

Льюис Л. Джадд, доктор медицины
Директор Национального института
психического здоровья

лад, с которыми вам предстоит
накомиться, составленный
американской делегацией и
комментированный советскими
специалистами, представляет собой
ключевой документ в истории
Национального института
психического здоровья (НИПЗ) и
лечения Шизофрения. Он
является плодом необычного и
исторически важного диалога между
психиатрами и судебно-
медицинскими экспертами
Соединенных Штатов и Советского
Союза по поводу результатов
визита руководимой
американским департаментом
Здравоохранения делегацией, сформированной для
оценки недавних перемен в
советской психиатрии, в первую
очередь, в области, касающейся
прав человека и судебной
психиатрии. В докладе также нашел
отражение тот факт, что НИПЗ
выполнил ключевую роль в
обеспечении научной экспертизы
технической поддержки,
обеспечившей международное
доверие к результатам, полученным
американскими психиатрами.
В середине декабря 1988 г.
американский секретарь Джордж
Беннетт обратился к Секретарю
департамента здравоохранения и
социальных служб доктору медицины
Дэвиду Боуэну с официальной
просьбой обеспечить
американскому департаменту
научную консультацию относительно
изменений в злоупотреблении
психиатрией в Советском Союзе.
НИПЗ было поручено создать группу
экспертов в области психического
здоровья и помочь Бюро по правам
человека и гуманитарным проблемам
американского департамента
подготовить визит в Советский
Союз для изучения состояния прав
человека. Помощник
американского секретаря по

вопросам прав человека Ричард
Шифтер планировал использовать
полученную в ходе визита
информацию для объективной оценки
положения ряда советских граждан,
которые по утверждению многих
правозащитных организаций были,
без каких-либо медицинских
показаний, помещены в
психиатрические больницы за свою
политическую и религиозную
деятельность.

Я назначил директора отдела
клинических исследований НИПЗ
доктора медицины Даррела Регира и
его заместителя Сэмюэля Кита
ответственными за разработку и
применение стандартизированных
методов клинического
обследования, необходимых для
выполнения этой трудной задачи.
Разработанные ими методы,
применявшиеся во время визита и
подробно описанные в докладе,
характеризовались максимально
возможной при данных
обстоятельствах строгостью и
научной достоверностью и отражали
современные эмпирически
обоснованные стандарты
психиатрической диагностики и
лечения.

После длительного периода
переговоров и подготовки
американская делегация по оценке
недавних изменений в советской
психиатрии в составе 26 человек в
конце февраля 1989 г. прибыла в
Советский Союз по приглашению
советского правительства. Визит
завершился в начале марта.
Поездка состоялась под эгидой
Бюро по правам человека
Государственного департамента.
Возглавлял делегацию
представитель этого бюро Роберт
У. Фарранд. Общим руководителем
психиатрической группы был
специалист по судебной психиатрии
из Питтсбургского университета

доктор медицины Лорен Рот. Имена других членов делегации, известных специалистов в области психиатрии, прав человека и юриспруденции, приведены в приложении А доклада американской делегации.

До визита американской делегации в Советский Союз утверждения о злоупотреблении психиатрией в СССР основывались на отдельных неразвернутых свидетельствах и разрозненных неструктурированных клинических обследованиях эмигрировавших из Советского Союза диссидентов. Клинические группы, входившие в состав делегации, провели в контролируемых условиях и записали на видеопленку беседы с 27 пациентами, как еще госпитализированными, так и уже выписанными, и имели фактически полный доступ к копиям их историй болезни. Визит предоставил уникальную возможность собрать данные для подтверждения или опровержения обвинений в нарушении прав человека применительно к данной выборке пациентов. Члены делегации также беседовали со многими родственниками пациентов, что дало им возможность проверить и дополнить информацию, полученную от самих пациентов. Кроме того члены американской делегации посетили как "обычные", так и "специальные" психиатрические больницы, где они могли наблюдать за пациентами и беседовать с ними и с медицинским персоналом.

Результаты наблюдений полностью документированы в прилагаемом докладе, который также содержит целый ряд рекомендаций по устранению отмеченных проблем. В советском ответе на доклад американской делегации, приводимом здесь как по-русски,

так и по-английски, обозначены предлагаемые изменения в лечебной и юридической областях, которые призваны улучшить клиническую практику и укрепить обеспечение гражданских прав и прав человека.

