения СССР проводит следующие мероприятия:

В целях разработки мер по противодействию вышеуказанной кампании и всесторонней подготовки к участию во Всемирном конгрессе психиатров (Гонолулу, август 1977 г.), на котором предполагаются наиболее активные антисоветские выступления, Министерство здравоохранения СССР создало организационную группу под руководством заместителя министра здравоохранения СССР Венедиктова Д.Д. с участием известных советских психиатров проф. А.В. Снежневского, Г.В. Морозова, Э.А. Бабаяна, М.Е.Вартапяна и других.

Приняты меры по сбору информации о действиях всех создаваемых на Западе, особенно в Великобритании, Франции, США и др. странах, «комитетов» и «ассоциаций», выступающих по поводу «злоупотреблений» в психиатрии (выступления в печати, по радио и телевидению, различные письма, доклады, пресс-конференции и т.п.), а также о судьбе всех выехавших

за пределы СССР душевнобольных «диссидентов», о существующем и разрабатываемом в зарубежных странах законодательстве в отношении охраны здоровья и юридических прав душевнобольных лиц. Соответствующие запросы направляются через МИД СССР в посольства и представительства СССР при международных организациях, а также в Гостелерадиокомитет, ТАСС и АПН.

Углубленный анализ этой информации, а также уже имеющихся в Минздраве СССР сведений об организации психиатрической помощи во многих зарубежных странах и законодательства в этой области возложен на Институт психиатрии АМН СССР, где создана специальная группа под руководством тов. Вартапяна М.Е., а также на Институт судебной психиатрии им. Сербского.

Группа советских ученых (Снежневский А.В., Наджаров Р.А., Морозов Г.В., Вартапян М.Е. и другие) приступила к разработке аргументированных документов, разоблачающих лживость и несостоятельность буржуазных пропагандистов, пытающихся использовать несчастье больных людей в интересах политических спекуляций, а также дискредитировать научные основы психиатрии как таковой.

Эта работа будет продолжена с учетом дополнительной информации, которая будет получена из-за рубежа.

Формы использования этих документов (научные статьи, пресс-конференции, выступления в печати, по радио, телевидению и др.) и время проведения мероприятий будут определяться с учетом складывающейся обстановки совместно с МИД СССР, КГБ при СМ СССР и органами массовой информации.

Кроме того, Минздрав СССР разрабатывает конкретные планы действий в межправительственных и неправительственных международных медицинских организациях:

— во Всемирной ассоциации психиатров: участие в очередных заседаниях Исполкома, продвижение советского специалиста в Исполком вместо тов. Вартапяна М.Е. в связи с истечением срока его полномочий, поддержание систематической переписки с прогрессивно настроенными членами Исполкома ассоциации, заблаговременное включение докладов советских специалистов в повестку дня конгресса, согласование позиций с делегациями социалистических стран;

— во Всемирной Организации здравоохранения активизация участия советских специалистов во всех предстоящих научных

заседаниях по вопросам психического здоровья и проведение переговоров с генеральным директором ВОЗ Х.Малером и его заместителем Т.Лямбо (психиатр по специальности) о недопустимости вовлечения ВОЗ в какой-либо форме в антисоветскую кампанию, а также о распространении через ВОЗ правдивой информации об организации психиатрической помощи в СССР; подготовка необходимых материалов к позиции СССР об охране прав человека в ходе медико-биологических исследований, а также по принципам медицинской этики, разработка которых поручена ВОЗ XXIX Генеральной Ассамблеей ООН.

Будет усилена работа по выявлению прогрессивно настроенных крупных психиатров в США, Англии, Франции и других капитальных странах с приглашением их в СССР для чтения лекций, участия в различного рода научных заседаниях и симпозиумах по вопросам психиатрии и психотропных средств; пребывание этих специалистов в СССР будет использовано для продолжения разъяснительной работы и организации их выступлений по каналам массовой информации на зарубежье; по согласованию с сопольствами могут быть внесены предложения по избранию ряда зарубежных психиатров почетными членами Всесоюзного общества невропатологов и психиатров.

Одновременно будет активизировано направление за рубеж видных советских психиатров для участия в различного рода научных заседаниях в 1976–1977 гг.; имеется в виду их пребывание за рубежом использовать в целях распространения правдивой информации о советской психиатрии и проведения разъяснительной работы.

Учитывая, что наибольшего накала антисоветской кампании следует ожидать во время работы Всемирного конгресса психиатров, Минздрав СССР считает целесообразным направить тщательно подготовленную делегацию или специализированную группу туристов в составе 10–15 ведущих советских специалистов как для участия в научной программе Всемирного конгресса психиатров, так и для возможных выступлений на конгрессе, если в этом возникнет необходимость, с разоблачением политического, антинаучного характера ведущейся на Западе кампании.

Предполагается приурочить ко времени конгресса проведение ряда дополнительных мероприятий (выступления в печати, направление специализированных туристских групп в некоторые западные страны и т.п.).

Минздрав СССР продолжит также проведение совместных с МВД СССР регулярных инспекторских проверок специальных больниц, где осуществляется принудительное лечение психически больных лиц, имея в виду ликвидацию на месте выявленных недостатков и внесение предложений по улучшению оказания психиатрической помощи такой категории больных. Предполагается также решить вопрос о возможном показе отдельных из подобных лечебниц и больных иностранным специалистам, а также ознакомлении ряда авторитетных иностранных ученых с подлинными историями болезни «диссидентов», наиболее часто упоминаемых в западной печати.

Проведение вышеизложенных мероприятий потребует определенных финансовых средств. Минздрав СССР предполагает обратиться в Госкомитет СМ СССР по науке и технике и Минфин СССР с просьбой о выделении целевых валютных средств на командирование советских психиатров за рубеж, расходы в сов. рублях могут быть отнесены за счет общей сметы Минздрава СССР.

Заместитель министра здравоохранения СССР
С. Буренков

Куранты, 20.08.93, с.10.
Предисловие и публикация Владимира Бредихина

Д-р В.Н.Ергольскій

СОВРЕМЕННОЕ ПОЛОЖЕНІЕ
ЗЕМСКАГО ПРИЗРЕНІЯ ДУШЕВНО-БОЛЬНЫХ*

Более 30 летъ прошло съ техъ поръ, какъ наши, еще только новорожденныя тогда, земскія учрежденія впервые столкнулись съ необходимостью позаботиться о судьбе душевно-больныхъ, выделяемыхъ изъ своей среды русскимъ народомъ. Не мало за протекшее тридцатилетіе уделялось этому вопросу докладовъ и преній на земскихъ собраніяхъ. Не мало писалось посвященныхъ ему брошюръ, отчетовъ и проектовъ, исходившихъ отъ специалистовъ дела — врачей психіатровъ. Не оставляли вопросъ безъ вниманія и врачебные съезды, включая специальный съездъ психіатровъ, состоявшійся въ 1887 г. и имевшій во главе своей программы вопросы: о правахъ душевно-больныхъ на общественное призрѣніе, о правилахъ пріема ихъ въ специальныя заведенія и о наилучшемъ устройстве и управленіи домовъ и колоній для психическихъ больныхъ. И между темъ нельзя, кажется, не сознаться, что мы и теперь, какъ 30 летъ тому назадъ, не только не имеемъ строго продуманной и соразмерной въ своихъ частяхъ системы устройства дела, твердаго и практически жизненнаго плана действія, покоящагося на единственно прочныхъ основаніяхъ гармоническаго сліянія отвлеченно-научныхъ требованій дела съ требованіями живой местной действительности, но даже не видимъ категорическихъ указаній на то, кто же наконецъ долженъ быть хозяиномъ в этомъ деле, какая общественная

* Обозрѣніе психіатрии. — № 1-7. — 1899. Печатается в сокращеніи.

сила должна разъ навсегда признать его деломъ своимъ и взять на себя его устройство всецело, или, если не всецело, то въ какихъ именно частяхъ его? И какая, въ последнемъ случае, другая общественная сила должна принять въ деле участіе для устройства остальныхъ его частей; и какія между двумя или несколькими участниками должны быть взаимныя отношенія, чтобы дело шло и развивалось стройно, гладко, безъ шатаній, остановокъ и попятныхъ движеній, пагубныхъ для него? Мы не видимъ даже ясно, точно и неизбежно установленныхъ точекъ зрѣнія на то, какое это дело и нужно ли его делать, принадлежитъ ли оно къ ряду безусловно и въ полномъ объемѣ требующихъ удовлетворенія народныхъ потребностей, или составляетъ простую филантропію, благотвореніе отъ излишковъ, по крайней мерѣ въ значительнейшей своей части? Таковую неустановленность основныхъ взглядовъ на дело мы видимъ не только въ предложеніяхъ диллетантовъ его, но даже въ соображеніяхъ, предлагаемыхъ специалистами, имеющими известный весъ, которые, каждый самъ по себѣ, предлагаютъ учрежденіямъ, поставленнымъ пока хозяйствовать въ деле, все разныя пути и разныя точки зрѣнія, путая въ конецъ и безъ того недоумевающихъ передъ вопросомъ общественныхъ деятелей. То предлагалось последнимъ сразу разрубить узелъ, сразу решить вопросъ, раскошелившись на крупный кушъ, и сразу устроить дело на наилучшій заграничный образецъ. То, когда несколько сделанныхъ по этому совету опытовъ показали, что дело гораздо обширнее, чѣмъ думали о немъ раньше, и что оно есть дело живое, неуклонно и быстро растущее, стали предлагать разные проекты, какъ разсмотренные въ предыдущихъ статьяхъ и въ основе своей сводящіяся въ сущности къ тому, чтобы частью сузить дело, обрезать его, частью оттолкнуть его въ значительнейшихъ его частяхъ изъ рукъ нынѣшняго хозяина въ руки какого-то другого, определяемаго обширнымъ понятіемъ «государство», при чѣмъ вопросомъ о томъ, что этому новому хозяину делать съ переданными въ его руки обрезками дела, составители проектовъ съ своей узкой точки зрѣнія людей, получающихъ содержаніе отъ перваго хозяина, уже не задаются. Попутно реформаторы щедро рукою поучаютъ свои земскіе аудиторіи тому, что задачи ихъ и ихъ амфитріоновъ сводятся лишь къ леченію излечимыхъ, а все остальное лишь праздная филантропія, лишь непосильная и бесполезная забота о хроникахъ и психическихъ инвалидахъ,

не требующихъ леченія, но лишь огражденія отъ нихъ общества и предоставленія имъ права лишь «безмятежно доживать свой векъ». Слушая эти речи, неосторожные общественные деятели отпускаютъ новыя средства на новыя опыты въ духе новыихъ идей обезвреживанія и безмятежнаго умиранія неизлечимыхъ и излеченія чуть ли не навѣрняка излечимыхъ, осторожные же темъ временемъ, не предпринимая ничего существеннаго, кое какъ подпираютъ возведенное на зыбкой почве и расплзающееся въ разныя стороны зданіе дела и, равнодушно или даже враждебно глядя на то, какъ сотни призреваемыхъ задыхаются въ помещеніяхъ, разсчитанныхъ на полсотни, ожидаютъ, не придет ли некто, именуемый «государствомъ», и не возьметъ ли изъ ихъ рукъ все дело, какъ тяжелую и непріятную въ ихъ глазахъ филантропическую обузу, неизвѣстно зачемъ и почему имъ навязанную. Возбуждаются ходатайства за ходатайствами объ устройствѣ окружныхъ заведеній, но непременно однако же въ пределахъ ходатайствующей губерніи, а въ домахъ умалишенныхъ стоитъ прежній стонъ и скрежетъ зубовный, заставляющій ходатайствующихъ только поскорее пройти мимо этого дома печали и гнева, закрыть глаза, чтобы не видеть, и уши, чтобы не слышать.

Таково въ общихъ чертахъ положеніе дела въ большинствѣ нашихъ губерній, о чемъ свидѣлствуютъ единогласно почти все имеющіеся объ этомъ печатные документы. И если въ иныхъ изъ губерній дело временно улучшилось и даже приняло мѣстами вполне благоустроенный характеръ, то въ будущемъ грозитъ и здѣсь возвратиться къ прежнимъ неблагоустройствамъ, чему мы видали примеры и можемъ видеть и теперь. Ибо плана нѣтъ, нѣтъ пониманія размеровъ и основного характера дела, были и есть только минутныя увлеченія случайнаго состава управы и ревизіонныхъ комиссій под вліяніемъ накопившихся неурядковъ. За увлеченіями следовали поспешныя дѣйствія, безъ обезпеченія будущаго, а потомъ остановки, въ концѣ концовъ губительныя для дела, которое, какъ постоянно растущее, остановокъ не допускаетъ. Отсюда вездѣ является спутникомъ этого дела какая то особенная, раздражающая, тяжелая обстановка, обстановка взаимнаго непониманія и постоянной борьбы безъ надежды на окончаніе ея между матеріальными хозяевами дела и лицами, поставленными для ближайшаго и непосредственнаго руководства имъ. Первые, уверенные, что все дело только филантропическое, думаютъ, что на него

можно расходовать только излишки, которых разумеется не имеется, и вотъ на все указанія руководителей одинъ отвѣтъ: «денегъ нѣтъ!». Вторые, не имеющіе возможности закрывать глаза на тяжкіе безпорядки въ дѣле и слишкомъ хорошо изо дня въ день видящіе и чувствующіе истинные его размеры и истинный его характеръ, изнемогаютъ в борьбѣ, принужденные для того, чтобы сделать одинъ лишній и даже самый маленькій шагъ впередъ, предпринимать каждый разъ чуть ли ни целую дипломатическую кампанію. А тутъ еще на сцену являются реформаторы изъ собственнаго же лагеря, которые своими поученіями даютъ противной сторонѣ лишніе доводы къ отказамъ и проволочкамъ.

Тяжело положеніе руководящихъ деломъ врачей, но ужъ и описать трудно, насколько тяжело все это шатаніе мысли ложится на объектъ всехъ хлопотъ — русскихъ душевнобольныхъ, бедняковъ, крестьянъ, мещанъ и разночинцев, у которыхъ ими самими или ихъ ближайшими родственниками къ тому времени, какъ пришла беда и нагрянула страшная болезнь, не было заготовлено достаточнаго количества презренного металла, чтобы обратиться къ помощи частныхъ лечебницъ. Ихъ, этихъ больныхъ бедняковъ, всякое специальное общественное заведеніе на первыхъ же порахъ старается какъ-нибудь отъ себя оттолкнуть, какъ-нибудь отъ нихъ отвязаться и передать другому. Придираются ко всякому удобному и даже совершенно неудобному случаю, чтобы не принять ихъ въ заведеніе, или, если это оказывается наконецъ невозможнымъ въ силу существующихъ узаконеній, стараются сбыть ихъ потомъ, для чего главнымъ средствомъ обыкновенно служить придиричивое копаніе въ документахъ больныхъ. Беда больному, если въ его документахъ нашлось указаніе на «иногоубернское» его происхожденіе. Его немедленно снаряжаютъ в путь и везутъ за сотни и тысячи верствъ по месту установленнаго такимъ образомъ истиннаго его происхожденія.

Принятый, наконецъ, после многихъ мытарствъ въ заведеніе душевно-больной беднякъ, если болезнь его продолжительная, въ очень скоромъ времени имеетъ своимъ уделомъ скорбуть, чахотку, а часто, если онъ кроме того еще и буень, даже поломанныя ребра, не говоря уже о мелкихъ поврежденіяхъ, которыя ему безъ счета приходится получать отъ своихъ же товарищей по несчастію, скученныхъ въ тесныхъ помещеніяхъ и оттого особенно раздражительныхъ и драчливыхъ. Объ ат-

мосфере, которою приходится дышать въ такихъ помещеніяхъ и про которую можно сказать «хоть топоръ вешай», — ужъ и говорить нечего.

...На сколько я могу уяснить себе, учрежда несколько летъ назадъ плату за леченіе сумасшедшихъ, земство имело въ виду единственную цель — сократить приливъ больныхъ въ лечебницу, но къ сожаленію оно при этомъ упустило изъ виду съ одной стороны установленную закономъ и неоднократно признанную Правительствующимъ Сенатомъ обязанность для земства призывать душевно-больныхъ, каковая обязанность конечно не допускаетъ и мысли о плате за леченіе, а съ другой, что установивши плату, хотя и въ меньшемъ размере по сравненію съ обыкновенными больницами, оно ставитъ большую часть населенія въ невозможность оставлять больныхъ въ лечебнице въ виду значительности платы. Плата 12,5 коп. въ день или 45 руб. въ годъ столь обременительна не только для вполне бедной, но и для обыкновенной крестьянской семьи, что вполне естественно становится, когда крестьяне всячески скрываютъ больныхъ и предпочитаютъ держать ихъ дома на цепи, чемъ разоряться содержаніемъ ихъ въ больнице.

Жалко и бедственно существованіе русскаго душевно-больного бедняка отъ первыхъ дней болезни и до послѣднихъ дней ея, которые нередко бываютъ и послѣдними днями жизни несчастнаго. Но есть обширная группа лицъ, которыхъ болезнь бедняка делаетъ пожалуй еще более жалкими и горькими, повергаетъ въ еще большія бедствія. У больного есть въ большинствѣ случаевъ нечто, что облегчаетъ для него самого его тягостное положеніе. Это нечто есть забвеніе. Группа же лицъ, о которой я хочу тоже сказать несколько словъ, не имеетъ и этого. Это близкіе больныхъ, это ихъ жены — вдовы при живыхъ мужьяхъ, это ихъ дети — сироты при живыхъ отцахъ и матеряхъ, это ихъ матери и отцы, оставшіеся безъ поддержки и скрывшіе за стенами дома умалишенныхъ вместе съ больными детьми нередко также и все свои надежды. Тутъ, в дальнейшей жизни этихъ людей, говоря словами поэта, — горя реченька, горя реченька бездонная. Только течетъ эта реченька неводная къ сытымъ и довольнымъ, хозяйствующимъ у общественнаго сундука и говорящимъ «денегъ нетъ!» для того, чтобы, если нельзя воротить этимъ горькимъ ихъ больного здоровымъ, можно было бы дать имъ хоть утешеніе, что несчастный доживаетъ свой векъ въ обстановке, где есть

возможность сохранить ему хоть образъ человеческій, который, какъ известно, подобенъ образу Божію.

А общество, а все то большинство, которыхъ самихъ не постигла и можетъ быть не постигнетъ никогда беда, спокойно ли оно въ своемъ равнодушіи къ делу, которое склонно считать простой филантропіей, позволительной лишь при излишкахъ средствъ? Да оно спокойно, потому что все-таки, какъ ни много душевно-больныхъ, какъ ни «грозны» ихъ «армій», сочитанныя в Москве, отдельные случаи заболеваний расплываются незаметно для него въ общей сутолоке повседневной жизни и разныхъ модныхъ вопросовъ, о которыхъ кричать на всехъ перекресткахъ и для которыхъ, хотя настоятельность многихъ изъ нихъ еще сомнительна, ходятъ деньги даже многіе изъ техъ, которые только что говорили «денегъ нетъ», когда речь шла об устройстве психіатрическаго дела. Но, какъ ни спокойно общество, спокойствіе это едва ли можетъ назваться основательнымъ и прочнымъ. Или не достаточно техъ жертвъ, которыя принесены до сего времени, или мало убитыхъ душевно-больными мужьями женъ, а женами мужей, родителями детей, детьми родителей, и разными «изобретателями» и «подавателями прошеній» выдающихся и менее выдающихся общественныхъ деятелей?