Обвинения советской психиатрии в нарушении прав человека привели к тому, что в конце семидесятых годов были приостановлены американско-советские научные обмены в области наук о мозге и психиатрии. Очевидно, что укрепление защиты прав человека в психиатрии, равно как и во многих других аспектах жизни в Советском Союзе, является необходимым условием возобновления этих обменов. В результате по большей части положительной реакции советской стороны на визит делегации и ее доклад сейчас готовится ограниченный профессиональный визит советской делегации; его предметом будут вопросы психиатрической и судебной практики в США. Государственный департамент выступил организатором этого назначенного на начало 1990 г. визита с тем, чтобы ознакомить советских психиатров и судебно-психиатрических экспертов с современными американскими подходами к диагностике и лечению в психиатрии, с формами оказания психиатрической помощи и с судебно-психиатрической практикой.

По просьбе Государственного департамента и при поддержке заместителя по вопросам здравоохранения Секретаря департамента здравоохранения и социальных служб доктора медицины и общественного здравоохранения Джеймса Мэйсона, а также Администратора управления по вопросам злоупотребления алкоголем и наркотиками и

психического здоровья доктора
медицины Фредерика Гудвина НИПЗ
предоставляет профессиональную
помощь и ресурсы, необходимые для
того, чтобы сделать этот визит
полезным и информативным. От
реакции советской стороны на

подобные обмены и от оценки
Государственным департаментом
состояния прав человека в СССР
зависит возможность последующих и
более широких научных обменов в
будущем.



Schizophrenia

Bulletin National Institute of Mental Health

Содержание

Данный выпуск является приложением к тому 15, № 4, 1989, Бюллетеня Шизофрения - ежеквартального периодического издания, выпускаемого сектором шизофрении Национального института психического здоровья (НИПЗ) Управления по вопросам злоупотребления алкоголем и наркотиками и психического здоровья. Цель бюллетеня - способствовать распространению и обмену

информации о шизофрении. Материалы, содержащиеся в Бюллетене, включая взгляды штатных сотрудников НИПЗ, не должны обязательно отражать мнения, официальные установки и позицию НИПЗ. Все статьи, опубликованные в Бюллетене, за исключением специально оговоренных случаев, общедоступны и могут быть воспроизведены и копированы без получения разрешения автора.

ПРЕДИСЛОВИЕ	1
АНГЛИЙСКИЙ ТЕКСТ	1
Доклад делегации США по оценке недавних перемен в советской психиатрии	
ОБЩЕЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ	89
I. ВВЕДЕНИЕ	100
А. Обстоятельства визита делегации США	100
Б. Планирование визита делегации	103
В. Установленные переговорами условия визита делегации	105
II. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА	106
А. Отбор пациентов	106
Б. Методы	108
В. Ограничивающие факторы	109
Г. Заключение по вопросам диагностики: сравнение между США и СССР	110
1. Диагноз шизофрении	110
2. Диагноз расстройства личности	112
Д. Результаты клинической оценки	112
1. Советские диагнозы	112
а. Госпитализированные пациенты	114
б. Выписанные пациенты	118
2. Американские диагнозы	120
а. Госпитализированные пациенты	120
б. Выписанные пациенты	121
3. Результаты анализа мочи	122
4. Проблемы лечения	122

5.	Практика клинико-диагностических опросов в советской психиатрии	124
Е.	Замечания и выводы	125
Ж.	Обсуждение клинических выводов	129
З.	Клинические рекомендации	130
III.	ПРИДИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС И ПРАВА ПАЦИЕНТОВ	132
А.	Данные опроса пациентов	132
1.	Предарестное поведение	133
2.	Процесс задержания	137
3.	Уголовный процесс	138
4.	Невменяемость	139
5.	Неотложная госпитализация	141
6.	Условия госпитализации	142
а.	Специальные психиатрические больницы (СПБ)	142
б.	Психиатрические больницы общего типа (ОПБ)	143
7.	Общественная опасность	144
8.	Переосвидетельствование и выписка	144
9.	Условия выписки - приспособление к жизни в обществе	145
Б.	Доклад о посещении больниц	145
1.	Общая характеристика	146
2.	Передача СПБ Министерством внутренних дел Министерству здравоохранения	147
3.	Доступ к пациентам и персоналу	147
4.	Больничная среда	148
5.	Лечение	148
6.	Диагнозы	149
7.	Пересмотр необходимости дальнейшей госпитализации	149
8.	Психиатрический учет	150
9.	Строгость содержания	150
10.	Общие итоговые замечания	151
В.	Обсуждение советского законодательства	151
1.	Общественная опасность	152
а.	Принудительные медицинские меры в уголовных делах	152
б.	Неотложная (административная) госпитализация	154
2.	Уголовный процесс	155
3.	Пересмотр необходимости в дальнейшей принудительной госпитализации	157
4.	Процесс неотложной госпитализации	158
5.	Независимая проверка решений психиатров	159
6.	Уведомление и представительство	160