Да и какъ можетъ считаться прочно обеспеченнымъ спокойствіе общества, когда для помещенія даже явно опасныхъ больныхъ въ заведеніе родственникамъ ихъ приходится прибегать къ такимъ, можно сказать революционнымъ способамъ, какъ въ следующихъ случаяхъ.

«Одинъ изъ крестьянъ Мало-Архангельскаго уезда, читаемъ въ Обозреніи Психіатріи (1890 г., № 3), привезъ въ психіатрическую лечебницу Орловскаго губернскаго земства своего душевно-больного сына для помещенія в эту лечебницу, такъ какъ несчастный страдалъ острымъ помешательствомъ. Но документовъ у старика не было, и сына не приняли. Тогда старикъ бросилъ больного у воротъ богоугоднаго заведенія, а самъ уехалъ домой в деревню. Понятно, что больного, полузамерзшаго, отправили въ 3-ю полицейскую часть, а оттуда уже опять в богоугодное заведеніе. Въ полицейской части больной буйствовалъ и даже ударилъ городского, успокаивающаго его. Изъ психіатрической больницы онъ снова былъ возвращенъ въ часть и, наконецъ, отправленъ въ губернскую земскую управу. Что будетъ дальше — неизвестно», прибавляетъ кор-

респондентъ.

Другой случай сообщенъ мне устно однимъ калужскимъ товарищемъ. Дело идетъ о следующемъ любопытномъ обмене телеграммами. Къ одному знакомому товарища, живущему в г. Калуге, его родственникъ, живущій въ Москвѣ, шлетъ следующую телеграмму: «не знаемъ, что делать съ Ч. Нигде не принимаютъ, а дома держать тоже нельзя, буянить и грозить резать жену. Посоветуй, что делать». Ч. — это заболѣвшій душевной болезнью отставной офицеръ, временно находившійся съ женой въ Москвѣ; поэтому Московскія больницы для него закрыты. Калужанинъ, получившій такую телеграмму и знавшій ранее о душевной болезни Ч., отвечаетъ телеграммой же следующее: «выведи его на Кузнецкій мостъ и отпусти на все четыре стороны. Подберутъ и поместятъ». Конечно, москвичъ не последовалъ совету, но переписка во всякомъ случае характерна и если советъ не былъ выполненъ, то единственно потому, что Ч. имелъ некоторый достатокъ и могъ быть въ конце концовъ увезенъ въ другой городъ, где и помещенъ в заведеніе.

Думаю, что нетъ надобности въ дальнейшихъ доводахъ и примерахъ, чтобы с полнымъ правомъ охарактеризовать дело признанія душевно-больныхъ въ нашемъ отечестве вообще и въ земскихъ губерніяхъ въ частности, какъ находящееся до сего времени въ крайне ненормальномъ, хаотическомъ состояніи. Такое его состояніе, какъ ясно показываютъ приведенные немногие, но наиболее яркіе примеры и еще более ясно тысячи менее яркихъ, но подобнаго же рода примеровъ, съ которыми изодня въ день сталкиваются стоящіе у дела лица, — влечетъ за собою неисчислимыя бедствія, какъ для самихъ больныхъ, такъ и для близкихъ, такъ и для всего общества. Поэтому, хотя въ предыдущихъ статьяхъ я отнесся отрицательно къ реформаторскимъ попыткамъ трехъ разобранныхъ мною тамъ авторовъ, темъ не менее съ исходнымъ ихъ взглядомъ на дело, какъ настоятельно нуждающееся въ упорядоченіи, нельзя не согласиться всецело. Въ виду этого я съ своей стороны тоже решаюсь представить суду психіатрической науки и практики соображенія о мероприятіяхъ, которыя имеютъ въ виду те же цели упорядоченія дела, но, какъ я думаю, более отвечаютъ условіямъ провинціальной русской жизни и не сопрягаются съ вредными для самого дела послѣдствіями.

Итакъ, говорить «средствъ нетъ», когда идетъ вопросъ объ устройствѣ общественнаго призренія душевно-больныхъ изъ народа, — нельзя. Средства должны быть изысканы, и съ этимъ необходимо разъ и навсегда примириться руководителямъ общественнаго хозяйства. Но отсюда не следуетъ, конечно, что нужно впадать в другую крайность, увлекаться и, задавшись въ увлеченіи разными широковещательными, но сомнительными въ практической ихъ осуществимости и необходимости программами и задачами, расходовать общественныя средства въ большихъ, чѣмъ это требуется обстоятельствами дела, размерахъ. Лучше устраивать дело проще, но въ объемѣ, котораго требуетъ жизнь, т.е. устраивать общественныя заведенія, хотя бы и скромно обставленные, но съ дверями, широко открытыми для всехъ нуждающихся въ нихъ, чѣмъ создавать учрежденія съ претензіями на образцовое совершенство, но назначенныя лишь для немногихъ. Такъ же нетъ никакой надобности, увлекшись другою крайностью, торопиться принимать, какъ это советуется некоторыми, экстренныя меры, имеющія въ виду чуть ли не насильственное изъятіе изъ населенія всехъ, такъ называемыхъ, «острыхъ» больныхъ и водвореніе ихъ въ заведенія съ целью излечивать ихъ тамъ чуть ли не наверняка и такимъ путемъ, будто бы, предупреждать развитіе «хрониковъ». Самая и, можно сказать, единственно верная мера для своевременнаго изъятія изъ населенія всехъ нуждающихся въ спеціальному призреніи и леченіи больныхъ, будутъ ли они «острые» или «хроники», заключается въ созданіи такого плана устройства дела, при которомъ запросы народа въ этомъ отношеніи будутъ удовлетворяться безъ стесненій, тотчасъ и вместе съ темъ такъ, чтобы в народѣ вселялось и постепенно, все более и более, укреплялось доверіе къ делу. А для этого дело должно быть поставлено такъ, чтобы, успешно удовлетворяя текущую потребность, оно могло безъ вреда для своего благоустройства рости и развиваться соответственно росту потребности, такъ какъ всякія задержки губительно сказываются на внутреннемъ благоустройствѣ дела, отчего подрывается къ нему доверіе и вновь тормозится вместе съ этимъ своевременное обращеніе къ помощи заведеній, причиняя крайній вредъ и больнымъ, и всему обществу.

Многіе общественные деятели восклицаютъ: «докуда же будетъ продолжаться этотъ ростъ больныхъ? Содержаніе

ихъ въ концѣ концовъ будетъ поглощать весь бюджетъ!» Эти восклицанія нельзя оставить безъ некоторыхъ замечаній.

Коротко сказать, наблюдающіяся въ настоящее время цифры годового прироста ненормально увеличиваются большими, накопившимися и накапливающимися по деревнямъ отъ прежнихъ летъ. Поэтому съ развитіемъ дела и съ распространешемъ сведеній о заведеніяхъ по всемъ уголкамъ губерній приростъ больныхъ постепенно долженъ, рано или поздно, начать уменьшаться на счетъ ненормальнаго прибавка къ нему въ видѣ больныхъ, своевременно не определенныхъ къ заведенію въ прежніе годы.

Темъ не менее даже и тогда, когда описанное явленіе осуществится вполне и повсеместно, трудно ожидать, чтобы дело приняло наконецъ окончательную стаціонарную форму въ отношеніи количества призреваемыхъ. Во первыхъ нельзя не принимать въ расчетъ уже естественный ростъ населенія, который будетъ вполне естественно связываться и съ относительнымъ ростомъ душевныхъ заболеванийъ. А во вторыхъ громадное значеніе должна оказывать сама природа душевныхъ болезней, какъ болезней затяжныхъ, длящихся годами. На остановку этого естественнаго прироста можно рассчитывать только разве въ томъ случае, когда съ прогрессомъ общественной организаціи будутъ постепенно проведены широкія и радикальныя меры оздоровленія населенія, которыя приведутъ въ ряду прочихъ благихъ своихъ послѣдствій также и къ уменьшенію душевныхъ заболеванийъ въ каждое данное время по крайней мере до той степени, при которой цифра новыхъ заболеванийъ за известный періодъ времени будетъ меньше таковой же за предшествующій періодъ той же продолжительности, и меньше на столько, чтобы парализовалось дѣйствіе указанныхъ выше причинъ — роста заболеванийъ въ связи съ ростомъ населенія и природы душевныхъ болезней, заставляющей количество выздоровленій и смертей при нихъ отставать отъ количества новыхъ заболеванийъ за тотъ же срокъ времени. Само собой разумеется, что при обратныхъ условіяхъ, т.е. при всякомъ потрясеніи общественнаго организма, губительно отзывающемся на народномъ здоровьи, пропорціонально силе этого потрясенія будетъ увеличиваться и приростъ ищущихъ общественнаго призренія вообще и душевно-больныхъ в частности.

...На основаніи высказанныхъ соображеній прихожу къ следующему выводу, на которомъ, думаю, следуетъ разъ на-

всегда остановиться: дело общественнаго призренія и леченія душевно-больныхъ изъ несостоятельныхъ классовъ населенія нашего отечества почти во всемъ своемъ объеме, на который предъявляетъ требованія общественная жизнь въ данное время и въ данномъ месте, — есть дело земскихъ учреждений, какъ одинъ изъ подвидовъ земской медицины и земскаго призренія. Я сказалъ «почти во всемъ своемъ объеме» потому, что, какъ будетъ показано своевременно, некоторую, хотя сравнительно очень небольшую долю дела, въ интересахъ послѣдняго, представляется более целесообразнымъ возложить на некоторыя более мелкія общественныя группы и учреждения. Также, какъ показываетъ более подробное изученіе обстоятельства дела, которое тоже последуетъ своевременно, и государству, какъ кажется, по крайней мере въ практическомъ отношеніи, будетъ более целесообразно взять въ свое непосредственное веденіе некоторую другую часть дела, хотя тоже значительно меньшую той части, которая выпадаетъ на долю земскихъ учреждений. Вообще же, что касается государства, то, какъ это установлено действующимъ законодательствомъ вполне категорически, и чего изменить по сути дела не представляется никакой целесообразной необходимости, главными, неотъемлемыми и высокими функциями его в этомъ деле, кроме общихъ оздоровительныхъ меръ, касающихся всей страны, являются еще высшій административный контроль и регулированіе дела, во избежаніе пагубныхъ задержекъ въ его развитіи и даже попятныхъ движеній, на что нередко оказываются способными общественныя учреждения, а также матеріальная помощь въ виде субсидій или кредита на развитіе дела въ томъ или другомъ отдельномъ районе, земскія учреждения коего въ силу какихъ либо особыхъ неблагоприятныхъ экономическихъ условій оказались въ данное время не въ силахъ устоять по отношенію къ делу на высоте своей задачи.

Лечебныя приемы, указанные медициной до сего времени, многочисленны и разнообразны. Все они однако же могутъ быть разбиты по обстановке, въ которой мыслимо ихъ примененіе къ больнымъ, на слѣдующія три группы: 1) лечебныя приемы, для которыхъ требуется ночное содержаніе больныхъ въ известнымъ образомъ устроенныхъ зданіяхъ, возводимыхъ для удобства обращающихся къ ихъ помощи особенно тяжелыхъ больныхъ, в наиболее населенныхъ пунктахъ или непосредственно около послѣднихъ и носящихъ, смотря по размерамъ,

названія госпиталей, больницъ или лечебницъ. 2) Лечебные приемы, применение которыхъ предполагаетъ амбулаторное содержаніе больныхъ, но не въ обычной ихъ житейской обстановке, а въ некоторыхъ центральныхъ сборныхъ пунктахъ, въ условіяхъ, полезныхъ для этого рода больныхъ или въ силу обстоятельствъ, предоставляемыхъ самою природою данного пункта, или въ силу обстоятельствъ, искусственно созданныхъ для этой же цели врачами, путемъ смещенія условій, предоставляемыхъ природою, съ особыми данными, указываемыми медицинскою наукою. Таковы курорты, морскія купанья, климатическія станціи, санаторіи и лечебныя колоніи. Наконецъ: 3) лечебные приемы, применение коихъ предполагаетъ тоже амбулаторное содержаніе больныхъ, но въ обычной житейской ихъ обстановке и даже при возможности продолженія ими обычной ихъ житейской деятельности.

Прилагая эти 3 группы способовъ и приемовъ леченія къ психическимъ больнымъ и принимая во вниманіе установленную психіатріей потребность этихъ больныхъ въ техъ или другихъ способахъ леченія, мы можемъ сообразно съ этимъ подразделить на 3 обширныя группы и самихъ этихъ больныхъ.

Въ дополненіе къ предложенной группировке следуетъ пояснить, что свойства, определяющія принадлежность того или другого больного къ той или другой группѣ, отнюдь не могутъ считаться разъ навсегда для даннаго больного определенными и постоянными. Между определенными группами происходитъ постоянный и самый живой обменъ. Больной, принадлежащій несколько дней или недель, или даже месяцевъ и годовъ къ первой группѣ, въ следующіе затемъ дни, недели, месяцы и годы можетъ перейти во вторую, а то даже въ третью и обратно.

...Возвращаясь теперь къ вопросу, который вызвалъ съ нашей стороны все послѣднія разсужденія, сближенія и справки, мы въ результате послѣднихъ приходимъ къ единственному выводу о людяхъ и о деле, о которыхъ разсуждаемъ: все люди эти, безъ исключенія, — больные, требующіе леченія, а все дело, въ полномъ объемѣ, — лечебное дело. Всякія другія толкованія неизбежно противоречатъ основнымъ положеніямъ медицинскою науки вообще и психіатріи в частности.

Принципы, положенныя въ основу организаціи дела, которую я хочу здѣсь изложить, не составляютъ чего нибудь новаго. Они ясно и определенно были высказаны для нашего

отечества еще 11 летъ тому назадъ, но потомъ оказались почему-то забытыми и не проведенными в жизнь, по крайней мере во всей своей полноте.

Принципы эти суть следующие:

«...въ деятельности отдельныхъ земствъ, какъ и различныхъ заведеній для душевно-больныхъ, нетъ никакой связывающей ихъ нити, никакого общаго плана действий, никакой солидарности».

«...между мерами, направленными къ улучшенію быта душевно-больныхъ, предпринимаемыми различными общественными управленіями, нетъ, какъ выше уже замечено, единства, солидарности и той строгой последовательности, которая обеспечиваетъ

успехъ дела».

«цель деятельности земскихъ заведеній менее широкая, чемъ клиническихъ. Не задаваясь высшими требованіями науки, они должны дать приютъ, призрѣніе и леченіе больнымъ, находящимся на попеченіи земства».

Стоитъ только при каждой земской больнице устроить небольшія психіатрическія отдѣленія на 5–10 коекъ, смотря по населенности уезда и бойкости его промышленной и торговой жизни. Эти психіатрическія отдѣленія служили бы пріемнымъ покоемъ для всехъ заболѣвающихъ въ данномъ уезде душевными болезнями.

Что касается уездныхъ земскихъ больницъ, то за целесообразность устройства при нихъ психіатрическихъ пріемныхъ отдѣленій говоритъ весьма красноречиво еще и то обстоятельство, что само населеніе привыкло видеть въ этихъ больницахъ свои больницы и везетъ уже и теперь своихъ душевно-больныхъ туда, не желая считаться съ темъ, что въ нихъ нетъ для этихъ больныхъ местъ, и больные будутъ медленно отправлены въ губернію.

...Предполагаемое мною возраженіе заключается въ томъ, что врачи уездныхъ земскихъ больницъ и больницъ фабричныхъ, городскихъ и железно-дорожныхъ — не специалисты. Да, они не специалисты. Земскіе, фабричные, железно-дорожные и т.п. врачи, являющіеся повседневно и повсеместно, когда потребуются, и хирургами, и акушерами, и окулистами, несомненно, для столь маленькаго психіатрическаго дела окажутся и вполне хорошими психіатрами, когда имъ дана

будетъ к этому возможность, т.е., когда при заведуемыхъ ими больницахъ будутъ устроены отдѣленія съ соответствующими приспособленіями.

Что касается теоретическихъ знаній, то нельзя, какъ я думаю, игнорировать того обстоятельства, что теперь не прежнія времена. Теперь во всякомъ университете и въ академіи имеются психіатрическія кафедры, читаются обязательныя для всехъ медицинскихъ студентовъ курсы психіатріи и ведутся обязательныя клиническія занятія. Если предположить, что всего этого недостаточно для того, чтобы затемъ обладать даже такими знаніями, чтобы съ успехомъ вести пріемный психіатрическій покой на 5–10 коекъ, то, я не понимаю, къ чему тогда государству содержать все эти обширныя и дорогія клиники, къ чему читать все эти обязательныя курсы?

По поводу высказанныхъ соображеній боюсь еще обвиненія меня въ противоречіи самому себе после того, что я говорилъ въ первой своей статьѣ, возражая д-ру Яковенко на его предложеніе привлечь участковыхъ земскихъ врачей къ психіатрическому делу. На случай такого обвиненія замечу, что участковые врачи и врачи уездныхъ земскихъ больницъ, а также надзоръ за больными, разсеянными на сотняхъ квадратныхъ верствъ, и леченіе больныхъ, собранныхъ въ спеціально приспособленномъ отдѣленіи, — не одно и то же, почему противоречія съ моей стороны нетъ никакого.

После всехъ приведенныхъ доводовъ и оговорокъ не предвижу более никакихъ основательныхъ возраженій моему предложенію и думаю, что приведете его въ жизнь действительно «вдвинетъ психіатрію въ земско-медицинскую семью», о желательности чего такъ прекрасно выразился въ своемъ докладе Кіевскому съезду д-ръ Яковенко, и действительно приблизитъ земское психіатрическое дело къ населенію, что тоже существенно необходимо и желательно.

С. Блох, П. Реддауэй **ДИАГНОЗ: ИНАКОМЫСЛИЕ**

(Фрагменты из книги)

Послереволюционное развитие психиатрической службы

С реорганизацией системы здравоохранения, последовавшей после социалистической революции, в психиатрии был взят курс на профилактику душевных заболеваний*. Костяк новой системы и по сей день составляют психдиспансеры, учрежденные в каждом административном районе.

Первоначальная консультация обычно происходит в районной поликлинике. Если больной нуждается в более специализированном обследовании, его направляют в ближайший психиатрический диспансер. Каждый диспансер обслуживает население примерно в полмиллиона. Здесь, в идеале, врачи стремятся не изолировать больного от общества и по возможности избегают помещения его в больницу. При некоторых диспансерах имеются небольшие стационары для больных, нуждающихся в непродолжительной госпитализации. Диспансеры также оборудованы для дневных больных, т.е. таких, которые являются туда каждый день, возвращаясь домой на ночь. Важным элементом диспансера является производственная мастерская при нем. Труд играет всеобъемлющую роль в лечении и перевоспитании психически больных. Конечная цель — сохранение работоспособности больного с его последующим возвращением либо к прежней работе, либо к иной, более соответствующей его возможностям. Этот аспект психиатрического лечения отражает советское отношение к труду: официальная мораль требует от каждого советского гражданина общественно-полезного труда и вклада в благосостояние государства.

* О значении, придаваемом профилактике, говорит основание в 1925 году Научно-исследовательского института нейропсихиатрической профилактики в Москве.

Поэтому большинство дневных больных проходит курс трудотерапии. Мастерские при клинике (а также при психиатрических больницах) заключают договоры с промышленными предприятиями, которым они поставляют тот или иной товар. Больные, работающие в мастерских, в дополнение к пенсии по инвалидности получают за свою работу небольшую оплату.

Более тяжелые больные, неспособные к жизни в обществе и нуждающиеся в более тщательном уходе, поступают в районную психиатрическую лечебницу. Большая часть их проводит там несколько недель или месяцев, после чего вновь направляется в диспансер для дальнейшего наблюдения. Связь между больницей и диспансером, очевидно, слабая, контакты между врачами обоих учреждений, помимо чисто формальных, минимальны⁴. В дополнение к районным психиатрическим больницам при некоторых больницах общего типа имеются небольшие психиатрические отделения, но это нехарактерно для советской психиатрической системы. Тюремные психиатрические лечебницы существуют для лечения осужденных, страдающих душевным заболеванием. Психиатрические колонии, обычно расположенные в сельской местности, рассчитаны на больных, которые нуждаются в длительном, а то и в пожизненном уходе.

Терапевтический подход

Традиционное психиатрическое лечение последних десятилетий основано на идеях академика Павлова. Имя его — одно из самых прославленных в истории советской медицинской науки, а идеи и результаты его исследований имеют фундаментальное значение для советской медицины вообще. В 1950 году на объединенной сессии Академии наук и Академии медицинских наук под нажимом партийных идеологов павловское учение было окончательно провозглашено основой медицины, а также некоторых других областей науки. Обе академии постановили принять необходимые меры к дальнейшему развитию павловской теории и к ее применению в медицине, педагогике, физическом воспитании и скотоводстве⁵.

Ознаменованный широкой чисткой среди научных кругов, этот период представляет печальную главу в истории советской науки. Так, например, в биологии все командные высоты партия предоставила лысенковцам. Они провозгласили ряд своих теорий, которым все обязаны были подчиняться: биологи не вправе были придерживаться иных воззрений; со своими оппонентами лысенковцы расправлялись, прибегая к «чисткам». Впоследствии взгляды Лысенко были официаль-

но признаны шарлатанскими, а сам он был низвергнут. Эта бурная фаза развития советской науки живо описана биологом Жоресом Медведевым⁶.

«Павловская сессия» двух академий внесла смятение и в психиатрию. Физиологические теории Павлова о высшей нервной деятельности и ее регулирующих механизмах были включены в психиатрию и возведены в догму. Психиатрическая наука была переделана согласно павловской доктрине. Психиатры-«антипавловцы» были смещены с важных постов и либо отправлены на пенсию, либо переведены в провинцию. Многие из них были евреями и, естественно, это происходило в атмосфере антисемитизма, кульминационным моментом которого явилась казнь двадцати выдающихся деятелей еврейской культуры в 1952 году и пресловутое «дело врачей» в 1953 году.

Павловские теории искусственно объединили с марксизмом, объясняя таким образом поведение человека как результат социально-экономических условий, и это было положено в основу психиатрической терапии. Эта установка была обращена против теорий Фрейда, на которые начиная с тридцатых годов было наложено табу. В это время книги Фрейда сделались недоступными для широкой публики, а перевод их на русский язык прекратился. Советское неприятие Фрейда основано на двух пунктах: значительная роль, отводимая им инстинктам человека в определении его поведения, и индивидуалистический характер психоанализа, стимулирующий у пациента независимость личности, его личную ответственность. Партийные идеологи решительно выступили против его теории, по которой поведение человека в основном определяется иррациональными и подсознательными факторами и эгоистическими импульсами. Точно так же были отвергнуты Юнг, Адлер и такие неопрейдисты, как Хорни и Салливан, идеи которых, впрочем, практически неизвестны советским психиатрам.

Советский способ лечения сочетает три направления: биологическое, психологическое и социальное. Упор на биологическую основу душевного заболевания выражается в широком использовании транквилизаторов и антидепрессантов в курсе лечения. Это те же средства, к которым принято обращаться и в западной медицинской практике. Усиленное применение фармакологических средств в советской психиатрии основано на павловском учении о нормальном функционировании нервной системы как результате равновесия между возбуждением и торможением. При душевных заболеваниях имеет место нарушение этого равновесия, но оно восстановимо благодаря воздействию некоторых лекарств на мозг.

Применяются,хоть и не столь широко,и другие методы физиологического воздействия. Инсулиновый шок,чрезвычайно редко используемый в настоящее время западными психиатрами,все еще применяется в советской медицине. Лечение заключается во введении инсулина в дозе,приводящей больного в прекоматозное состояние,из которого его затем выводят; эта процедура повторяется несколько раз на протяжении недель. Также прибегают к электрошоку,к наркототерапии или лечению сном. Психохирургия — хирургическое вмешательство в функционирование мозга,в особенности иссечение части переднего мозга,— лоботомия,— изредка практикуемое на Западе,— в Советском Союзе запрещена.

Психологическое лечение отличается директивно-воспитательным характером. Американский психиатр Зиферштейн, на протяжении тринадцати месяцев наблюдавший применение психотерапии в Ленинградском научно-исследовательском институте психоневрологии им. Бехтерева, дал развернутое описание этого метода⁷. Психиатр создает благоприятный эмоциональный климат, проявляя интерес и участие к больному и подчеркивая его, больного, положительные качества; он предлагает реалистический, зрелый подход в решении тех или иных житейских проблем и объясняет больному, что его поведение и нежелание изменить это поведение вызвано невротным состоянием, причем старательно избегает вызывать негативные чувства у больного, поскольку они нарушили бы положительный эмоциональный климат и дали бы антитерапевтический эффект. Целью психотерапии является постепенное воспитание в больном оптимистического настроения.

Впечатления Зиферштейна подтверждаются участниками Американской миссии по изучению проблем лечения психических заболеваний. В 1967 году они приехали в Советский Союз для изучения организации психиатрической службы в стране⁸. По наблюдениям американцев, их советские коллеги чрезвычайно широко используют психотерапию, направляя поведение больного, беседуя с ним, увещевая его, причем делается это в теплой, доброжелательной атмосфере.

Социальное направление в лечении тесно связано с психологическим. Отражая взгляд советского общества на труд как на основу жизни каждого гражданина, трудотерапия является основным средством, которым пользуется врач-психиатр. Психиатр обладает огромными возможностями влиять на формирование экономического и социального мира своего больного; он вправе вмешиваться в различные аспекты его жизни: изменять условия, связанные с его работой, рекомендовать дальнейшее образование или подготовку, определять группу инвалидности, а тем самым и размеры его пенсии, добиваться

Приложение

перевода его на другую работу, требовать улучшения жилищных условий. Работодатель, как правило, обязан выполнять рекомендации психиатра.

В социальной терапии господствует концепция коллективизма. Упор на коллектив — главная черта советского общества: интересы и цели общества ставятся выше интересов и целей личности. Одна из задач психиатра — ускорить возвращение больного в коллектив и утвердить в нем чувство социальной ответственности. Поощрение индивидуализма в больном не имеет места в советской психиатрии. Присяга советского врача, включающая обязательство «добросовестно трудиться там, где этого требуют интересы общества»⁹, отражает предпочтительную направленность психиатра на интересы коллектива, а не личности.

Сильно выраженная официальная установка коллективизма порождает у советских психиатров — а также у конформистски настроенной части общества — нетерпимость к отступлениям от общепринятых норм и ценностей. Определенный стиль одежды, причёски, манера держаться, отношение к религии, интерес к некоторым видам искусства, литературы и музыки, сексуальные отклонения, как, например, гомосексуализм (уголовно наказуем), и вообще любые формы поведения, отличающиеся от общепринятых, могут вызвать у психиатра подозрение и недоверие, заставляющее его видеть в этих проявлениях возможные симптомы душевного заболевания.

Готовность расценить всякое необычное поведение как отклонение от общественной нормы создает богатую почву для истолковывания его как психического отклонения, и тем самым — базу для использования психиатрии в целях социальных репрессий.

Психиатрия и политическая идеология

Присяга советского врача включает следующее обязательство: «во всех своих действиях руководствоваться принципами коммунистической морали (курсив наш), всегда помнить о высоком призвании советского врача, об ответственности перед народом и Советским государством»¹⁰.

Коммунистическая мораль внушается врачу с самого начала его медицинской карьеры. Еще в институте он обязан проходить курс марксизма-ленинизма. По данным Филда, в годы после второй мировой войны этому предмету отводилось не меньше 250 часов, в то время как анатомии — 297, хирургии — 213. Такой же упор на эти идеологические дисциплины наблюдается и поныне*¹¹. Сталинское высказывание о приоритете политической подготовленности над про-

фессиональным мастерством и опытом приобретает особое значение в работе психиатра. Хорошая политическая подготовленность предполагает преданность партии и ее идеологии, готовность работника выполнять партийные указания. Политический критерий и его значение в жизни советского человека не потеряли силу и в наши дни. Об этом свидетельствует и чрезвычайно высокий процент членов партии среди медицинских работников, занимающих ответственные посты в системе здравоохранения.

Таким образом, партия, благодаря своей монополии в командных инстанциях, полностью контролирует все аспекты народного здравоохранения, включая и профессиональную деятельность врачей. Мы еще увидим, сколь существенна эта форма контроля в использовании психиатрии для подавления инакомыслия.

Самую суть подчиненного положения советской медицины по отношению к партии и режиму хорошо выразил Филд:

Идеология... занимает центральное место в советской структуре, и как доктрина, и как практическое орудие контроля. Однако режиму не столь важен доктринальный конформизм или даже вера (в смысле религиозной убежденности), сколько положительное отождествление с партией как хранительницей всех основных догматов. Из этого, естественно, вытекает особая озабоченность властей настроениями советской интеллигенции, отношением ее к партийной идеологии и — важнее всего — ее «правильной» интерпретацией партийного курса и готовностью исполнять приказы и указания в духе этого курса¹².

Советское здравоохранение на практике

Выше мы рассматривали главным образом формальную структуру и принципы советской системы здравоохранения, особенно в области психиатрии. Практика, безусловно, значительно отличается от схемы. Пока что, однако, мы не располагаем достаточным материалом по той простой причине, что ни одному иностранцу не была предоставлена возможность провести исследования на местах, а советскому гражданину с независимым образом мыслей, с большим трудом собравшему необходимый материал, не удалось бы опубликовать результаты своих исследований.

* По свидетельству д-ра М.Войханской, до 1975 года работавшей психиатром в Ленинграде, и по другим компетентным источникам, 25% учебной программы отводится политическим наукам. Дисциплины эти — основы марксизма-ленинизма, политэкономика, диамат, истмат, история КПСС и научный атеизм.

В этих обстоятельствах суждение такого здравомыслящего и независимого критика, как академик А. Сахаров, обладает ценностью даже несмотря на то, что оно не основано на систематических данных. В 1975 году он писал:

Очень низко качество медицинского обслуживания большинства населения. Попасть на прием в поликлинике — полдня потерять... Больной почти не может выбрать, к какому врачу обратиться. В больницах — больные лежат в коридорах, в духоте или на сквозняках... На одного больного в рядовой больнице в день выделяется по бюджету менее одного рубля на все... Зато в привилегированных больницах — на одного больного по бюджету тратится до 15 рублей в день... В провинции нет современных медикаментов, но и в столице их ассортимент очень отстает от западных стран. Сильно подорвана система медицинского образования... Общий нравственный и профессиональный упадок распространился на врачей, которые держались дольше других. Под угрозой те несомненные достижения (в области педиатрии, в борьбе с инфекционными заболеваниями и др.), которые были достигнуты советской медициной в первые десятилетия советской власти¹³.

Суждение Сахарова тем более весомо, что оно совпадает с рассказами множества недавних эмигрантов из Советского Союза, в том числе врачей разных специальностей, включая психиатров, с которыми мы беседовали. Оно также совпадает с личным опытом одного из авторов (П.Р.), который столкнулся с советской системой медицинского обслуживания, находясь в Москве в качестве аспиранта в 1963–64 гг.

Даже официальная советская пресса, в редкие минуты откровенности, частично подтверждает мнение Сахарова. Так, в 1976 году в «Литературной газете» говорилось о проблеме, стоящей перед советским здравоохранением. Автор статьи утверждал, что суммы, отпускаемые больницам, никак не могут считаться достаточными. Он предлагает учредить медицинский фонд, взывая к благотворительности населения. Фонд дал бы возможность закупать дорогую аппаратуру и расширить перегруженные больницы. Чиновники из Министерства здравоохранения отнеслись сочувственно к его предложению:

(...)и у нас больные лежат иногда в коридоре. (...)Нет печальнее дней в больнице, чем самые праздничные. Тогда не лечат, тогда не встречаются с врачами — только лекарства и самые неотложные процедуры¹⁴.

В результате всего, что нам удалось прочитать и услышать, мы пришли к выводу, что в Советском Союзе, как и в западных странах,

с психиатрическим обслуживанием дело обстоит хуже, чем в прочих областях медицины.

Следует также отметить, что в советской психиатрии, в отличие от западной, стремящейся по возможности лечить пациентов амбулаторно, намечается обратная тенденция. Советские власти усиленно строят все большее количество стационарных лечебниц, количество коек для людей с психическими и нервными заболеваниями за период с 1962 года по 1974 возросло с 222600 до 390 тысяч. Последняя цифра представляет 13% от общего числа коек в больницах всех типов на 1974 год. Дальнейший рост количества коек для душевнобольных намечено было продолжить вплоть до 1980 года¹⁵.

4. Лифер Р. Медицинская модель как идеология. — Интернешенел джорнал оф сайкайатри, 1970, т. 9.
5. Сас Т.С. Миф о душевной болезни, Нью-Йорк, 1961.
6. Лифер Р. Медицинская модель как идеология. См. прим. 4.
7. Сас Т.С. Идеология и сумасшествие, Нью-Йорк, 1970.
8. МакГарри А.Л. Вопрос опасности. — Сайкайатрик спектейтор, 1974, т. 9.
9. Там же.
10. Исчерпывающая трактовка темы — в кн.: Киттри Н.Н. Прмо быть непохожим: отклонения и принудительное лечение, Балтимор, 1971.
11. Сандей Тайме, 21 мая 1972. г.
12. Миллер К.С., Симоне Р.Л. и Фейн С.Б. Принудительная госпитализация в психиатрическую больницу в Англии и Уэльсе. — Джорнал оф хэлс энд социал бихейвиор, 1974, т. 15.
13. Проблемы, относящиеся к опасности и административной госпитализации, рассматриваются в статье: Шах С.А. Опасность и административная госпитализация душевнобольных: соображения общественной политики. — Америкен джорнал оф сайкайатри, 1975, т. 132.
14. Сайкайатрик ньюз, 16 июля 1975г.
15. Стоун А.А. Право на лечение — заметки о законе и его воздействии. — Америкен джорнал оф сайкайатри, 1975, т. 132.

* * *

Психиатр и его диагноз

В предыдущих главах мы показали, как происходит в СССР злоупотребление психиатрией, но лишь вскользь говорили о тех, кто несет ответственность за превышение медицинских полномочий. В этой главе мы восполним это упущение и постараемся установить мотивы, движущие психиатрами, замешанными в преступлениях против человечества. Ответственно ли только меньшинство психиатров? Каковы подлинные мотивы злоупотреблений? Вопрос, заслуживающий пристального внимания и рассматриваемый нами поэтому в данной

главе, мы формулируем так: предоставляет ли возможность для преступных толкований сама принятая в психиатрии система диагностики, или интерпретации советских психиатров не имеют с ней ничего общего и вытекают из их непрофессионального толкования очередных требований вышестоящих инстанций? Как относится западная психиатрия к советским психиатрическим диагнозам диссидентов?

Кто причастен?

Прежде всего, надо сказать, что «идеологи» злоупотребления психиатрией, несущие самую тяжкую ответственность за госпитализацию нормальных людей, составляют среди советских психиатров незначительное меньшинство. Еще меньше таких, которые осмеливаются открыто заявить о своем несогласии с практикой карательной психиатрии. Подавляющее большинство советских психиатров нельзя отнести ни к активным защитникам и проводникам карательной медицины, ни к ее открытым противникам. Не говоря уже о психиатрах, восстающих против произвола, необходимо сделать различие между «идеологами» и молчаливым большинством, прячущим иной раз под маской послушания сочувствие к жертвам и желание им помочь.

Ключевые фигуры

Использование психиатрии в целях подавления свободомыслия в Советском Союзе возглавляют: директор Института психиатрии Академии медицинских наук СССР профессор Андрей Снежневский, директор Института им. Сербского доктор Георгий Морозов, заместитель директора Института психиатрии профессор Рубен Наджаров и начальник специального диагностического отделения Института им. Сербского профессор Даниил Лунц.

Наибольшей известностью и влиянием, вне всякого сомнения, обладает профессор Андрей Снежневский. Он — один из немногих психиатров, удостоенных почетного звания действительного члена Академии медицинских наук. К его советам по специальным психиатрическим вопросам прислушиваются в Министерстве здравоохранения. Снежневский является редактором журнала «Невропатология и психиатрия» им. С.С. Корсакова, членом президиума АМН и Всесоюзного общества невропатологов и психиатров. Ему также принадлежит ведущая роль в международных мероприятиях советской психиатрии. Влияние Снежневского усиливается почетным членством во Всемирной психиатрической ассоциации, Американской психиатрической ассоциации и Королевской коллегии психиатров Великобритании.

Андрей Снежневский родился в 1904 году. Карьеру свою он сделал в 1950-м. Тогда состоялась объединенная сессия Академии наук и Академии медицинских наук СССР на тему о внедрении в советскую психиатрическую практику идей академика Павлова. Поборники теории Павлова победили. Снежневский находился в их стане, и волна, сокрушившая разгромленных, вынесла его на вершины медицинской иерархии. Снежневский получил кафедру в Институте усовершенствования врачей, в 1950–51 гг. стал директором Института им. Сербского, а в 1962-м его облекли наивысшим доверием: Снежневский сделался директором Института психиатрии.

Вскоре после того, как по приказу партии доктрина Павлова вытеснила из официальной советской психиатрии почти все остальные научные подходы, Снежневский, зарекомендовав себя непоколебимым павловцем, начал развивать свою собственную теорию шизофрении. По сути дела, Снежневский ввел новое толкование болезни, в результате чего стало возможным трактовать идеологическое инакомыслие как симптом тяжелого психического расстройства.