24
25
29
30
32
32
33
37
38
39
41
42
42
43
44
44
45
45
46
46
47
47
48
49
49
50
50
51
51
52
52
54
55
57
58
59
50

7.	Карательные условия в спецбольницах	160
8.	Психиатрический учет	162
Г.	Заключения	163
1.	Общественная опасность	163
2.	Процессуальная защита	163
3.	Права пациентов	164
Д.	Рекомендации	165
Е.	Перспективы	167
ПРИЛОЖЕНИЯ		
А.	Состав делегации США и корреспонденция относительно участия Департамента здравоохранения и социальных служб	168
Б.	Меморандум о взаимопонимании и формы согласия на обследование	174
В.	Методы обследования	183
1.	Типы опросов и группы, проводящие обследование	183
2.	Рассмотрение историй болезни	183
3.	Представление пациента обследующей группе	183
4.	Согласие на обследование	184
5.	Клиническое/психиатрическое обследование	184
а.	Общий обзор	184
б.	Методики (вопросники)	185
1).	Структурированный клинический вопросник по DSM-III-R, психотические расстройства (SCID-PD)	185
2).	Международный вопросник по расстройствам личности (IPDE)	185
3).	Краткое обследование психического состояния	185
6.	Социально-юридическая оценка	186
а.	Цель	186
б.	Методика (вопросник)	186
в.	Опрос родственника/друга	187
7.	Советское психиатрическое освидетельствование и формулировки	187
8.	Аудиозапись и видеозапись	188
Г.	Соблюдение советской стороной предварительной договоренности и ограничения в проведении обследования	189
Д.	Дополнения, касающиеся посещения больниц	192
1.	Вопросы, направленные в каждую больницу перед посещением	192

2.	Схема посещения "специальных" и "обычных" больниц	19
3.	Описание посещенных больниц	19
а.	Казанская специальная психиатрическая больница	19
б.	Вильнюсская психиатрическая больница общего типа	19
в.	Каунасская психиатрическая больница общего типа	19
г.	Черняховская специальная психиатрическая больница	19
Е.	Выдержки из советского законодательства	19
1.	Соответствующие статьи Уголовного кодекса РСФСР	19
2.	Соответствующие статьи Уголовно-процессуального кодекса РСФСР, касающиеся прав обвиняемых и подсудимых	20
	ЛИТЕРАТУРА	20
	КОММЕНТАРИЙ	20

Доклад Делегации США по Оценке Недавних Перемен в Советской Психиатрии

Этот доклад был представлен Помощнику Государственного Секретаря по правам человека и гуманитарным вопросам, Государственный Департамент США, и Комиссии по безопасности и сотрудничеству в Европе, Конгресс сто первого созыва, 12 июля 1989 г.

ОБЩЕЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

А. Вступление

В начале 1989 г. (с 26 февраля по 12 марта) по приглашению Советского правительства СССР посетила американская делегация. Делегации была предоставлена беспрецедентная возможность по своему выбору получить систематический доступ к принудительно госпитализированным судебно-психиатрическим пациентам, как находящимся в больнице, так и выписанным, обследовать их и обсудить лечение некоторых из этих пациентов с их родственниками, друзьями и, в некоторых случаях, с их лечащими врачами-психиатрами. Кроме того члены делегации, тоже по своему выбору, посетили ряд специальных и обычных психиатрических больниц, где они встречались с пациентами и персоналом.