Взгляды Снежневского на шизофрению вызвали длительную борьбу с другими направлениями в психиатрии, сторонники которых были сосредоточены главным образом в Киеве и Ленинграде. Обе эти школы решительно выступали против расплывчатой теории Снежневского и против участвовавших из-за нее диагнозов шизофрении. Главным противником Снежневского в Ленинграде был доктор А.С. Чистович; в середине пятидесятых годов борьба шла с переменным успехом. Так, диссидента Виктора Рафальского трижды признавали тогда здоровым в Ленинграде и столько же раз шизофреником — в Институте им. Сербского. К концу десятилетия не было уже никаких сомнений в том, кто вышел победителем: заручившись поддержкой сверху, Снежневский и его сторонники прочно закрепили свою установку в теории и практике психиатрии. Самые влиятельные оппоненты были переведены на менее ответственные посты — зачастую в провинции.

Дольше других не сдавался Ленинградский институт им. Бехтерева. Возглавлявший его доктор И.Случевский сумел сохранить свои принципы неприкосновенными даже в начале шестидесятых годов. Благородные традиции Института оборвались в 1966 г. вместе с кончиной Случевского — его сотрудники вынуждены были встать на официальные позиции. Доктор Феликс Ярошевский, ныне проживающий в Торонто, а ранее практиковавший в Ленинграде, рассказал нам о заметном сдвиге психиатрического направления в Институте им. Бехтерева (1965–1972 гг.): к диагнозу шизофрении стали прибегать чаще.

Честолюбивый, хитрый, искусный в манипулировании людьми и жонглировании словами, Снежневский, по свидетельству многих, кто его знает, является хорошим клиницистом и обладает большим человеческим обаянием. Сталкивавшиеся с ним психиатры говорят о сложности его личности. Добившись верховной власти в своей области, он стал защитником советской психиатрии от западных критиков. Яростно отрицал он обвинения, выдвинутые против Советского Союза на конгрессе Всемирной психиатрической ассоциации в Мексике в 1971 году. Как тогда, он и сейчас продолжает утверждать, что критика эта не что иное, как «злостная фальсификация»⁴.

В качестве консультанта или одного из членов комиссии Снежневский принимал участие в обследовании нескольких диссидентов с мировым именем. Широко известны оценка Снежневским психического состояния Плюща и его роль в деле Жореса Медведева.

В 1972 году Снежневский возглавил комиссию, обследовавшую Плюща, диагностировал у него шизофрению и рекомендовал принудительную госпитализацию². После почти двух лет «лечения» и заметного ухудшения в состоянии Плюща жене госпитализированного и другу семьи Юрию Орлову удалось попасть к Снежневскому домой. Орлов описал напряженный разговор, в ходе которого Снежневский озадачил пришедших вопросом — по их мнению, лицемерным: «Разве лучше было бы для Плюща получить семь лет строгого режима?»³

Ни в госпитализации, ни в диагнозе Медведева Снежневский открыто не участвовал, но его закулисная роль в этом деле не подлежит сомнению. Как рассказано в книге «Кто сумасшедший?», один из друзей Медведева добился свидания со Снежневским и услышал от того, что хотя Жорес и является психопатологической личностью «с повышенной самооценкой», в принудительном лечении он не нуждается и должен быть освобожден и поставлен на психиатрический учет. На следующий день со Снежневским, приехавшим в Министерство здравоохранения вместе с группой врачей, встретился академик Сахаров. После общих слов о достижениях советской психиатрии Снежневский согласился, что, действительно, ошибки иногда случаются, в особенности в провинции, где отдельные психиатры не освоили еще современных методов. Если врачи, обследовавшие Медведева, допустили ошибку, — пояснил Снежневский, — ее можно исправить при помощи Минздрава. Зачем шуметь на весь мир? Общественные протесты подрывают ведь престиж советской психиатрии⁴. Стало известно также, что за несколько дней до этого разговора Снежневский присутствовал на совещании ответственных сотрудников Минздрава, которое было посвящено делу Медведева. К тому времени междуна-

родная кампания протеста набрала уже ощутимую силу. Снежневский воспользовался случаем и предупредил собравшихся, что продолжение госпитализации Медведева поставит в затруднительное положение советскую делегацию на конгрессе в Мексике; министр здравоохранения доктор Петровский и главный психиатр министерства доктор Серебрякова не хотели идти на уступки и решили, что Медведева следует содержать в больнице в течение неопределенного срока.

Этот эпизод иллюстрирует одно из основных качеств Снежневского — политический прагматизм. Сознвая ошибочность госпитализации Медведева, он заботился не столько о благосостоянии больного, сколько о престиже своей профессии.

Директор Института им. Сербского Георгий Морозов родился в 1920 году. Главенствующее положение в Институте им. Сербского он занял в 1957-м. С 1974 г. он стал действительным членом АМН СССР, а с 1975-го — председателем президиума Всесоюзного общества. Как и Снежневский, Морозов занимается не только практикой, но и теорией: он является одним из составителей учебника по судебной психиатрии⁵.

Имя Морозова неразрывно связано с использованием психиатрии в политических целях. Он участвовал — иногда и в качестве председателя — в комиссиях, обследовавших таких диссидентов, как Григоренко, Горбаневская, Медведев, Файнберг, Шиханович и Плющ. Георгий Морозов — один из наиболее активных защитников советской психиатрической практики.

Доктор Рубен Наджаров занимает пост заместителя Снежневского в Институте психиатрии. Он неоднократно участвовал в комиссиях, обследовавших диссидентов, и не раз пытался парировать западную критику.

Наджаров вошел в состав комиссии, заключившей, что Медведев страдает вялотекущей шизофренией. Он же рекомендовал принудительное лечение для Виктора Кузнецова. Осмотрев его, Наджаров нашел вялотекущую шизофрению ввиду наличия у «больного» реформаторских идей и недостаточного понимания собственной болезни⁶. В результате Кузнецов провел два года в Казанской СПБ.

Оправдания Наджаровым советской психиатрии были напечатаны и в СССР («Известия», 1973)⁷, и на Западе («Гардиан», 1973)⁸. Последнее письмо подписали также Снежневский и Морозов. Аргументация Наджарова сводится к обвинению критиков в «неблаговидных целях» и антисоветской клевете.

Самой печальной известностью среди диссидентов пользуется профессор Даниил Романович Лунц⁹. Отец его был до революции педиатром, мать — профессором Московской консерватории.

В середине тридцатых годов Лунц работал психиатром в больничном отделении главной тюрьмы в Горьком, потом перевелся в Институт им. Сербского, где в 1940 году стал старшим научным сотрудником и получил звание доктора. В конце сороковых годов он читал лекции на курсах Министерства госбезопасности.

Несмотря на свое еврейское происхождение, Лунц благополучно перенес погромную кампанию начала пятидесятых годов, захлестнувшую и Институт им. Сербского, однако положение его в Институте по-настоящему упрочилось лишь в 1957 году, когда на пост директора назначили Г. Морозова. К началу шестидесятых годов Лунц стал главой диагностического отделения, занимающегося обследованием политических нарушителей.

По утверждению диссидента Наума Коржавина, Лунц начал работать в отделении еще в 1948 году. Он сильно отличался от других врачей, вспоминает Коржавин: «Маленький... вечно настороже, мрачный, недоброжелательный. Однажды я обратился к нему с простым вопросом, как привык обращаться к другим врачам, которые все относились ко мне с уважением, а он что-то пролаял мне в ответ. Был ли он сотрудником органов тогда или нет... я не знаю. Но все больные чувствовали в нем врага.»

Клинические методы Лунца меняются в зависимости от потребностей КГБ. В 1968 году он объявил вменяемыми двух диссидентов, которым прежде поставил диаметрально противоположный диагноз. Первое свое заключение он осудил как ошибочное, сказав, что взгляды его с тех пор изменились — шизофрению он стал теперь толковать уже.

Эта «комедия» с Лунцем в роли переродившегося злодея была поставлена режиссерами из КГБ — органам удалось сломить одного из диссидентов, и необходимо было «вернуть» его во вменяемое состояние, чтобы не впустую прошли его ложные показания на суде. Разумеется, по окончании этой инсценировки Лунц снова расширил свое понимание душевной болезни¹⁰. На полузакрытой лекции в Москве в 1973 году он говорил о разных стадиях одной и той же формы шизофрении. Сначала больной критикует советскую общественно-политическую систему, — сказал Лунц, — затем его охватывает принципиальная ненависть к милиции, а кончает он покушением на жизнь вышестоящих представителей власти. Задача психиатра, — предупредил Лунц, — как можно раньше установить наличие болезни и с помощью лечения не дать ей развиваться. После лекции председательствующий отказался прочитать вслух записки, адресованные Лунцу, на том основании, что они носили оскорбительный характер¹¹. Как бы то ни было, Лунц пользуется доверием высших инстанций и не

раз обследовал диссидентов, в том числе Снявского, Вольпина (1959), Григоренко (1969), Горбаневскую, Яхимовича, Файнберга, Буковского (1963 и 1967) и Шихановича.

О других психиатрах, принадлежащих к группе «идеологов», наша информация, к сожалению, скудна. По-видимому, немалая доля вины за злоупотребление психиатрией лежит на Зое Серебряковой, главном психиатре Минздрава. Не вызывает сомнения ее причастность к делу Медведева. Обследуя Файнберга, она нечаянно проговорилась о том, что ей известно о помещении в СПб нормальных людей. В деле Медведева, а также и Плюща замешан сам министр здравоохранения Борис Петровский. Жена Плюща сообщила, правда, что в конце 1975 года Петровский добивался прекращения госпитализации ее мужа¹². Но это совпало по времени с апогеем кампании в защиту Плюща на Западе.

Одним из главных апологетов советской психиатрии с 1971 года стал профессор Марат Вартанян. Его избрание на пост заместителя председателя ВПА облегчило Советскому Союзу защиту психиатрических преступлений против нормальных людей. Хотя лично Вартанян не участвовал ни в лечении, ни в обследовании диссидентов, его тесное сотрудничество со Снежневским и другими «идеологами» очевидно.

Известно еще около 50 имен психиатров, повинных в госпитализации диссидентов. В нескольких комиссиях, решивших судьбу инакомыслящих, участвовали доктора Виктор Морозов и Яков Ландау. Дополнительное свидетельство — высокие посты, занимаемые ими: Ландау, например, как уже говорилось, является непосредственным заместителем Лунца.

1. Гардиан, 29 сентября 1973 г.
2. Хроника 29.
3. Хроника 36.
4. Медведевы Ж. и Р. Кто сумасшедший?, стр. 96.
5. Морозов Г.В. и Калашник Я.М. Судебная психиатрия, Москва, 1967.
6. Сенатская подкомиссия, т. 1, стр. 160.
7. Известия, 10 августа 1973 г.
8. Гардиан, 29 сентября 1973 г.
9. Сведения о профессоре Лунце мы получили от диссидентов, бывших его пациентами: В.Файнберга, А.Вольпина, Н.Горбаневской, Ю.Шихановича; от дальнего родственника Лунца — Александра Лунца, проживающего ныне в Израиле, а также от одного московского диссидента, пожелавшего остаться неназванным.
10. Казнимые сумасшествием, стр. 123 (о Добровольском). См. также стр. 43–44 (о Галанкове).
11. ХЗ № 3, 1973.
12. Тайме, 29 ноября 1975 г.

Малопрогрессирующая (вялотекущая) шизофрения

Этот тип шизофрении отличается медленным течением с постепенным развитием изменений личности, никогда не приводящих к глубокому эмоциональному опустошению, характерному для тяжелых конечных состояний. В соответствии с этим клиническая картина болезни обусловлена синдромами сравнительно неглубокого расстройства деятельности мозга. Клинические проявления преимущественно ограничиваются кругом невротических (вегетативных, обсессивных, фобических, компульсивных, конверсионных), ипохондрических, психопатических, аффективных и стертых параноидных расстройств.

Указания на существование медленно и относительно благоприятно развивающихся психозов эндогенного круга появились в литературе задолго до распространения концепции Е. Краепелин о раннем слабоумии.

В современной литературе, посвященной шизофрении и пограничным состояниям, имеются многочисленные описания форм патологии с медленным нарастанием психических расстройств, «ползучей», по выражению В.О. Аккермана (1935), прогрессирующей.

Эти формы описывались в литературе как латентная шизофрения [Bleuler E., 1911], мягкая шизофрения [Кронфельд А.С., 1928], непсихотическая шизофрения [Розенштейн Л.М., 1933], шизофрения, текущая без изменений характера [Кербиков О.В., 1933], шизофрения *larvata* [Снежневский А.В., 1963], вялопротекающая [Мелехов Д.Е., 1963; Шмаонова Л.М., 1968; Наджаров Р.А., 1972], медленно текущая шизофрения [Озерецковский Д.С., 1950], прешизофрения [Еу Н., 1958], предфаза шизофрении [Юдин Т.П., 1941], микропроцессуальная, или

микropsихотическая, шизофрения [Гольденберг С.И., 1934], абортивная шизофрения [Gaupp R., 1938], рудиментарная, «санаторная» [Каннабих Ю.В., Лиознер С.А., 1931], псевдоневротическая [Hoch P.H., Polatin P., 1949], амбулаторная [Zilboorg G., 1956; Hollender M.H., 1959], несостоявшаяся [Канторович Н.В., 1964], амортизированная [Stengel E., 1937], нерегрессивная [Nyman K., 1978] шизофрения. Выделяют также «стертые» формы [Шахматова И.В., 1970; Wizel A., 1926; Mitsuda H., 1967].

Это семантическое разнообразие указывает на отсутствие общепринятых представлений об этой группе психических нарушений и отражает разные подходы к исследуемой проблеме и не разрешенные противоречия во взглядах на клинику и патогенез малопрогрессирующей шизофрении.

Наиболее распространенным, особенно на первых этапах исследования этих форм, когда отсутствовали достаточно полные данные о закономерности течения и исхода относительно благоприятно развивающихся эндогенных заболеваний, было представление о малопрогрессирующей шизофрении как о своего рода атипичии — происшедшем по тем или иным причинам отклонении от закономерного, т.е. более неблагоприятного, развития заболевания.

Чаще всего, как видно по некоторым обозначениям, вялопротекающая шизофрения рассматривалась либо как абортивный, незавершенный [по Каменевой Е.Н., 1934] вариант манифестных форм, либо как начальный, продромальный, но затянувшийся «остановившийся на полпути» этап эндогенного процесса [Pascal C., 1912; Axel Marian, 1955; Simko A., 1968].

Однако накопившиеся за последние десятилетия клинические, и в том числе катамнестические, наблюдения свидетельствуют о том, что стойкие неврозо- и психопатоподобные расстройства, сверхценные образования, стертые бредовые, аффективные и другие проявления малопрогрессирующей шизофрении не всегда являются предвестниками манифестного психоза, знаменующего собой переход к более прогрессирующему развитию заболевания. В ряде случаев такие проявления (обнаруживающие известное сходство с симптоматикой продромального периода манифестного психоза) определяют клиническую картину на всем протяжении болезни и следуют собственным закономерностям развития. В генетическом аспекте малопрогрессирующие формы также имеют существенные отклонения от манифестной шизофрении [Шендерова В.Л., 1974].

В свете этих данных малопрогрессирующая шизофрения представляется не затянувшейся (как иногда полагают, «на всю жизнь») стадией,

предшествующей большому психозу, а самостоятельным вариантом эндогенного процесса.

Распространенность малопрогрессирующей шизофрении по отношению к другим формам этого заболевания достаточно велика. Так, по данным эпидемиологического исследования, проведенного в Институте психиатрии АМН СССР [Жариков Н.М., Шмаонова Л.М., Либерман Ю.И. и др., 1973], непрерывно развивающиеся варианты малопрогрессирующей шизофрении составляют 38,1% всего контингента больных шизофренией, а все больные малопрогрессирующей шизофренией (текущей как непрерывно, так и в форме приступов) составляют около половины общей популяции больных шизофренией.

Малопрогрессирующая шизофрения чаще дебютирует в первом двадцатилетии жизни. Однако отчетливые проявления заболевания могут впервые обнаруживаться и в более позднем возрасте.

По эпидемиологическим данным [Шмаонова Л.М., Либерман Ю.И., Вроно М.С., 1980], доля больных малопрогрессирующей шизофренией среди больных, заболевших шизофренией до 17-летнего возраста, составляет 44,2%. Доля заболевших малопрогрессирующей шизофренией в 18 лет и старше составляет 26,4%.

По данным М.М. Буркина (1979), 81,3% больных вялопротекающей шизофренией заболевают в возрасте до 30 лет.

Малопрогрессирующей шизофрении, так же как и более прогрессирующим формам заболевания, свойственно последовательное изменение психопатологической симптоматики, отражающее дебют, активизацию и затухание патологического процесса.

Стереотип развития малопрогрессирующей шизофрении можно определить следующими тремя периодами [Смулевич А.Б., 1979]:

1. Латентный этап развития заболевания, на протяжении которого не обнаруживаются отчетливых признаков прогрессирующей (допрогрессирующей, по Б.Д. Фридману, 1934; допроцессуальной, по С.И. Гольденбергу, 1934);

2. Активный (с непрерывным течением, в форме приступа или серии приступов), или период полного развития болезни, по Д.Е. Мелехову (1963);

3. Период стабилизации с редукцией позитивных расстройств, выступающими на первый план личностными изменениями и формирующимися в последующем признаками компенсации.

Подчиненная общим закономерностям течения эндогенных психозов, в виде смены продрома непрерывным или приступообразным течением [Снежневский А.В., 1975], малопрогрессирующая шизофрения имеет и собственную «логику развития».

Основные клинические особенности малопрогрессирующей шизофрении состоят в следующем: 1) длительный латентный период с последующей активизацией болезни на отдаленных этапах патологического процесса; 2) тенденция к постепенному видоизменению симптоматики от наименее дифференцированной в смысле нозологической специфичности (в латентном периоде) к предпочтительной для эндогенного заболевания (в активном периоде, в периоде стабилизации); 3) признаки циркулярности на всем протяжении заболевания. Стертые аффективные расстройства латентного периода сменяются аутохтонными аффективными фазами, приобретающими на более поздних этапах процесса склонность к континуальному течению; 4) неизменность ряда психопатологических расстройств (осевые симптомы), представляющих собой единую цепь нарушений, закономерное видоизменение которых тесно связано как с выраженностью генерализации патологического процесса, так и с уровнем негативных изменений. Осевые симптомы — навязчивости, соматизированные психические нарушения, расстройства самосознания, кататимные расстройства и др. — составляют основу клинической картины и сохраняются, несмотря на смену синдромов, на всем протяжении заболевания. Они определяют структуру дефекта.

Латентный период малопрогрессирующей шизофрении. Латентная шизофрения. В отличие от характерного для инициальной стадии больших шизофренических психозов снижения психической продуктивности [Наджаров Р.А., 1972] в латентном периоде малопрогрессирующей шизофрении не только не отмечается признаков интеллектуального и социального снижения, но нередко у больных сохраняется способность к профессиональному росту. Позитивные симптомы ограничиваются нарушениями, свойственными пограничным состояниям, и не включают, как это бывает на начальных стадиях прогрессирующих форм, рудиментарных или незавершенных проявлений последующего манифестного психоза. Такие нарушения зачастую не расцениваются самими пациентами и их близкими как проявления болезни и не служат причиной обращения за медицинской помощью. В связи с этим латентный период малопрогрессирующей шизофрении представляется чрезвычайно сложным для диагностики. Иногда диагноз удается поставить лишь спустя много лет после появления первых психопатологических симптомов.

У части больных, несмотря на возникновение отдельных болезненных расстройств уже в детском и юношеском возрасте, процесс в основном остается латентным на всем протяжении болезни. Признаки прогрессирующей, характерные для эндогенного процесса, по-

являются чаще всего только во второй половине жизни [Мазаева Н.А., 1981; Ростовский Е.П., 1981; Bleuler E., 1911; Welbel L., 1966]. Такие особенно благоприятно протекающие формы малопрогрессирующей шизофрении, клинические проявления которых на всем протяжении заболевания (до преклонного возраста) относительно стабильны и исчерпываются симптомами латентного периода и неглубокими, но отчетливыми изменениями личности по шизофреническому типу, правомерно рассматривать как самостоятельный вариант малопрогрессирующего эндогенного заболевания — латентную шизофрению.

Симптоматика латентного периода вялопротекающей шизофрении, а также собственно латентной шизофрении чаще всего определяется кругом психопатических и аффективных нарушений, навязчивостями (см. раздел «Малопрогрессирующая шизофрения с навязчивостями»), явлениями реактивной лабильности.

Среди психопатических расстройств обычно преобладают проявления шизоидного круга (аутизм, трудности контакта с людьми, грубый эгоизм, парадоксальность эмоций и поведения), нередко сочетающиеся с психопатическими чертами иной структуры — истерическими (демонстративность поведения, истерические стигмы и т.д.), психастеническими (тревожность, склонность к сомнениям, педантизм и ригидность психической деятельности), а также параноическими (повышенное самомнение, односторонность интересов и активности, подозрительность).

В определенные периоды болезни в клинической картине преобладают грубые и парадоксальные реакции истерического типа или нарушения, напоминающие возрастную динамику психопатии, но более мозаичные, выступающие в утрированном виде, а также аутохтонные и психогенно спровоцированные депрессивные фазы.

Аффективные расстройства на начальном этапе малопрогрессирующей шизофрении чаще всего выступают в виде стертых невротических или соматизированных депрессий, нередко расцениваемых больными как «периоды переутомления». Стертые аффективные фазы имеют вид сезонных колебаний настроения, «предменструального напряжения» и других спонтанных кратковременных или более затяжных (до нескольких месяцев) гипотимических состояний с беспричинным пессимизмом, плаксивостью, угнетенностью и раздражительностью. В эти периоды, как правило, усиливаются сенситивность, неуверенность в себе, склонность к самоанализу. В клинической картине таких субдепрессий преобладают вяло-адинамические расстройства или аффект тревоги и страха [Румянцева Г.М., 1970].

Наряду с субдепрессиями отмечаются гипомании, чаще всего затяжные со стойким и монотонным аффектом. Гипоманиакальные

состояния проявляются преимущественно повышенной активностью, «неутомимой деятельностью», продуктивной, но односторонней, часто приобретающей характер сверхценных увлечений. Больные в таких случаях полны энергии, оптимизма, работают как одержимые. Нередко на фоне хронической гипомании формируются рудиментарные навязчивости, тики, стойко фиксированные ритуальные действия. Иногда состояние больных резко меняется, наблюдается своеобразный «зигзаг», на несколько дней прерывающий ровную линию неизменно хорошего самочувствия. В эти периоды внезапно манифестируют преходящие соматизированные расстройства (вегетативные кризы, дисфункции тех или иных внутренних органов, алгии различной локализации), а также острые фобии, сопровождающиеся бессонницей, суетливостью, повышенной возбудимостью.

В некоторых случаях единственным клиническим проявлением длительного асимптомного периода шизофрении могут быть особые формы реагирования на внешние вредности [Гиляровский В.А., 1973]. Психогенные и соматогенные реакции, предшествующие отчетливым симптомам эндогенного процесса, нередко повторяются сериями из 2–3 и более таких состояний. Они относятся к кругу трудно распознаваемых инициальных проявлений заболевания. Среди психогенных реакций обычно наблюдаются депрессивные, истеро-депрессивные, депрессивно-ипохондрические, реже бредовые (реактивные и ситуационные параноиды) и сутяжные. При этом обнаруживаются иные по сравнению с реактивными состояниями вне рамок эндогенного заболевания механизмы формирования психогений. Психогенные реакции в латентном периоде малопрогрессирующей шизофрении обычно протекают по закономерностям нажитой реактивной лабильности.

Термином «реактивная лабильность» [Jaspers K., 1913; Kleist K., 1911] определяется готовность к формированию психогений. В отечественной литературе [Шевалев Е.А., 1937; Введенский И.Н., 1938] легкость возникновения психогенных реакций обозначалась как «ремиттирующая реактивность» или «чрезмерная реактивность».

В работах К. Kleist (1953), а также ряда отечественных исследователей [Осипов В.П., 1934; Бунеев А.Н., 1938; Введенский И.Н., 1938] указывалось на конституциональную обусловленность такой реактивной лабильности. Однако возможна и нажитая предрасположенность к психогенным реакциям. Это подтверждает концепцию патологически измененной почвы. По мнению ряда авторов, «почва» для реактивной лабильности может сформироваться в результате эндогенного процесса и, в частности, малопрогресси-

ентной шизофрении [Фридман Б.Д., 1934; Левинсон А.Я., 1937; Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Мазаева Н.А., 1978].

Особенности формирования психогений в латентном периоде малопрогрессирующей шизофрении отчетливо выступают при их сопоставлении с механизмами психогенных реакций у психопатических личностей (см. раздел «Реактивные состояния»).

Так, например, реактивные депрессии чаще всего возникают у психопатических лиц, обнаруживающих склонность к сверхценным образованиям. Психогения в этих случаях детерминирована индивидуально непереносимой ситуацией (например, утрата объекта сверхценности), полностью соответствующей аффективно заряженному сверхценному комплексу, и развивается, таким образом, по механизму «ключевого переживания».

У больных малопрогрессирующей шизофренией с явлениями нажитой реактивной лабильности в отличие от психопатических личностей не отмечается тенденции к формированию сверхценных комплексов. Психогенные реакции возникают здесь по объективно малозначительным, обычно касающимся неприятных событий повседневной жизни поводам. При этом обращает на себя внимание неадекватность реакции вызвавшему ее воздействию как по выраженности собственно аффективных расстройств, так и по длительности болезненного состояния. В таких случаях, например, смерть дальнего родственника, к которому больные при жизни были равнодушны, может повлечь за собой резкий и продолжительный спад настроения с жалобами на тоску, мрачными размышлениями о конечности существования и бессмысленности человеческого бытия. Таким образом, выбор ситуации, приобретающей значение психотравмирующей, происходит по случайному признаку («искание сюжета», «искание тематики», по Е.А. Шевалеву, 1937), что обусловлено предшествующей психотравмирующему воздействию готовностью к реакции, приводящей к активной селекции психогенных влияний.

Для психогений, возникающих в латентном периоде малопрогрессирующей шизофрении (или при собственно латентной шизофрении), характерна склонность к нарастанию расстройств эндогенного круга по мере углубления депрессии. Эта тенденция заметно усиливается при развитии в дальнейшем психогенно спровоцированных приступов. Она проявляется прежде всего витализацией картины депрессии, приобретающей черты эндореактивной дистимии [Weitbrecht H., 1967, 1971]. Видоизменение собственно аффективной симптоматики сопровождается трансформацией и других психопатологических расстройств, отражающих в той или иной степени содержание

психогенной травмы. В одних случаях по мере углубления депрессии реактивные переживания (например, идеи самообвинения, связанные со смертью родственника) постепенно блекнут и в конце концов полностью исчезают. У других больных, несмотря на то что травмирующие моменты исчезли либо потеряли актуальность, усложняется структура психогенно обусловленного комплекса [Колесина Н.Ю., 1981] в результате присоединения навязчивостей и психопатических проявлений. В то же время тяжесть собственно аффективных нарушений нарастает значительно меньше. У больных появляется склонность к ретроспекции, сопровождающаяся расширением круга связанных перенесенной психогенной травмой навязчивых ассоциаций. Даже индифферентные события (обрывки фраз, произнесенных окружающими, радиопередачи и т.п.) приобретают особый смысл, напоминая о перенесенном горе.

Наряду с этим возможны навязчивые воспоминания и представления отвлеченного содержания.

Одновременно усиливаются конверсионно-истерические проявления, возникают галлюцинации воображения. При депрессивно-ипохондрических реакциях отмечаются разнообразные яркие сенестопатические ощущения. В некоторых случаях появляются подозрительность, рудиментарные идеи отношения. Больные полагают, что соседи и сослуживцы злорадуются по поводу происшедшего несчастья, ловят на себе недоброжелательные взгляды окружающих.

Активный период и период стабилизации, малопрогрессиентной шизофрении. Так же как и большие шизофренические психозы, малопрогрессиентная шизофрения может протекать как непрерывно, так и в форме приступов. Однако типологическое разделение малопрогрессиентной шизофрении по этому принципу не соответствовало бы клинической реальности, поскольку отличительной особенностью развития большинства форм заболевания является сочетание приступов с вялым непрерывным течением.

Малопрогрессиентный тип течения находит клиническое выражение, с одной стороны, в таких признаках непрерывнотекущего процесса, как рудиментарные неврозоподобные, сверхценные и паранойяльные расстройства, а с другой — в несложных по структуре аффективных или аффективно-бредовых приступах [Наджаров Р.А., 1972]. При этом обнаруживается многообразие переходов. Болезнь может манифестировать приступом или серией приступов, а в дальнейшем приобретает непрерывное развитие или обострения, первоначально возникавшие по типу циклотимоподобных фаз на фоне непрерывного вялого течения, нередко в дальнейшем становятся сходными с приступами шубообразной шизофрении в связи с усложнением клиниче-

ской картины психопатологическими расстройствами иного регистра (идеи отношения, галлюцинации и др.) и наступающими вслед за ними негативными изменениями.

Наиболее четко закономерности шубообразного течения (очерченный приступ с последующей стойкой ремиссией) видны в случаях одноприступной малопрогрессиентной шизофрении. Для этого варианта заболевания характерны развитие приступа в период одного из возрастных кризов, большая длительность приступа с медленным его развитием и столь же постепенным выходом в ремиссию и в большинстве случаев возрастная окраска психопатологической картины приступа.

Клиническая картина юношеских приступов определяется вяло-динамической либо ипохондрической депрессией с нарушениями мышления, сенестопатическими и деперсонализационными расстройствами. В приступах, возникающих в зрелом возрасте, могут преобладать аффективные (тревожные депрессии), психопатические (по типу инволюционной истерии Т.А. Гейера, 1925) или паранойяльные расстройства (преимущественно сверхценные и бредовые идеи ревности, сутяжничество).

За основу клинической систематики малопрогрессиентной шизофрении большинство авторов принимают одну из наиболее существенных клинических особенностей относительно благоприятно развивающихся эндогенных процессов — преобладание на всем протяжении заболевания одного ряда психопатологических расстройств. Соответственно описана вялопротекающая шизофрения с навязчивыми расстройствами [Суханов С.А., 1905; Ганнушкин П.Б., 1933; Озерецковский Д.С., 1950; Морозов В.М., Наджаров Р.А., 1956; Завидовская Г.И., 1970; Halberstadt G., 1928], псевдоневротическая [Hoch P., Polatin P., 1949; Axel Marian, 1955], невротическая [Simko A., 1968], ипохондрическая [Скворцов К.А., 1935; Консторум С.И. и др., 1955; Фрумкин Я.П., Завилянский И.Я., 1958; Ротштейн Г.А., 1961; Jahrreis W., 1930], истерическая [Мелехов Д.Е. и др., 1936; Дубницкая Э.Б., 1979; Urstein M., 1922] и другие формы заболевания.

В зависимости от характера преобладающей в клинической картине заболевания (с самых начальных этапов) «осевой» симптоматики, относящейся к кругу как позитивных, так и негативных расстройств, ниже рассматриваются следующие варианты малопрогрессиентной шизофрении: малопрогрессиентная шизофрения с явлениями навязчивости, малопрогрессиентная шизофрения с явлениями деперсонализации, ипохондрическая шизофрения (с вариантами небредовой ипохондрии и сенестопатической шизофрении),

малопрогрессирующая шизофрения с истерическими проявлениями, бедная симптомами шизофрении.

Благоприятно протекающие бредовые психозы описаны в разделах, касающихся параноидной шизофрении.

Малопрогрессирующая шизофрения с явлениями навязчивости. Клиническая картина на всем протяжении болезни определяется симптомами навязчивости, достигающими в период наибольшей остроты уровня доминирующих представлений или идеообсессивных расстройств [Корсаков С.С., 1913; Krafft-Ebing R., 1879]. Заболевание чаще всего развивается у лиц с тревожно-мнительным характером, психастенией, у сенситивных шизоидов.

Дебют патологического процесса в большинстве случаев определить довольно сложно. Предвестники болезни в виде рудиментарных, эпизодически появляющихся страхов возникают обычно за 10–15 лет (латентный период) до формирования стойкой навязчивости.

В одних случаях это появившаяся с некоторой пор привычка перешагнуть через ступеньку при подъеме на лестницу, в других — боязнь высоты, темноты, пребывания в одиночестве, грозы, пожаров, наконец, страх покраснеть на людях или «магические» действия, «защищающие» от неприятностей.

Навязчивые расстройства, занимающие ведущее место в активном периоде болезни, появляются обычно в конце 2-го десятилетия жизни, но часто манифестируют в юношеском возрасте.

Болезнь растягивается на многие годы и определяется периодически повторяющимися, чаще затяжными приступами, разделенными неполными ремиссиями, либо вялым непрерывным развитием. Наряду с указанными вариантами течения наблюдаются также стойкие, относительно стабильные навязчивые состояния, сформировавшиеся после рано перенесенного стертого приступа заболевания.

Приступы чаще всего протекают с большим участием аффективных, преимущественно депрессивных расстройств. Типология приступов различна. Возможны стертые, транзиторные, а также развернутые затяжные приступы. Стертые приступы обычно ограничиваются рамками невротической депрессии, в клинической картине которой наряду с конкретными, психологическими понятными фобиями наблюдаются также навязчивости абстрактного содержания и немотивированная тревога. Нередко возникают серии транзиторных острых приступов (кризов), протекающих по типу «помешательства сомнений»—*folie du doute* (Legrand du Soulle). На фоне тревожного состояния с бессонницей и идеаторным возбуждением появляются постоянные сомнения по поводу уже совершенных поступков, а также опасения и колебания в

связи с предстоящими действиями, доходящие до уровня амбивалентности и даже амбитендентности.

Картина развернутых, затяжных (от нескольких месяцев до нескольких лет) приступов полиморфна. Навязчивости в этих случаях выступают в рамках депрессивного состояния, но значительно отличаются от симптоматики, свойственной циклотимным фазам. Они отражают более глубокий уровень нарушения психической деятельности и по клиническим особенностям приближаются к психопатологическим явлениям более тяжелого регистра (идеообсессивные и другие расстройства). Это преимущественно навязчивые влечения, контрастные мысли, острые пароксизмы фобий, для которых характерна абсолютная немотивированность, отвлеченность, а подчас и метафизичность содержания. Преобладают обычно мысли кощунственного содержания, боязнь сойти с ума, нанести себе или окружающим смертельное повреждение [Ковалевский П.И., 1880; Завидовская Г.И., 1970].

Вялому непрерывному течению, а также стойким навязчивым состояниям, формирующимся после перенесенных шубов, свойственны моноформность и даже «моносимптомность» психопатологических проявлений [Наджаров Р.А., 1972]. Клиническая картина болезни «единичного изолированного навязчивого процесса», по Б.Д. Фридману, в первые годы чаще всего исчерпывается фобиями — боязнь загрязнения, заражения каким-либо венерическим или инфекционным заболеванием, головокружения, эрентофобия и др.

Признаки прогрессивности процесса обнаруживаются прежде всего в постепенном, на протяжении ряда лет расширении круга навязчивых расстройств. При этом выявляется склонность к своего рода «систематизации», т.е. группировке множественных «вторичных» навязчивых образований вокруг «первичной» obsessions [Герцберг М.О., 1935].

Явления навязчивости становятся все более инертными, однообразными, быстро утрачивают прежнюю аффективную окраску. Их содержание делается все более нелепым, теряет даже внешние признаки психологической понятности. В значительной мере утрачивается также компонент борьбы (преодоления навязчивостей). Эти особенности синдрома навязчивости при вялотекущей шизофрении отличают его от навязчивых расстройств, возникающих в рамках пограничных состояний. Дальнейшее видоизменение клинической картины происходит в результате присоединения разнообразных ритуалов, выступающих со временем на первый план [Озерецковский Д.С., 1950]. Течение болезни после начального периода формирования и систематизации расстройств становится почти стационарным

[Каннабих Ю.В., 1935], присоединение новых типов навязчивостей растянуто на годы, отмечается лишь постепенное, очень медленное углубление изменений личности.

Негативные симптомы обычно отчетливо выступают лишь на поздних этапах заболевания. Они напоминают, хотя и в искаженном, утрированном виде, конституциональную психопатию с навязчивым радикалом (ананкастическая психопатия K.Schneider 1943; психастения P.Janeř, 1911). Наряду с аутистической отгороженностью и эмоциональным обеднением у больных появляются несвойственные им ранее психопатоподобные изменения психастенического круга — ригидность, консерватизм, утрированная прямолинейность суждений. Вместе с тем нарастают беспомощность, зависимость от участия и поддержки близких. Возможности адаптации ограничиваются привычной обстановкой.

Малопрогрессирующая шизофрения с явлениями деперсонализации. В клинической картине этого варианта малопрогрессирующей шизофрении на всех этапах преобладают расстройства самосознания. Течение либо непрерывное, вялое, либо приступообразное. Независимо от остроты и темпа развертывания психопатологических расстройств на отдаленных этапах (обычно уже в зрелом возрасте) происходит стабилизация процесса, что клинически выражается в стойкой ремиссии с остаточной симптоматикой.

Болезнь начинается обычно в юношеском возрасте, чаще у мужчин. Заболевают преимущественно лица с выраженными шизоидными чертами: замкнутые, застенчивые, чувствительные ко всему, что касается их самих, и холодные к другим людям. С детских лет им свойственна гипертрофия сферы самосознания [Воробьев В.Ю., 1971], проявляющаяся в склонности к рефлексии, длительной ретенции и яркому воспроизведению впечатлений.

Латентный период приходится чаще всего на подростковый возраст. В это время преобладают явления невротической деперсонализации, сочетающиеся, как правило, с вегетативными [Meyer J.E., 1962] нарушениями (давление в затылке, боли в переносице, неуверенность походки и пр.) и аффективными расстройствами (циклотимоподобные фазы).