По большей части советская сторона, принимавшая делегацию, соблюдала условия соглашения, в соответствии с которым был совершен визит, хотя делегация и столкнулась с рядом значительных процедурных препятствий, затруднивших осуществление ее ограниченной временем задачи и, судя по всему, отражавших некоторое нежелание советской стороны предоставить полный доступ к нужной информации. Одним из ограничивающих факторов было то, что делегации не

предоставили доступа к советским юридическим следственным документам.

В ограниченных рамках этого краткого визита делегация попыталась объективно оценить диагностический статус, психиатрическое лечение, а также аспекты защиты юридических прав и прав человека у вызывающей противоречия группы пациентов: политических диссидентов, принудительно помещенных в психиатрические больницы либо в результате уголовного процесса, либо на том основании, что представляемая ими опасность требовала немедленной госпитализации в административном порядке. Помещение этих лиц в психиатрические больницы и их содержание там привлекло внимание многих западных наблюдателей, озабоченных вопросами соблюдения прав человека.

Утверждалось, отчасти на основании переосвидетельствования бывших пациентов, что лиц, которые за пределами СССР не рассматривались бы как душевнобольные (или опасные), помещали в психиатрические больницы и подвергали различным видам лечения, которые не могли принести им пользу и могли даже повредить им. Подобная практика, будь то по ошибке или преднамеренная, если бы она подтвердилась, представляла бы собой злоупотребление юридической системой, системой психиатрической помощи и профессией психиатра, а также являлась бы нарушением прав человека. В связи с этими обвинениями, начиная с 1973 г., советские психиатры подвергались критике со стороны организаций психиатров, в том числе Всемирной психиатрической ассоциации, и злоупотребление психиатрией часто упоминалось в числе других нарушений прав человека, имевших место, как утверждали, в Советском Союзе.

Ко времени настоящего визита в советской правовой системе начали происходить многочисленные перемены.

Они создали возможность для несколько большей свободы выражения и потенциально более действенной защиты прав психиатрических пациентов, в том числе сочтенных "неизменяемыми" (статус, эквивалентный американскому "невинно по причине психического заболевания"). Помимо этого за последние два года в СССР началась выписка некоторых госпитализированных диссидентов. Эта обнадеживающая перемена привела к решению американской стороны опросить и сравнить как нынешних, так и бывших пациентов. (В результате серии переговоров, а также в связи с последующими выписками число опрошенных пациентов в конечном счете сократилось с 48 лиц в первоначальном американском списке до 27, из которых 15 оставались госпитализированными, а 12 были выписаны).

Беглое впечатление, полученное американской делегацией в результате обследования пациентов, наблюдений и изучения недавних изменений в советском законодательстве, подтверждает, что социальная и юридическая системы находятся в процессе перемен. Отмечаются некоторые признаки сдвигов, направленных на приведение юридической и психиатрической практики в большее соответствие с аналогичной практикой на Западе. В то же время многие признаки указывают на то, что этот процесс еще далек от завершения. И в настоящее время еще имеют место проявления, которые обосновывают продолжающуюся обеспокоенность относительно злоупотреблений психиатрией, даже если принять во внимание существенные различия в политических и экономических принципах, равно как и в социальных, правовых и психиатрических системах. Более того, ни в коей мере не ясно, являются ли правовые реформы, разрабатываемые нынешним советским

руководством, достаточными для того, чтобы гарантировать скорое преодоление этих серьезных проблем.

Настоящий доклад отражает стремление делегации по возможности скорее обобщить свои впечатления в свете важности изученных вопросов и значительного международного интереса к результатам. Хотя планируется дальнейший анализ историй болезни пациентов и видеозаписей процесса обследования, делегация уверена, что заключения, сделанные в настоящем докладе, несомненно обоснованы проведенными наблюдениями.

Говоря более конкретно, приводимые здесь наблюдения, выводы и рекомендации отражают основные вопросы, которые по мнению делегации США заслуживают дальнейшего изучения и рассмотрения советской стороной и международной общественностью при оценке степени прогресса в области судебной психиатрии и прав человека в СССР.