В связи с обостренным самонаблюдением и постоянным сопоставлением своего нынешнего состояния с прежним пациенты обнаруживают мельчайшие, на первых этапах лишь субъективно отмечаемые перемены. Раньше всего появляются неопределенное недовольство собой, жалобы на потерю «чувственного тона». Исчезают прежние яркость и четкость восприятия окружающего, действительность вызы-

вает меньший интерес, собственные поступки кажутся неестественными, как бы автоматическими. Постепенно на первый план выдвигается ощущение собственной измененности. Больные жалуются, что стали не такими, как прежде, нет прежней гибкости и остроты ума, полноты запоминания, образности представлений, богатства воображения. Наряду с этим возникает ощущение обособленности, изоляции от окружающего, что является, по J. Berze (1926), одним из наиболее патогномичных (автор относит его к проявлениям «основного» расстройства) признаков инициальных этапов процесса. У больных нарушаются контакты с людьми, они теряют способность к сопереживанию, пониманию чужих эмоций и побуждений.

На этапе активного течения болезни, как правило, захватывающего весь юношеский возраст, явления деперсонализации усложняются в результате присоединения симптомов дереализации и соматопсихической деперсонализации, а при наибольшей генерализации процесса становятся «тотальными» [Haug K., 1939].

В это время расстройств самосознания обычно выступают на фоне хронифицирующейся тревожной депрессии и имеют вид болезненной психической анестезии (*anaesthesia psychica dolorosa*). Чувство бесчувствия выступает здесь прежде всего как потеря эмоционального резонанса и касается преимущественно высших дифференцированных эмоций. Больные отмечают, что живопись и музыка не вызывают у них прежнего душевного отклика, а прочитанное воспринимается как холодные голые фразы — нет «сопереживания». Отсутствуют тонкие оттенки чувств, утрачена способность ощущать удовольствие и неудовольствие. Окружающий мир представляется измененным, выхолощенным, застывшим, пустым. Пространство как бы уплощается, воспринимается не объемно.

Однако и на этом этапе, как и в латентном периоде, среди расстройств самосознания также преобладают явления аутопсихической деперсонализации [Воробьев В.Ю., 1971], достигающие полного отчуждения, потери своего «Я». Больные утверждают, что не ориентируются в самих себе, психическое «Я» погасло, ничто ни в настоящем, ни в прошлом их не касается; они не знают, какими были прежде — связи с прошедшей жизнью нет; события их биографии происходили не с ними. В некоторых случаях нарушается и сознание активности собственного «Я» [Scharfetter Ch., 1976]. Пациенты перестают осознавать свою деятельность, все свои поступки воспринимают как нечто механическое, бессмысленное, чуждое.

Отмечавшееся еще в латентном периоде чувство затруднения контактов с окружающими усиливается до ощущения полного непони-

мания поведения людей, взаимоотношений с ними. Больные перестают осознавать обращенную к ним речь, не понимают значения мимических движений и жестов.

Нарушаются сознание идентичности собственного «Я» [Scharfetter Ch., 1976], противопоставление сознания «Я» внешнему миру [Jaspers K., 1913]. Больные перестают ощущать себя как личность, постоянно испытывают мучительную зависимость от окружающих. У них нет ничего своего, их мысли и поступки механически переняты у других людей, мир они воспринимают чужими глазами и сами на себя смотрят со стороны. Они лишь разыгрывают роли, переходят в чуждые для себя образы.

Признаки стабилизации процесса обычно совпадают с наступлением зрелого возраста 25–26 лет [Воробьев В.Ю., 1971]. В это время происходит значительная редукция аффективных расстройств. Явления деперсонализации постепенно стираются, лишаются четкости и физикальности и приближаются по психопатологической структуре к негативным шизофреническим изменениям. Обычно на первый план выступает «чувство неполноты» [Janet P., 1911] эмоциональной жизни. Больные жалуются на исчезновение свойственной ранее спонтанности и естественности эмоциональных реакций. Теперь эмоции искусственны, движутся разумом, никогда не захватывают полностью, не ведут к увлеченности, самозабвению, беззаботному веселью. Нет и былых привязанностей; все строится на рациональной основе; искренние, простые отношения не складываются даже с ближайшими родственниками.

На фоне эмоциональных изменений особенно отчетливо выступает чувство неполноты своего «Я» (P. Janet). Больные осознают себя измененными, отмечают, что лишились прежней душевной тонкости, оступели, стали примитивными. Отчуждение связи с людьми, отмечавшееся в активный период болезни, теперь уступает место затрудненности общения: трудно войти в новый коллектив, уловить нюансы ситуации, прогнозировать поступки других людей. Чтобы как-то компенсировать чувство неполноты контактов с людьми, постоянно приходится «подстраиваться» под общее настроение, следовать за ходом мыслей собеседника.

Расстройства самосознания периода стабилизации коррелируют с негативными проявлениями и ближе всего стоят к «дефектной деперсонализации» [Haug K., 1939]. Обычно они формируются на фоне особого типа психопатоподобных изменений, определявшихся J. Falret (1886) как «моральная ипохондрия» в связи с постоянным недовольством больных своей психикой.

По миновании острых проявлений болезни пациенты становятся крайне эгоистичными, с холодным безразличием игнорируя нужды близких, целиком концентрируются на анализе оттенков своего психического состояния. Они требуют лечения, пытаются достичь «полного восстановления психических функций», проявляют при этом настойчивость, любыми способами добиваются различных обследований и новых медикаментозных назначений.

Возникает диссоциация между сравнительно быстро восстанавливающимися адаптационными возможностями (по миновании активного периода болезни пациенты в большинстве своем возвращаются к трудовой деятельности, а некоторые из них даже способны завершить образование) и обилием долго сохраняющихся жалоб на психическую недостаточность, просьб о помощи.

Ипохондрическая шизофрения. Термин «ипохондрическая шизофрения» используется для квалификации случаев с преобладанием сенесто-ипохондрических расстройств достаточно широко. Однако его содержание в интерпретации различных авторов имеет существенные различия. В ряде исследований [Ротштейн Г.А., 1951; Коган С.И., 1957; Зальцман И.Р., Джамантаева М.Ш., 1977; Эглитис И.Р., 1977, и др.] ипохондрическая шизофрения не признается в качестве самостоятельного варианта, а сенесто-ипохондрические состояния распределяются в рамках традиционных (простая, вялотекущая, параноидная, депрессивно-параноидная и др.) форм заболевания.

Такой подход нивелирует варианты заболевания с явлениями истинного соматопсихоза [Wernicke С., 1894] и методологически представляется оправданным главным образом тогда, когда сенесто-ипохондрические расстройства не отражают основные клинические закономерности развития патологического процесса, т.е. при нестойких, преходящих сенесто-ипохондрических состояниях, которые сменяются психопатологическими проявлениями иной природы (аффективными, бредовыми и др.), а также в тех наблюдениях, где сенесто-ипохондрическая симптоматика факультативна и не определяет состояния в целом. В последнем случае речь может идти, например, о сенестопатических ощущениях в рамках синдрома Кандинского или о сенестопатиях при бреде отравления.

Более обоснована, с нашей точки зрения, позиция авторов, использующих термин «ипохондрическая шизофрения» в ином смысле — для определения относительно самостоятельной группы малопрогредиентной шизофрении с сенесто-ипохондрическими и соматизированными психическими расстройствами [Консторум С.И. и др.,

1935; Скворцов К.А., 1935; Рохлин Л.Л., 1957; Ануфриев А.К., 1963; Трекина Т.А., 1962; Бурно М.Е. и др., 1976; Смулевич А.Б., 1980; Huber G., 1957, и др.].

Благодаря такому подходу объединяются различные варианты патологического процесса в рамках малопрогрессирующего развития заболевания, когда трансформация болезненных проявлений происходит в пределах одного ряда психопатологической симптоматики — соматопсихических расстройств (нозофобия, навязчивая ипохондрия, соматопсихическая деперсонализация, сенестопатии, сверхценная ипохондрия и др.).

Соматопсихические расстройства, определяющие клиническую картину малопрогрессирующей ипохондрической шизофрении, неоднородны. Различия касаются не только позитивных проявлений, т.е. не ограничиваются феноменологическими девиациями, а распространяются на закономерности развития и исхода заболевания. В связи с этим можно выделить небредовую ипохондрию и сенестопатическую шизофрению.

Небредовая ипохондрия. Заболевание, как правило, возникает у лиц невротической конституции [Эпштейн А.Л., 1926], обнаруживающих признаки вегетативной лабильности и склонность к конверсионно-истерическим реакциям. Мнительные, неуверенные в себе, они уже с детских лет имеют определенную соматическую стигматизацию, проявляющуюся частыми простудами, патологической чувствительностью к переменам погоды, периодами субфебрилитета неясной природы, мигренями, головокружениями, аллергическими и астеническими реакциями, дисфункцией кишечника.

Заболевание в большинстве случаев развивается медленно, проявляясь на первых этапах акцентуацией конституциональных свойств. Клиническая картина латентного периода определяется соматизированными психическими расстройствами, которые на первых порах с трудом поддаются психопатологической дифференцировке [Дубницкий Л.Б., Аведисова А.С., 1979], позволяющей отграничить их от симптоматики соматических и неврологических заболеваний. Больные годами ощущают «нездоровье», жалуются на изменчивые боли во всем теле, слабость, утомляемость. Они часто обращаются за медицинской помощью, пытаясь приписать свое плохое самочувствие какому-либо тяжелому заболеванию, чаще всего язве, холециститу, колиту, пороку сердца. Однако ни убежденности в своей болезни, ни тем более стремления доказать ее существование не обнаруживается. Симптоматика в этот период тесно связана с соматической сферой. Длительные ухудшения состояния с продолжительной астенией неред-

ко возникают вслед за каким-либо интеркуррентным заболеванием, физическим переутомлением, перегрузкой на работе. В одних случаях на первый план выдвигаются вегетативные нарушения (гипергидроз, пароксизмально возникающая одышка, тахикардия или брадикардия, субфебрилитет, ознобы, анорексия или булимия, тошнота, запоры, расстройства сна), в других преобладают конверсионные расстройства (анестезии, тремор, клубок в горле, астазия — абазия, афония и др.), а также диффузные болевые ощущения в различных органах.

Эти пациенты обычно долго находятся под наблюдением врачей общемедицинской сети, составляя категорию «трудных» больных. В связи с несоответствием настойчивых жалоб и адекватной им соматоневрологической патологии больные часто переходят от одного специалиста к другому. Психическое заболевание, как правило, врач начинает подозревать лишь при появлении явных психических нарушений, свойственных активному периоду болезни.

Однако при тщательном обследовании уже в латентной стадии можно обнаружить ряд признаков эндогенной природы страдания. Справедливо указание G. Huber на то, что при обследовании психического состояния таких больных не следует ограничиваться выявлением только «выразительных», т.е. выступающих на первый план соматизированных симптомов, тем более что на начальных этапах они могут появляться лишь периодически.

В ряде случаев уточнению диагноза способствует внимательное изучение ощущений, лежащих в основе многочисленных жалоб: многие из них не совсем обычны для соматического заболевания. Так, например, чувство нехватки воздуха больные часто объясняют или недостаточным содержанием кислорода в атмосфере, или дисфункцией определенных участков легкого. Жалуясь на заболевание сердца больные нередко говорят о необычных ощущениях: сильных толчках или горячих волнах, перекатывающихся от сердца к сосудам. Обращают на себя внимание стойкость, стереотипная повторяемость соматических проявлений. Один и тот же симптомокомплекс, складывающийся чаще всего из функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы или желудочно-кишечного тракта, остается неизменным на протяжении многих лет.

Большое значение для ранней диагностики заболевания имеет выявление сенестезий — одного из наиболее ранних «первичных» проявлений шизофрении. Сенестезии задолго предвещают манифестные психопатологические расстройства. Это своеобразные, с трудом поддающиеся описанию нарушения моторной сферы: ощущение неожиданной физической слабости, покачивания и неуверенности при

ходьбе; чувство движения, тяжести или, наоборот, легкости и пустоты внутри тела.

Для латентного периода характерны и стертые аффективные нарушения. Чаще всего наблюдаются затяжные депрессивные фазы со слезливостью, пессимизмом, повышенной раздражительностью и гиперестезией. Причину плохого настроения, отсутствия бодрости и аппетита обычно ищут в соматическом недомогании. Однако при этом обычно обнаруживаются симптомы, свидетельствующие о витализации расстройств, такие, как суточные (с утренними ухудшениями) перепады настроения, склонность к самоупрекам, а главное колебания аффективного фона с неожиданными, хотя и кратковременными, улучшениями. В эти периоды ощущение нездоровья отходит на второй план, пробуждается интерес к жизни, возрождаются активность, прежняя живость и свежесть чувств.

Латентный период небредовой ипохондрической шизофрении чаще всего завершается экзацербацией процесса. Однако, как показывают данные катамнестических исследований, в ряде случаев на протяжении более чем 15–20 лет обострения болезни не происходит [Thiele W., 1971; Фьгел К.А., 1974; Wieck H., 1974]. Такие случаи одни авторы расценивают как затянувшиеся многолетние депрессивно-ипохондрические (сенестетические) фазы, а другие как стационарные состояния (шизофрения, остановившаяся в самом начале, по G. Huber, 1968). Тем не менее даже при наступлении относительной стабилизации болезни на латентной стадии ее развития отмечается медленное нарастание астении с постепенно «накапливающимся» чувством усталости, неуверенностью в своих силах.

Обострение, определяющее начало активного периода болезни, происходит либо медленно, путем постепенного видоизменения симптоматики (с редукцией вегетативных и конверсионных расстройств и усилением нозофобий, приобретающих стойкий характер), либо в виде внезапной острой вспышки. В последнем случае больные, несмотря на предшествующий, подчас длительный, период ипохондрических жалоб, указывают не только день, но и час начала болезни [Консторум С.И., Окунева Э.Г., Барзак С.Ю., 1935]. Острая тревога за свое физическое существование, страх гибели, выступающие в комплексе с многообразными физическими сенсациями, вегетативными кризами и аффективными переживаниями, безраздельно овладевают сознанием больных. Они растеряны, не понимают, что с ними происходит, вызывают скорую помощь, требуют экстренных мер, повторных обследований и в большинстве случаев в конце концов попадают в больницу.

Тревожно-невротические проявления на первых этапах активного

периода определяются боязнью какой-либо тяжелой болезни и ограничиваются, таким образом, кругом фобий и опасений ипохондрического содержания (кардиофобия, канцерофобия, опасения какой-либо редкой или нераспознанной инфекции). В одних случаях тема ипохондрических фобий постоянна, в других их содержание неизменно обновляется. Появляется навязчивая фиксация на всем, что может касаться предполагаемой болезни, с навязчивым самонаблюдением. Пациенты озабочены, мрачны, назойливы, обращаются к врачам с постоянными просьбами о проверке их физического состояния. Они целиком сконцентрированы на себе, «окружающим миром становится собственное тело» [Jahrreis W., 1930], тщательно регистрируют все соматические ощущения, читают медицинские книги и постоянно «выискивают» у себя соответствующие симптомы, причисляя к ним признаки малейшего недомогания (навязчивая ипохондрия) [Н.Еу, 1950; J.Harl, 1958].

Во время периодических обострений, обычно связанных с наступлением очередной депрессивной фазы, появляются эпизоды тревоги, страх смерти с массивными вегетативными сдвигами (тахикардия, колебания артериального давления, диспноэ, гипергидроз). Больные в отчаянии уверяют, что чувствуют остановку сердца или прекращение дыхания.

В ряде случаев картина болезни приобретает черты истерической ипохондрии [Дубницкая Э.Б., 1977; Еу Н., 1950]. На высоте обострения у пациентов возникают образные представления сцен собственной агонии или похорон, появляются конверсионные расстройства, обнаруживающие подчас большое сходство с весьма сложной картиной того или иного соматического или неврологического заболевания. В поведении больных (их нервозности, жестах) есть черты демонстративности: их реакции преувеличены, театральны, гротескны. Они всячески демонстрируют тяжесть своего состояния, стремятся привлечь внимание к своим страданиям, требуют неотложных медицинских мер, подолгу не отпускают от себя родственников или больничный персонал.

По мере развития болезни видоизменяется и усложняется картина ипохондрии. Образные фобии, сопровождавшиеся аффектом страха, постепенно бледнеют, а навязчивые опасения приобретают новое содержание — опасение слабоумия, утраты работоспособности. Наряду с этим возникают и новые болезненные симптомы — сенестопатии.

Больные отмечают появление необычных ощущений, жжения в различных участках тела. Вместо клубка в горле возникает мучительное чувство «перегородки» средостения, астазия-абазия уступает

место своеобразному ощущению «мления» и «свербения» в ногах. Однако в отличие от сенестопатической шизофрении в этих случаях сенестопатии выступают «лишь как отдельные ноты патологического концерта» [Dupré E., 1925], сочетаясь с полиморфными невротоподобными, истеро-ипохондрическими и аффективными расстройствами (сенесто-ипохондрические состояния).

В периоде стабилизации процесса на первый план выступают психопатоподобные изменения: ригидность, эгоцентризм, черствость, рационализм, эмоциональное обеднение. Наряду с этим обнаруживаются снижение психической продуктивности, невыносимость к дополнительным, выходящим за рамки привычной активности нагрузкам. Задания, нарушающие установленный порядок, увеличивают потребность в отдыхе.

Ипохондрическая фиксация в периоде стабилизации, описанная некоторыми авторами в рамках ипохондрического развития пост-перцептуальной личности [Мелехов Д.Е., 1963], касается не только соматических ощущений, но распространяется и на психическую сферу. Однако на этом этапе преобладает не страх перед болезнью, а ставшее сверхценным стремление к ее преодолению. Наряду с ощущением соматического неблагополучия у больных появляется обостренное чувство собственной недостаточности, ущербности. Монотонно, в однообразных выражениях, бесконечно возвращаясь к одним и тем же ощущениям, они повторяют жалобы на бессонницу, слабость, быструю утомляемость, неспособность к умственной работе. Неукоснительно, с предельной скрупулезностью выполняют больные все медицинские назначения, не допускают никаких отклонений в проведении лечебных процедур. В некоторых случаях обнаруживается привязанность к медикаментам. Пациенты настойчиво добиваются назначения определенных препаратов, будучи убеждены, что они им помогают, и регулярно принимают эти средства в раз и навсегда установленных дозах. Попытки уменьшить количество лекарств сразу же приводят к жалобам на ухудшение общего самочувствия, усиление вялости и неприятных ощущений (ригидная ипохондрия, по А.Б. Смулевичу с соавт., 1979).

Одновременно с этим больные обнаруживают повышенную заботу о своем здоровье — разрабатывают целую систему мер, направленных на укрепление организма (режим питания, включающий специальные диеты и прием витаминов, физические упражнения, закаливание). Пациенты любыми способами стремятся добиться безупречного функционирования организма. Все объекты окружающей среды альтернативно делятся ими на вредные и полезные для здоровья

(ипохондрия здоровья, по W. Jahrreis).

Сенестопатическая шизофрения. Шизофрени с преобладанием сенестопатических расстройств свойственна бульшая прогредиентность, чем ранее описанному варианту ипохондрической шизофрени (небредовой ипохондрии). При длительных сенестопатических состояниях наблюдаются более выраженные негативные проявления в виде нарастающей аутизации, эмоционального обеднения личности, снижения психической активности и продуктивности. Однако в связи с медленным развитием и неманифестным характером проявлений сенестопатическая шизофрения рассматривается в рамках мало-прогредиентных форм.

В преморбиде большим сенестопатической шизофренией свойственна относительная простота личностной структуры: ригидность психики, косность взглядов, ограниченность интересов. Тяжеловесные, исполнительные, серьезные, без чувства юмора, они в отличие от больших ипохондрией лишены склонности к сомнениям, тревожной мнительности, их реакции на соматогенные и психогенные вредности не выражены.

Латентный период в большинстве случаев исчерпывается изолированными сенестоалгическими расстройствами [Басов А.М., 1980], обнаруживающими определенное сходство с болями, обусловленными соматической или неврологической патологией (мигрени, артралгии и др.). Болевые сенсации в этом периоде многообразны: это колющие, стреляющие, режущие, тянущие, ноющие, сжимающие и распирающие, острые и тупые боли. В отличие от внешне сходных с ними симптомов неврологических и соматических заболеваний сенестопатии обычно не связаны с общими и местными физикальными и вегетативными симптомами, имеют иную локализацию. Сенестопатии возникают либо спонтанно, либо по миновании какого-либо соматического заболевания. Они имеют вид коротких острых приступов — от нескольких минут до нескольких дней или длительных затяжных состояний. Нередко сенестопатии наблюдаются в рамках стертых депрессивных фаз. В клинической картине таких депрессий на первый план выступают диффузные сенестопатические нарушения (чувство давления, тяжести) и боли в различных частях тела, нередко маскирующие аффективные расстройства [Gilbert R., 1965].

Сенестопатии могут также быть моносимптомом в виде стойких, изолированных, алгических ощущений. Чаще всего это упорные головные боли, однако возможна и другая локализация ощущений — область грудной клетки, опорно-двигательный аппарат, половые органы, кишечник. Возникновение изолированных сенестопатий в

большинстве случаев не отражается на самочувствии больных. В отличие от больных небредовой ипохондрией им не свойственны боязливое самонаблюдение, ипохондрическая переработка болезненных ощущений. В активном периоде в большинстве случаев болезнь развивается непрерывно, однако возможны периодические сенестопатические приступы, как правило, затяжные. На этапе активного течения картина болезни меняется: сенестопатии утрачивают локальность, захватывают значительные участки тела, становятся диффузными, «глубинными», необычными; самим больным представляются странными, подчас с трудом поддаются описанию. Телесные сенсации становятся феноменологически более разнообразными (термальные ощущения, чувство электризации, разжижения, кипения, сверления). Больные жалуются на «тупость» или «забитость» в костях, «перекрут» мозга, «отвердение» в желудке, болевые точки в голове и груди. Бывают и перемещающиеся сенестопатии в виде движущихся волн ледяной жидкости или пробегающих мурашек.

Клиническая картина сенестопатических приступов более полиморфна. В их структуре сенестопатии сочетаются с расстройством общего чувства (коэнестезии, по G. Huber), а также с другими нарушениями сферы соматопсихики (явления соматопсихической деперсонализации, расстройства схемы тела, телесные галлюцинации (сенестокоестетический синдром).

Сенестопатические ощущения чрезвычайно разнообразны, изменчивы, склонны к внезапным обострениям, крайне вычурны и нередко приобретают фантастическую окраску [Эглитис И.Р., 1977]. Больные жалуются на вывернутость рук, вертикальное давление между лопаток, щекотание на внутренней поверхности костей черепа, перемещения, похожие на отток жидкости из головы. В период наибольшей остроты состояния больные беспомощны, тревожны, растеряны, их не оставляет витальное ощущение соматического неблагополучия.

На поздних этапах болезни, при относительной стабилизации процесса сенестопатии обычно в значительной мере редуцируются, но полностью не исчезают. Жалобы на неприятные телесные ощущения остаются на многие годы, а иногда и на всю жизнь [Дургй Е., Самус Р., 1907]. Однако больные упоминают о них с безразличием, как о чем-то привычном, второстепенном, не имеющем к ним прямого отношения. В этом периоде болезни на первый план выступают негативные симптомы: ограничение активности, интересов, апатичность и резкое сужение сферы деятельности.

Малопрогрессирующая шизофрения с истерическими проявлениями. По преморбидным особенностям больные малопрогрессирующей шизофренией с истерическими проявлениями относятся к «шизоидным истерикам» [Симсон Т.П., 1923; Шендерова В.Л., 1974] или к «шизоидным невротикам» [Бунеев А.Н., 1923]. Как правило, это люди неуравновешенные, импульсивные, капризные, упрямые, нередко художественно одаренные. С детских лет в их характере соединяются шизоидные, невротические (гиперкинезы, энурез, страхи) и истерические черты. Избирательная общительность, интравертированность, ранимость, обращенность к миру внутренних переживаний, склонность к образованию «комплексов», мнительность в отношении собственного здоровья уживаются у них с экспрессивным и даже демонстративным поведением, повышенной впечатлительностью, склонностью к бурным реакциям (рыданиям, обморокам, «истерикам»).

Начало заболевания обычно относится к 10–15 годам, однако манифестация истерического психоза возможна значительно позже, даже в период инволюции. Заболевание в большинстве случаев не имеет четкого начала, обнаруживаясь на первых этапах акцентуацией истерических свойств. В латентном периоде болезни на первый план выступает склонность принимать желаемое за действительное, удивлять окружающих неожиданными выдумками, мистификациями. Фантазии на время замещают действительность, причем в своих мечтах пациенты заходят очень далеко, представляя себя знаменитыми артистами, путешественниками, учеными — людьми необычными, находящимися в центре увлекательных событий. Уже в школьные годы больные обнаруживают необычные привязанности, «обожают» кого-нибудь из учителей или знакомых, встречают их перед работой, дарят цветы, звонят домой, пишут письма. Иногда эти привязанности независимо от пола и возраста объекта приобретают сексуальный оттенок.

К наиболее частым проявлениям латентного периода относятся признаки нажитой реактивной лабильности с повторными психогенно спровоцированными истеродепрессиями, которые были описаны выше. Наряду с повышенной чувствительностью к психогенным воздействиям у больных выявляется диссоциированность всей психической жизни с немотивированным отказом от прежних привязанностей и интересов, переменой жизненного уклада, изменением притязаний, парадоксальностью эмоций. Пациенты становятся домашними деспотами, требуют исполнения всех своих прихотей. Даже в тривиальных ситуациях они проявляют несдержанность, устраивают бурные сцены, при получении неожиданного известия у них могут возникнуть ощущения

дурноты, спазма в горле, головокружение или обморок. Незначительная размолвка завершается рыданиями, а иногда истерическим припадком с помрачением сознания. Обычными становятся жалобы на тяжесть в голове, слабость; после бурных реакций и слез больные вынуждены подолгу оставаться в постели.

В некоторых случаях вслед за преходящей инфекцией, недомоганием или легким ушибом возникают длящаяся месяцами контрактура конечностей, устойчивый блефароспазм или тризм жевательной мускулатуры. Иногда после домашних неприятностей или конфликтов на работе появляются стойкая афония, писчий спазм, гиперкинез или невозможность чтения или письма, когда ознакомление с текстом (даже с печатным) или попытка написать несколько строк неизменно сопровождается ощущением дурноты и головокружения.

В активном периоде болезни значительно усиливаются аффективные расстройства, причем аффективные фазы возникают теперь преимущественно по аутохтонным механизмам, без участия психогенных факторов.

В случаях вялого непрерывного течения клиническая картина может усложняться более грубыми психопатическими нарушениями (лживость, авантюризм, бродяжничество). Больные уходят из дома, воображая себя спасателями «падших» душ, попадают в компании алкоголиков и наркоманов, вымогают деньги, вступают в случайные половые связи. Прогрессиентность заболевания может сказаться и в расширении круга психопатологических расстройств из-за присоединения к истерической симптоматике фобий, навязчивых влечений, ярких овладевающих представлений [Морозов В.М., Наджаров Р.А., 1956; Овсянников С.А., 1971] и сенестоипохондрических нарушений, сходных с наблюдаемыми при небредовой ипохондрией.

Для приступообразного течения болезни характерно развитие затяжных, длящихся иногда более полугода истерических психозов. В картине психоза преобладают генерализованные (преимущественно диссоциативные) истерические расстройства: помрачение сознания, галлюцинации воображения с мистическими видениями и голосами, двигательное возбуждение или ступор, судорожные истерические пароксизмы. Явления расстроенного сознания, как правило, быстро подвергаются обратному развитию, а остальные проявления психоза обнаруживают стойкость, не свойственную психогенно обусловленной истерической симптоматике, и ряд некоторых особенностей, сближающих их с нарушениями более тяжелых регистров. Например, обманы восприятия, сохраняя сходство с галлюцинациями воображения Дюпре (образность, изменчивость содержания), посте-

пенно приобретают черты, свойственные псевдогаллюцинаторным расстройствам — насильственность и произвольность возникновения. Появляются склонность к «магическому мышлению» (E.Kretschmer), особая «интуиция», фатализм, мистическая вера в свое особое предназначение, «предзнаменования свыше», пророчества, указывающие на существование «высших сил», влияющих на судьбу людей. Наряду с этим больные начинают говорить о наведении на них «порчи» и о «колдовстве». Двигательные истерические расстройства утрачивают демонстративность и выразительность, сближаясь с субкататоническими нарушениями [Urstein M., 1922]. Обращают на себя внимание однообразие и бесцельность поступков, тяга к разрушениям, насильственный смех, рыдания.

При обострении болезни в период инволюции клиническая картина становится иной. Чаще всего возникают затяжные (более 3–5 лет) депрессии с преобладанием конверсионной и истеро-ипохондрической симптоматики. В качестве пускового механизма, так же как и при инволюционной истерии [если рассматривать ее вслед за Т.А. Гейером (1925) в рамках обусловленной возрастными изменениями и внешними вредностями динамики психопатий], выступают психогенные травмы, соматические заболевания (сосудистые, эндокринные), тяжелые операции.

В состоянии больных на первых этапах преобладают вегетосудистые расстройства с выраженными колебаниями артериального давления, спазмы глотательной мускулатуры, кишечника, «приливы». Обилие ипохондрических жалоб, весьма демонстративных (сжатие и давление в груди, жжение, нестерпимые головные боли, «пожар во всем теле»), сочетается с постоянным страхом за свое здоровье. Несколько позднее могут появиться отдельные диссоциативные расстройства (истерические припадки, обмороки, психогенные галлюцинации). Наряду со стойкими истероневротическими расстройствами и сенестопатиями нередко возникают немотивированная тревога, тоска, суточные колебания настроения, явления болезненной психической анестезии. Круг фобий расширяется, кроме боязни какого-либо тяжелого заболевания, появляется страх одиночества, сумасшествия, внезапной смерти. На первый план выступают раздражительность, ворчливость, постоянное брюзжание, появляются враждебность к родственникам, недовольство всем окружающим, постоянная дисфорическая окраска настроения — *unlust*. В дальнейшем депрессия нередко рецидивирует.

Оценивая общие закономерности динамики манифестных проявлений болезни, необходимо подчеркнуть, что трансформация психопатологической симптоматики в активном периоде обычно

ограничивается кругом рудиментарных бредовых и галлюцинаторных расстройств (диффузная подозрительность, идеи отношения, ревности, сутяжничество, оклики, образный ментизм, близкий к явлениям психического автоматизма). Смены истерических проявлений развернутыми бредовыми, кататоническими или гебефреническими не происходит.

Истерическая симптоматика, определяющая манифестные проявления, преобладает в клинической картине и на этапе стабилизации болезненного процесса. В этот период истерические расстройства однообразны, не динамичны, с бедной аффективной окраской. Они служат не только фасадом, за которым кроются типичные для шизофрении изменения (аутизм, снижение продуктивности), трудности адаптации, утрата контактов [Наджаров Р.А., 1972], но, принимая гротескные, утрированные формы, и сами отражают тяжесть наступивших психических расстройств. На первый план выступают грубые, шаблонные истерические реакции, гипертрофированная демонстрационность, психический ювенилизм с не соответствующей возрасту наивностью и неуместной откровенностью. Свойственное раньше легкомыслие оборачивается теперь безответственностью, беспечностью, ведущей к опрометчивым поступкам; жеманность и кокетливость становятся манерностью, склонность к самолюбанию выступает как грубый эгоцентризм.

В некоторых случаях в ряду психопатоподобных изменений усиливаются психастенические черты. В жизни эти больные обычно пополняют ряды неудачников. Увлеченные своими фантазиями и заранее обреченными на провал мелкими аферами, они обнаруживают беспомощность в практических делах. С годами больные чаще всего приобретают облик одиноких чудаков, опустившихся, но злоупотребляющих косметикой экстравагантных дам, неряшливых, криливо одетых «падших женщин». При каждом удобном случае они любят подчеркнуть свою принадлежность к «избранному» обществу, поговорить о былых успехах и разочарованиях, о многочисленных связях, поклонниках и несостоявшейся блестящей карьере.

Из-за рассеянности, несобранности, неусидчивости и повышенной утомляемости они с трудом справляются даже с несложной производственной нагрузкой, а некоторые в конце концов бросают работу и живут на иждивении родственников.

Бедная симптомами шизофрения. Бедная симптомами шизофрения — «первичный дефект-психоз» [Юдин Г.И., 1941], «простой вариант вялопротекающей шизофрении» [Наджаров Р.А., 1972].

Течение заболевания в этих случаях на всем протяжении опреде-

ляется главным образом динамикой негативной симптоматики.

Заболевание развивается чаще всего у замкнутых, лишенных эмоциональных привязанностей, безынициативных личностей, которым уже с детских лет свойственна как бы нехватка «жизненной энергии».

Проявления латентного периода заключаются в медленном углублении психической дефицитарности (снижение инициативы, психической активности, эмоциональная нивелировка) и не сопровождаются грубыми расстройствами поведения. Отчетливые признаки болезни возникают в юношеском возрасте (14–20 лет). В это время (активный период) углубляются негативные изменения, в связи с чем обнаруживается явная психическая несостоятельность больных (многие из них бывают вынуждены оставить учебу). Позитивные расстройства, развивающиеся на фоне падения психической активности, лишь вскрывают, как отметил V. Janzarik (1959), уже давно существовавшую «динамическую недостаточность» подобно тому, как обвал здания лишь показывает, что фундамент был неполноценным. Среди них преобладают расстройства анергического полюса с крайней бедностью, фрагментарностью и однообразием проявлений. С наибольшим постоянством у таких больных возникают аффективные нарушения в форме адинамических депрессий с ипохондрическими идеями и рудиментарными сенестопатиями [Иваницкая Т.Ю., 1970]. Наряду с этим наблюдаются близкие к стереотипам компульсивные расстройства, а также субступорозные состояния с гипомимией, гипокинезией, угловатостью, дисгармоничностью и неестественностью движений, адинамией, чрезвычайно вялой и односложной речью («мягкая кататония») [Kahlbaum K., 1974].

Болезненная симптоматика либо существует постоянно, либо выступает в рамках серии приступов, разделенных неполными и непродолжительными ремиссиями.

По мере развития болезни позитивная психопатологическая симптоматика не усложняется, а, наоборот, обнаруживает склонность к упрощению, сравнительно быстро теряет очерченность и полностью редуцируется по мере стабилизации процесса.

В период стабилизации, наступающей обычно на 3–4-м десятилетии жизни, формируется стойкий астенический дефект [Измайлова Л.Г., 1976] с интеллектуальной и эмоциональной бедностью и нерезко выраженными нарушениями мышления. Речь идет о таком типе процессуальных изменений, при котором болезнь, по выражению F. Mauz (1930), «снижает личность, ослабляет ее, но приводит к бездеятельности лишь определенные ее структуры». Несмотря на эмоциональное

опустошение и сужение круга интересов, пациенты не обнаруживают признаков регресса поведения, внешне вполне упорядочены, владеют необходимыми практическими и несложными профессиональными навыками.

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ТЕКСТА ПРИСЯГИ
ВРАЧА СОВЕТСКОГО СОЮЗА
И ПОЛОЖЕНИЯ О ПОРЯДКЕ ПРИНЕСЕНИЯ
ПРИСЯГИ

Указ от 26 марта 1971 г.

(Ведомости Верховного Совета СССР, 1971 г., № 13, ст. 145)

Президиум Верховного Совета СССР **постановляет:**

1. Утвердить текст присяги врача Советского Союза.
2. Утвердить Положение о порядке принесения присяги врача Советского Союза.
3. Присягу врача Советского Союза приносят граждане СССР, окончившие в СССР после 1 июня 1971 года высшие медицинские учебные заведения и медицинские факультеты университетов и получившие звание врача.

ПРИСЯГА ВРАЧА СОВЕТСКОГО СОЮЗА

Получая высокое звание врача и приступая к врачебной деятельности, я торжественно клянусь:

все знания и силы посвятить охране и улучшению здоровья человека, лечению и предупреждению заболеваний, добросовестно трудиться там, где этого требуют интересы общества;

быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, внимательно и заботливо относиться к больному, хранить врачебную тайну;

постоянно совершенствовать свои медицинские познания и врачебное мастерство, способствовать своим трудом развитию медицинской науки и практики;

обращаться, если этого требуют интересы больного, за советом к товарищам по профессии и самому никогда не отказывать им в совете и помощи;

беречь и развивать благородные традиции отечественной медицины, во всех своих действиях руководствоваться принципами коммунистической морали, всегда помнить о высоком призвании советского врача, об ответственности перед Народом и Советским государством.

Верность этой присяге клянусь пронести через всю свою жизнь.

ПОЛОЖЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ПРИНЕСЕНИЯ ПРИСЯГИ ВРАЧА СОВЕТСКОГО СОЮЗА

1. В соответствии со статьей 13 Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении присягу врача Советского Союза приносят граждане СССР, окончившие в СССР высшие медицинские учебные заведения и медицинские факультеты университетов и получившие звание врача.

2. День принесения присяги объявляется приказом ректора высшего учебного заведения.

3. Присяга приносится в торжественной обстановке, в присутствии ректора, проректоров, деканов и профессорско-преподавательского состава высшего учебного заведения (факультета), представителей органов здравоохранения и общественных организаций.

4. Присяга приносится после вступительной речи ректора и оглашения приказа о присвоении звания врача.

5. Присяга приносится стоя, текст присяги повторяют одновременно все приносящие присягу вслед за тем, кто его зачитывает.

По окончании принесения присяги исполняется Государственный гимн СССР и Государственный гимн союзной республики.

6. Текст присяги врача Советского Союза подписывается лицом, принесшим присягу, и хранится в его личном деле. О принятии присяги врача Советского Союза производится отметка в дипломе. В диплом вкладывается также текст присяги, напечатанный на специальном бланке.