Б. Клиническая оценка

Наблюдения и выводы

Отбор пациентов

1. Американские клиницисты отметили очевидное увеличение степени выписки пациентов в течение двухмесячного периода между подачей делегацией списка госпитализированных пациентов в декабре 1988 г. и ее отбытием из СССР в середине марта 1989 г. Из 37 госпитализированных пациентов, первоначально входивших в список, четыре были исключены из него по одной из следующих причин: смерть пациента, его тюремное заключение, эмиграция пациента из СССР и недостаточность информации для определения его местонахождения. Из оставшихся

33 пациентов более половины (17 человек) были выписаны либо перед началом визита делегации, либо во время ее пребывания в СССР.

2. Несмотря на высокие темпы выписки, оставались госпитализированными пять человек (в том числе один пациент, проходивший судебно-психиатрическую экспертизу), у которых по мнению делегации США диагноз психического заболевания не был обоснован, будь то по американским (DSM-III-R) или по международным (ICD-10, проект) критериям. Двое из этих пациентов оставались госпитализированными в связи со статьей 70, одной из "политических статей" советского уголовного кодекса (антисоветская агитация и пропаганда, см. приложение E).

Клинические диагнозы

1. Значительная часть осмотренных госпитализированных пациентов имели серьезные психические заболевания. Среди 15 пациентов, госпитализированных в настоящее время, американская группа обнаружила доказательства тяжелых психотических заболеваний у девяти; их диагнозы в общем соответствовали поставленным советскими психиатрами.
2. Один из госпитализированных пациентов поступил незадолго до этого (в декабре 1988 г.) с диагнозом шизофрении после интенсивного периода участия в правозащитной политической деятельности. Американская группа не нашла у этого

пациента никаких признаков психического заболевания. Хотя он и не был обвинен по статьям 70 или 190-1 советского уголовного кодекса, его оказалось возможным быстро подвергнуть повторной госпитализации, так как он был на учете в психдиспансере (для амбулаторного обследования и наблюдения) после предыдущей госпитализации. После возвращения в Соединенные Штаты американская делегация получила подтвержденные сообщения, что этот пациент был выписан.

3. Выписанные пациенты не имели серьезных психотических заболеваний, и ни один из выписанных пациентов, опрошенных делегацией, не был, с клинической точки зрения, выписан неправильно. Если такого рода выписка представляет собой нынешнюю тенденцию, то это указывает на положительные изменения в практике советской судебной психиатрии.
4. Среди 12 выписанных пациентов американская группа не нашла признаков какого-либо прошлого или нынешнего психического заболевания у девяти, а у остальных трех отмечались невыраженные симптомы, которые в западных странах, как правило, не повлекли бы за собой принудительной госпитализации. У всех этих пациентов в истории болезни был проставлен диагноз шизофрении или психопатии; клеймо этих диагнозов, вероятно, будет и далее отрицательно сказываться на их жизни, пока официальные диагнозы не сняты и они состоят на учете в психдиспансере.

5. Расширенная диагностика психических заболеваний в целом и шизофрении в частности в советской психиатрии явно проявилась в представленных в истории болезни диагнозах шизофрении и других психотических заболеваний у 24 из 27 опрошенных пациентов. Большое количество диагнозов шизофрении являло собой пример проблемы "гипердиагностики". На это указывал тот факт, что лишь девять из всех текущих диагнозов, поставленных при настоящем обследовании как советскими, так и американскими психиатрами, близко соответствовали диагнозам, установленным ранее в историях болезни.
6. С точки зрения американской группы, проблема "гипердиагностики" регулярно проявлялась и в других диагностических областях, особенно в диагнозах психопатии и "шизофрении в стадии ремиссии". Конкретные примеры симптомов психопатии, отмеченные в историях болезни опрошенных пациентов, включали в себя "узконаправленную деятельность", под чем имелась в виду высокая степень преданности одному делу, такому, например, как политические реформы, и "неспособность к адаптации в обществе" - понятие, используемое для описания пациента, который "неспособен жить в обществе, не подвергаясь аресту за свое поведение".
7. Некоторые симптомы, включенные в советские диагностические критерии мягкой ("вялотекущей")

и, отчасти, умеренной (параноидной) шизофрении, не считаются признаками психопатологии с точки зрения американских и международных диагностических критериев. Конкретные примеры, характерные исключительно для советской психиатрии, включали в себя квалификация лиц, проводящих политические демонстрации, как страдающих "бредом реформаторства" или "повышенной самооценкой" в поддержку диагноза шизофрении.