СОДЕРЖАНИЕ

Вступительное слово. <i>Р. ван Ворен</i>	5
К читателю. <i>В. Пристайко</i>	7
ПРОБЛЕМА, КОТОРОЙ НЕ ДОЛЖНО БЫТЬ ГЛАЗАМИ ПСИХИАТРА	9
Инакомыслие как проблема психиатрии. Право быть другим	17
Украинские диссиденты. Кто они?	28
По психиатрическому этапу	38
Принудительное лечение и принципы медицинской этики	56
Особенности психики человека и этика психиатрического диагноза	73
Литература	85
ГЛАЗАМИ ПСИХОЛОГА	
Манипуляции психиатрическим диагнозом	91
Борцы за справедливость... Все не так просто	102
Природа человека и социальные санкции	177
Литература	190
Послесловие. <i>С. Глузман</i>	193

ПРИЛОЖЕНИЕ

<i>В. Буковский, С. Глузман.</i> Пособие по психиатрии для инакомыслящих	197
<i>В. Рафальский.</i> Репортаж из ниоткуда	221
<i>А. Ильченко.</i> Карательная медицина	255
<i>Степанов.</i> Как «лечат» пациентов в Волгоградской спецпсихбольнице	259
<i>Р. ван Ворен.</i> Советская политическая психиатрия в эпоху гласности	264
О психиатрии	268
<i>С. Буренков.</i> О мерах по противодействию проводимой на западе антисоветской кампании по поводу «Использования психиатрии в СССР в политических целях»	271
<i>В.Н. Ергольский.</i> Современное положение земского призрения душевно-больныхъ	275
<i>С. Блох, П. Реддауэй.</i> Диагноз: инакомыслие (фрагменты из книги)	288
Малопрогрессирующая (вялотекущая) шизофрения	302
Об утверждении текста присяги врача Советского Союза и Положения о порядке принесения присяги	330

Науково-публіцистичне видання

КОРОТЕНКО Ада Іванівна, АЛКІНА Наталія Вікторівна

**РАДЯНСЬКА ПСИХІАТРІЯ:
ПОХИБКИ ТА ЗЛОВМИСНІСТЬ**

(Російською мовою)

Відповідальний за випуск *І. Чудінова*

Редактор *І. Антропова*

Дизайн обкладинки *С. Абрамов*

Комп'ютерна верстка *Н. Погорелова*

Здано до виробництва 14.06.01. Підписано до друку 15.03.02.
Формат 84x108/32. Папір офс. Гарнітура Journal. Друк офс.
Умов. друк. арк. 17,43. Ум. фарб.-відб. 17,64. Обл.-вид. арк. 15,65.
Тираж 1000 пр.

РОЗПОВСЮДЖУЄТЬСЯ БЕЗКОШТОВНО

Міжнародний Благодійний Фонд

Видавництво «Сфера».

Україна, 04107, Київ, пров. Делегатський, 3.

Свідоцтво про внесення у Державний реєстр видавців
ДК № 233 від 07.11.2000 р.

К55

Коротенко А., Алікіна Н.

Радянська психіатрія: похибки та зловмисність — К.: Сфера, 2002. — 329 с. — Рос. мовою.

ISBN 966-7841-36-7

Матеріали, вміщені у книжці, стосуються як постатей дисидентів — в'язнів психіатричних катівень, так і проблеми покарання іншодумців психіатричним «лікуванням». Це відбувалося в СРСР, і нині про це знає весь світ.

Книжка нікого не залишить байдужим. Вона допоможе краще збагнути, що має робити кожний, щоб це тяжке минуле ніколи не повторилося, щоб наші діти жили в умовах справжньої Демократії та дійсно Правового суспільства.

Для фахівців, журналістів та широкого загалу.

ББК 56.1г

Международный Благотворительный Фонд «Издательство СФЕРА», основанный Украинско-американским бюро защиты прав человека и Международным фондом «Женевская инициатива в психиатрии» с целью издания и распространения медицинской и гуманитарной литературы на некоммерческой основе выпустил и продолжает выпускать уникальные издания гуманитарно-просветительного направления.

Некоторые из вышедших за последние годы изданий:

Т. Оноре
О ПРАВЕ

Краткое вступление

Пер. с англ. — К.: Сфера, 1997. — 124 с. — Укр. яз.

В книге рассматриваются ключевые проблемы конституционного права, а также такие правовые категории, как собственность, контракты, международные договоры, преступления и гражданские правонарушения, касается важности форм, процедур и толкования в праве, связи права с государственным устройством, истории права и вопросов справедливости.

Х. Л. А. Харт
КОНЦЕПЦИЯ ПРАВА

Пер. с англ. — К.: Сфера, 1998. — 236 с. — Укр. яз.

Книга посвящена возможности прогресса в теории права с помощью усовершенствованного анализа характерной структуры той или другой системы внутригосударственного права и лучшего понимания таких разных, но связанных между собой социальных явлений, как право, принуждение и мораль.

Лон Л. Фуллер
АНАТОМИЯ ПРАВА

Пер. с англ. — К.: Сфера, 1999. — 144 с. — Укр. яз.

В книге рассматриваются вопросы истории, философии и практического применения права. Автор исследует такие важные темы, как ответственность законодателей, внутренние проблемы и противоречия в праве, роль судей в толковании и применении законов, влияние права на жизнь и деловые отношения людей.

Лон Л. Фуллер

МОРАЛЬ ПРАВА

Пер. с англ. — К.: Сфера, 1999. — 232 с. — Укр. яз.

В книге исследуются взаимосвязь морали и права, сложные проблемы правовой морали, законности и законодательства, справедливости и эффективности законов.

Ф. А. Хайек

ПРАВО, ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО И СВОБОДА

Новое изложение широких принципов справедливости и политической экономии

В 3-х т. /Пер. с англ. — К.: Сфера, 1999.— Т. 1. (Правила и порядок). — 196 с.; Т. 2. (Мираж социальной справедливости). — 200 с.; Т. 3. (Политическое устройство свободного народа). — 252. — Укр. яз.

В этом главном труде по политической философии Ф. А. Хайека — доктора права и политологии, лауреата Нобелевской премии в области экономики 1974 г. — представлено всестороннее исследование основополагающих принципов политического устройства свободного общества, рассматриваются основные концепции, необходимые для критического анализа наиболее распространенных теорий справедливости и условий, которым может удовлетворять конституция ради обеспечения индивидуальной свободы.

Н. К. Динь, П. Дайе, А. Пелле

МЕЖДУНАРОДНОЕ ПУБЛИЧНОЕ ПРАВО

В 2-х т. / Пер. с фр. — К., 2000–2001.— Т. 1. — 440 с.; Т. 2. — 410 с.

В книге изложены общие сведения по истории и теории международного права, описаны процессы его формирования, нормы, которые применяются в международном сообществе (государства, международные организации, частные лица) и в международных отношениях (дипломатическое отношение, ответственность субъектов международных отношений, урегулирование споров и применения мер принуждения, экономические отношения, международный режим космического простору, мероприятия по защите окружающей среды).

Ж.-Ф. Ревель

ВТОРАЯ МОЛОДОСТЬ ДЕМОКРАТИИ

Будущее демократического импульса

Пер. с англ. — К., 2001. — 287 с. — Укр. яз.

Книга французского политолога Ж.-Ф. Ревеля содержит интересные раздумья о правах человека, о демократии и тоталитаризме в разных обществах на фоне истории человечества, в частности и современных событий.

ПРАВА ЧЕЛОВЕКА И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ ДЛЯ РАБОТНИКОВ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ

В документах международных организаций

К., 2002. — 296 с.

Главная цель предлагаемого сборника — ознакомить работников уголовно-исполнительной системы Украины с международными стандартами в области прав человека, заострить их внимание на той особой роли, которые они играют в соблюдении этих прав относительно людей, которые лишены воли, укрепить дух законности, гуманизма и соблюдения международных стандартов обращения с узниками в исправительных учреждениях.

ВВЕДЕНИЕ В ПСИХОТЕРАПИЮ

Под редакцией С. Блоха

Пер. с англ. — К., — 1997. — 280 с.

Общие цели этой книги, предназначенной в основном для студентов, осваивающих профессии, связанные с психическим здоровьем, — это сделать более ясным само понятие психотерапии, свести к минимуму различия между отдельными психотерапевтическими школами и подчеркнуть их общие черты, показать и поддержать связь между клинической практикой и научными исследованиями, направить обучающихся в правильное русло чтения специальной литературы.

К. Шнайдер

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Пер. с англ. — К., — 1999. — 360 с.

Учебное пособие всемирно известного ученого-психиатра Курта Шнайдера (1887–1967), написанное на основе данных его клинического опыта.

Д. Голдберг, П. Хаксли

РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Биосоциальная модель

Пер. с англ. — К., — 1999. — 256 с.

Данная книга посвящена описанию достижений социальной и биологической психиатрии. Эта универсальная по своим целям задача осуществлена с помощью новой и весьма актуальной модели распространенных психических расстройств, признающей равенство социальных и психологических феноменов и факторов, влияющих на соматическое здоровье человека.

Г. Торникрофт, М. Танселла

МАТРИЦА ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Пособие по совершенствованию служб

Пер. с англ. — К., — 2000. — 322 с.

Данная книга предлагает простую модель, руководствуясь которой можно добиться повышения клинической эффективности посредством концентрации усилий на проведении научно обоснованной реформы.

Эта модель, использующая пространственно-временную структуру, позволяет выявлять сильные и слабые стороны служб; она предназначена в помощь организаторам системы охраны психического здоровья, стажерам и составителям планов (как на местном, так и на более высоких уровнях).

ПОСОБИЕ ПО ПРАКТИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ КЛИНИКИ МОДСЛИ

Под редакцией Д. Голдберга

Пер. с англ. — К., — 2000. — 360 с.

Это издание — благодаря активному участию стажеров клиники Модсли в его подготовке — максимально учитывает потребности начинающих психиатров. Здесь подробно раскрывается методика психиатрического и нейропсихиатрического обследования, приводятся советы, помогающие справиться со сложными ситуациями, рекомендации по начальным этапам лечения и по вопросам направления пациентов к специалистам.

КАРМАННОЕ РУКОВОДСТВО К МКБ-10

Классификация психических и поведенческих расстройств

Под редакцией Дж. Э. Купера

Пер. с англ. — К., — 2000. — 464 с.

Книга содержит сведения, необходимые для успешного освоения и практического использования главы V (Психические и поведенческие расстройства) Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), а также дает представление об основных проблемах.

П. Дж. Карлинг

ВОЗВРАЩЕНИЕ В СООБЩЕСТВО

Построение систем поддержки для людей с психиатрической инвалидностью

Пер. с англ. — К., 2001. — 442 с.

Автор книги посвятил себя делу интеграции в сообщество людей с серьезными психическими расстройствами. Он делится своими взглядами на проблему, глубоко человеческими идеями и практическим опытом, раскрывает современные стратегии и подходы. Излагая материал, он приводит конкретные примеры, постоянно предоставляет слово клиентам систем охраны психического здоровья.

Э. Зиглер, Р. М. Ходаш

ПОНИМАНИЕ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Пер. с англ. — К., 2001. — 360 с.

Затронутые в книге темы касаются определения, классификации и распространенности умственной отсталости; мотивационных и личностных факторов; вмешательства в жизнь лиц с органической и так называемой наследственной отсталостью; возможностей «чудесного исцеления» (методика Домана-Делакаато, витаминная терапия) и проблем институционализации и интегрированного обучения.

ПСИХИАТРИЯ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Под редакцией Р. Джекоби и К. Оппенгаймер

В 2-х т. Т. 1. Пер. с англ. — К., 2001. — 416 с.

В книге приведен полный и доскональный обзор вопросов психиатрии позднего возраста, освещены принципы клинической практики, а также даны практические советы и рекомендации по клинической диагностике и терапии всех психических состояний, которые встречаются у пожилых людей.

ЛЕКСИКОНЫ ПСИХИАТРИИ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Лексикон психиатрических и относящихся к психическому здоровью терминов (2-е изд.)

Лексикон терминов, относящихся к алкоголю и другим психоактивным средствам

Лексикон кросс-культуральных терминов, относящихся к психическому здоровью

Пер. с англ. — К., 2001. — 398 с.

В книге объединены переводы трех лексиконов психиатрических терминов, изданных Всемирной Организацией Здравоохранения. Главные цели издания — достичь согласия и единообразия в отношении русских эквивалентов иноязычных терминов, используемых сегодня в литературе по психиатрии и смежным дисциплинам, помочь формированию «единого языка» и повышению взаимопонимания русскоязычных специалистов.

В. Энтони, М. Коэн, М. Фаркас

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Пер. с англ. — К., 2001. — 298 с.

Авторы книги представляют разработанный Центром психиатрической реабилитации Бостонского университета подход к оказанию помощи психическим больным, делятся информацией о исследовательской и технологической основах психиатрической реабилитации.

Р. Дежарле, Л. Айзенберг, Б. Гуд, А. Кляйнман

ОХРАНА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В МИРЕ

Проблемы и приоритеты в развивающихся странах

Пер. с англ. — К., 2001. — 576 с.

Авторы, последовательно используя системный подход, раскрывают органическую взаимосвязь между такими аспектами, как соматическое и психическое здоровье, социальное благополучие, экономическое развитие, международная безопасность, права человека. Особое внимание уделено специфическим потребностям беженцев, а также наиболее чувствительных групп населения (женщины, дети, пожилые люди). Приведены данные современных исследований, предложены обоснованные рекомендации относительно перспективных стратегий решения проблем. Книгу украшают яркие, волнительные

примеры, которые дают возможность увидеть, как проблема отображается в судьбах реальных людей.

Л. Юрьева

ИСТОРИЯ. КУЛЬТУРА. ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

К., 2002. — 331 с.

Монография профессора Л. Н. Юрьевой посвящена актуальной проблеме социальной психиатрии и психологии — динамике психических и поведенческих расстройств в условиях стремительно изменяющихся исторических и социокультуральных процессов, характерных для современного общества. В монографии представлено новое историко-культуральное направление в психиатрии. Предложены профилактические и психокоррекционные программы, включающие методы психологической и социально-исторической коррекции.

В. Менжулин

РАСКОЛДОВЫВАЯ ЮНГА: от апологетики к критике

К., 2002. — 331 с.

Книга посвящена зарождению и развитию традиции критического осмысления личности и учения влиятельного швейцарского психолога и психиатра Карла Густава Юнга (1875–1961). Впервые в отечественной литературе делается попытка обобщить и систематизировать результаты работы группы западных историков науки последней трети XX столетия (А. Эллиенбергер, П. Хоманс, Ф. Шаре, П. Бишоп, Р. Нолл и др.), внесших весомый вклад в установление подлинного научного и социального статуса юнгианства. Особое внимание уделяется специфике восприятия аналитической психологии Юнга на территории Украины.

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПОМОЩЬ И ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

при тяжелых психических заболеваниях

Пер. с англ — К., 2002. — 600 с.

Эта книга является замечательной подборкой научных работ лучших специалистов разных стран по вопросам реабилитации, внебольничной поддержки и социальной интеграции людей с тяжелыми психическими заболеваниями. В ней обсуждаются важнейшие положения внебольничной помощи и психиатрической реабилитации, а также основные концепции современной врачебной практики. Представлена информация о разных группах пациентов, их потребностях и желаниях. Рассматриваются точки зрения участников процесса реабилитации — групп пользователей, членов их семей, психиатрических учреждений, социальных служб; освещаются основные услуги и методы внебольничной помощи и психиатрической реабилитации.

Н. Сарториус
ПОНИМАНИЕ МКБ-10

Классификация психических расстройств.

Карманный справочник

Пер. с англ. — К., 2002. — 104 с.

МКБ-10 — 10-й пересмотр «Международной статистической классификации болезней и связанных со здоровьем проблем». В главе V (F) этой классификации содержатся клинические описания и руководство по диагностике около 380 психических и поведенческих расстройств. Данная классификация разработана с целью не только служить способом регистрации психиатрических диагнозов для статистических целей, но и стать важным клиническим, исследовательским и образовательным инструментом.

Готовятся к печати:

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Под редакцией **М. Кнаппа**

Пер. с англ.

А. Б. Хатфилд, Г. П. Лефлей

КАК ВЫЖИВАТЬ С ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Пер. с англ.

М. С. Киммель

ГЕНДЕРИЗОВАНЕ СУСПІЛЬСТВО

Пер. з англ. (укр. мовою)

Р. Ейслер

ЧАША ТА МЕЧ

Наша історія, наше майбутнє

Пер. з англ. (укр. мовою)

СПИД, НАРКОТИКИ И ОБЩЕСТВО

Под редакцией **А. Александровой**

Пер. с англ.

ЖЕНЩИНЫ И ЗДОРОВЬЕ

Под редакцией **М. Б. Голдмен, М. С. Гатч**

Пер. с англ.

ПСИХИАТРИЯ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Под редакцией **Р. Джекоби, К. Опенгаймер**

Т. 2. Пер. с англ.

Международный благотворительный фонд «Издательство СФЕРА»
с целью более полного удовлетворения украинского спроса
на переводные издания инициирует создание специального
издательского фонда, на котором будут аккумулироваться

добровольные пожертвования каждого, кто желает частным образом поддержать новый или дополнительный тираж важнейших изданий.

Для начала предлагаем такие высоко рейтинговые издания по психиатрии:

М. Гель дер, Д. Гэт, Р. Мэйо

ОКСФОРДСКОЕ РУКОВОДСТВО ПО ПСИХИАТРИИ

В 2-х т. / Пер. с англ. — К., 1997. — Т. 1. — 300 с.; Т. 2. — 436 с.

Это руководство по клинической психиатрии включает в себя вводную информацию по всем входящим в ее состав предметам, необходимую для психиатров-интернов; однако издание будет полезно и другим психиатрам, а также студентам медицинских вузов и врачам общего профиля. В нем рассматриваются главным образом вопросы общей психиатрии взрослых, но есть также главы, представляющие собой введение в более узкие специальности и посвященные, в частности, детской психиатрии, умственной отсталости, судебной психиатрии.

Д. Голдберг, С. Бенджамин, Ф. Крид

ПСИХИАТРИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ (2-е изд.)

Пер. с англ. — К., 1999. — 304 с.

Книга дает простую, четкую основу для понимания психических расстройств, формирует правильный подход к их выявлению и оказанию необходимой помощи в условиях общемедицинской практики. Особое внимание уделено соматическим проявлениям психических расстройств, связям между психическими нарушениями и соматическими заболеваниями. Подробно рассмотрена методика проведения медицинского интервью.

А. Айви

ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЕ ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЕ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

Содействие развитию клиента

Пер. с англ. — К., 1999. — 342 с. — Укр. яз.

В книге содержится систематическое изложение одной из известнейшей в мире концепций обучения коммуникативным умениям — овладение микронавыками внимательного выслушивания, опроса и влияния.

Трагедия всегда имеет конкретное лицо. Злоупотребление психиатрией — это одно из лиц советского тоталитаризма.

Прошли десятилетия. Конкретные исторические коллизии и человеческие страдания постепенно прорастают мифами исторического презентизма и подвергаются литературной переработке. Как писал второстепенный советский писатель в начале 70--х годов прошлого века, произведение искусства отличается от факта на величину души автора.

В этой книге нет мифов — лишь жесткая правда. Обнаженная правда. О современниках и о себе.

Семен Глузман