Лечение

1. Для лечения пациентов от " бреда реформаторства" и "антисоветских идей" в отсутствие принятых медицинских признаков психотического расстройства мышления используются антипсихотические (нейролептические) препараты. Истории болезни и опросы свидетельствовали о назначении относительно больших доз нейролептиков некоторым пациентам, не проявлявшим никаких признаков психотических расстройств мышления.
2. Советские психиатры используют лечение сульфозином якобы для повышения терапевтической эффективности нейролептиков. Однако они не могли привести никаких научных данных о его эффективности. Более того, сильная боль, обездвиженность, высокая температура и некроз мышц, вызываемые этим препаратом, а также анализ практики его применения у 10 пациентов, дают основания полагать, что он используется скорее в карательных, чем в терапевтических целях. Помимо

сульфофина были отмечены случаи, когда к пациентам, у которых американские психиатры не нашли никаких признаков психотических или аффективных расстройств (расстройств настроения), применялись инсулиновые комы, строгие меры физического сдерживания и "атропиновая терапия". Использование атропина, вызывающего преходящие делириозные состояния и высокую температуру, не является принятым лечебным методом на Западе.

3. За пациентами, которым были поставлены первоначальные диагнозы шизофрении или психопатии, эти диагнозы закреплялись в официальных историях болезни, несмотря на перемены в их клиническом статусе. Однако курсы лечения менялись чаще, отражая изменения в психотических симптомах или потребность в нейролептиках.

Судебно-медицинская практика

1. Понятие "невменяемости" в силу психического расстройства в советской системе включает в себя по крайней мере три различных уровня симптомов:
- Психотические симптомы, ассоциируемые с совершением насильственного или незаконного деяния, при которых затруднено понимание или неспособность контролировать поведение у пациента были непосредственно связаны с правонарушением.
 - Любое текущее или прошлое психическое расстройство

или психиатрический симптом, диагностированные у лица, обвиняемого в правонарушении (даже в отсутствие у пациента какого бы то ни было заметного затруднения понимания или способности контролировать поведение).

- Антисоветское политическое поведение, в том числе писание книг, проведение демонстраций в поддержку реформ или откровенная оппозиция властям, квалифицированные у многих пациентов одновременно как симптом (например, "бред реформаторства"), как диагноз (например, "вялотекущая шизофрения") и как преступное деяние (например, нарушение статей 70 или 190-1).
2. В двух случаях советские психиатры, лечившие госпитализированного по суду пациента (т.е., душевнобольное лицо, обвиненное в нарушении уголовного законодательства), не смогли получить разрешения суда на выписку пациента из специальной психиатрической больницы (СПБ), несмотря на отсутствие психиатрических показаний, требующих госпитализации в СПБ. Советские психиатры сталкиваются с проблемами в определении плана лечения для пациентов, госпитализированных по "политическим статьям", у которых отсутствуют признаки психопатологии.
3. Как отмечено выше, делегация США обнаружила практику диагностики и лечения

психических расстройств по отношению к политическим диссидентам, которая является избыточной и не соответствующей западным стандартам. Тем не менее, советские психиатры всегда утверждали, что все пациенты были госпитализированы по причине того или иного психического заболевания. Поскольку члены делегации не были в состоянии ознакомиться с данными следствия, в настоящем исследовании невозможно определить, были ли первоначальные или нынешние советские диагнозы основаны только на предвзятых медицинских соображениях или же на суждение психиатров повлияло политическое давление, приведя таким образом к преднамеренному злоупотреблению психиатрией в целях социального контроля.

Рекомендации

1. Ускоренная выписка из советских психиатрических больниц пациентов, указанных правозащитными группами, и благотворный профессиональный обмен в области психиатрического диагноза и лечения слушат основанием рекомендовать дальнейшие профессиональные контакты между американскими и советскими экспертами в области психиатрии. В отсутствие на сегодняшний день данных о неправильной выписке, дальнейшее освобождение госпитализированных без нужды пациентов может послужить на пользу как их правам, так и самим больницам (позволит уменьшить их перегруженность).
2. Использование международных диагностических критериев для всех психических расстройств в СССР (в том числе для шизофрении, аффективных (эмоциональных) расстройств и расстройств личности) значительно расширит возможности для профессионального и научного обмена. Особую важность имеет нынешняя возможность советского участия в международных полевых испытаниях Международной классификации заболеваний (ICD-10) под эгидой Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Ожидается, что эта международная классификация даст полезнейшие общие диагностические критерии - такие, которые будут вполне совместимы с диагностическими концепциями в США.
3. Нынешние широкие диагностические концепции шизофрении и психопатии, используемые в СССР, представляют, судя по всему, больший риск злоупотребления в политических целях, чем нынешние западные критерии. Поэтому, сужение советских критериев в соответствии с ICD-10 повысит вероятность того, что психиатрические диагнозы будут использоваться только для соответствующих медицинских целей.
4. Использование нейролептических препаратов при непсихотических симптомах должно быть пересмотрено на основе нынешних научных исследований по безопасности и эффективности лечения.

5. Использование сульфозина и атропиновой терапии при психических расстройствах должно быть пересмотрено на основе предклинических и клинических научных исследований эффективности этого лечения. В отсутствие признаков, подтверждающих эффективность лечения, эта практика должна быть прекращена. Делегация США отмечает, что приказ Министерства здравоохранения СССР об использовании сульфозина намечался к публикации в мае 1989 г.
6. В соответствии с ключевой формулировкой статьи 11 (см. приложение E), установление "невменяемости" лиц с психическими расстройствами должно быть ограничено теми ситуациями, в которых психиатрические симптомы затрудняют понимание или контролирование преступного поведения.
7. Особого внимания требует вопрос о квалификации некоторых видов преступного поведения как психиатрических симптомов или расстройств. Возможность смешения политических и психиатрических определений представляет собой проблему и создает почву для злоупотреблений. Эти определения должны быть пересмотрены экспертами, принимающими участие в разработке новой международной классификации под эгидой ВОЗ.
8. Четыре госпитализированных пациента, у которых американская группа не нашла никаких психических расстройств, должны быть переосвидетельствованы для возможной выписки, если они еще остаются в стационаре. Один из этих пациентов был выписан сразу после визита американской делегации, а еще два ожидали выписки. Перспективы четвертого пациента на выписку неизвестны. Положение этих трех последних пациентов должно быть незамедлительно рассмотрено.
9. Некоторые пациенты, нуждающиеся в стационарном лечении, и их родные настоятельно просили о переводе в психиатрические больницы общего типа (ОПБ) поближе к их родственникам. Делегация США поддерживает эти просьбы и надеется, что такой перевод окажется осуществимым.
10. По отношению к выписанным пациентам, у которых, в соответствии с международными диагностическими критериями, не было диагностировано психического расстройства, следует принять меры к устранению их диагнозов (или других указаний на психическое заболевание) из военных билетов, списков психиатрического учета и других документов, где они могут помешать их трудоустройству, образованию и другим видам широкого участия в жизни в обществе. Конкретные примеры таких изменений уже имеют место в ограниченном числе случаев, к большой пользе пациентов.
11. Проведение американско-советского исследования по вопросам диагноза шизофрении, эмоциональных расстройств и расстройств личности будет

весьма способствовать профессиональному и научному взаимопониманию между обеими странами.

В. Юридический процесс и права пациентов Заключение
Общественная опасность

1. Уголовные кодексы республик, входящих в состав СССР, запрещают отдельные виды политической и религиозной деятельности, которые либерально-демократические общества не считают преступными или подлежащими наказанию. Поскольку любое нарушение уголовного закона в СССР считается, судя по всему, "общественно опасным деянием", эти уголовные запреты, наложенные на политическое и религиозное инакомыслие, дают юридическую основу для принудительной психиатрической госпитализации диссидентов, диагностированных как психически больные.
2. До недавнего времени советские суды, повидимому, считали нарушения "политических статей" советского уголовного закона (таких как статьи 70 и 190-1) почти категорически "особо опасными для общества", несмотря на то, что преступное поведение представляло собой ненасильственное выражение политических или религиозных идей. В результате, политические диссиденты, признанные "невменяемыми", как правило, помещались в специальные психиатрические больницы с максимально строгим режимом.

3. Ни один из пациентов, осмотренных делегацией США, не был госпитализирован в течение прошлого года в результате ареста по "политическим статьям".

4. Хотя вопрос о "неотложной" госпитализации не мог быть глубоко изучен, есть некоторые признаки того, что на протяжении последних шести месяцев принудительный административный процесс был использован для госпитализации лица, чье поведение было по существу политическим и не представляло опасности для него или для окружающих. Эта практика, судя по всему, противоречит принципам, провозглашенным Министерством здравоохранения и отвергающим принудительную госпитализацию, за исключением случаев "больных, представляющих по своему психическому состоянию непосредственную опасность для себя или окружающих...".

Процессуальная защита

1. По словам практически всех пациентов и бывших пациентов, опрошенных делегацией и госпитализированных после признания их "невменяемыми" и "общественно опасными", они не играли никакой роли в уголовных процессах, приведших к лишению их свободы. За исключением одного случая, они никогда не встречались с адвокатом, хотя он и должен был быть назначен по их делу. Только трое из опрошенных по этому вопросу пациентов сказали, что они видели постановление следствия о направлении дела в суд, никому из них не были

предъявлены заключения экспертов, и всех, за исключением одного, судили заочно.

2. Хотя согласно закону статус принудительно госпитализированных пациентов пересматривается психиатрической комиссией каждые шесть месяцев, эти пересмотры, судя по всему, весьма кратки (обычно менее 10 минут), носят формальный характер и в них не участвует независимая инстанция, обладающая правом вынесения решений. Практически у пациентов нет сколько-нибудь реальной возможности оспорить решение врачей об оставлении их в стационаре.
3. До принятия в январе 1988 г. нового закона административный (внесудебный) процесс "неотложной госпитализации" находился, в основном, в компетенции психиатров. По общему мнению, новый закон представляет собой важную реформу, поскольку он известен общественности и регулирует этот процесс в законодательном порядке. Однако, судя по имеющимся данным, этот закон не обеспечивает адекватной защиты против необоснованной госпитализации и даже провозглашенные в нем юридические гарантии (в том числе представительство адвоката, периодические психиатрические переосвидетельствования и возможность апеллировать к суду) пока еще не осуществляются на практике.

Права пациентов

1. Основываясь на сообщениях пациентов и на своих собственных наблюдениях, делегация считает условия в большинстве специальных психиатрических больниц, за исключением Ленинградской СПБ, неоправданно суровыми и стесняющими. Несмотря на частично осуществленную передачу СПБ из ведения Министерства внутренних дел в ведение Министерства здравоохранения и на видимую добрую волю администрации больниц, посещенных делегацией, эти учреждения продолжают сохранять многие черты психиатрического тюрем. Пациентам отказывают в фундаментальных правах, их, по-видимому, подвергают карательному действию медикаментов, и они боятся мести за жалобы на обращение с ними, на грубое поведение персонала или жесткость больничных правил и режима. Короче говоря, переход к более гуманному режиму только начался.
2. Хотя знакомство делегации с психиатрическими больницами общего типа было ограниченным, опросы пациентов и другая информация указывают на то, что обращение там более гуманное и лечение лучше, чем в специальных психиатрических больницах.
3. Характерной особенностью всех психиатрических стационаров в Советском Союзе, особенно в специальных психиатрических больницах, является то, что пациенты не участвуют в

сколько-нибудь значительной мере в принятии решений относительно их лечения.

4. Советские власти заявляют о своем намерении значительно уменьшить число лиц, состоящих на учете в психдиспансерах, и требовать постановки на учет только для тех, кто представляет угрозу для окружающих. Однако этот процесс находится в начальной стадии. В настоящее время, судя по всему, немало людей сталкиваются с трудностями социального и юридического характера в связи с наличием у них истории психического заболевания.

Рекомендации

1. Расширение концепции "общественной опасности" способствовало возникновению в СССР практики госпитализации людей, которые не являются психически больными. По этой и по другим причинам делегация рекомендует, чтобы были приняты дополнительные меры по пересмотру советского уголовного кодекса, чтобы устранить все запреты на выражение политических и религиозных убеждений.
2. Очевидна необходимость новых законов и правил, которые позволили бы Министерству здравоохранения претворить в жизнь провозглашенное им намерение ограничить принудительную административную госпитализацию ("неотложную госпитализацию") пациентами, представляющими непосредственную опасность для себя и окружающих, и таким образом уменьшить риск использования этого процесса для подавления инакомыслия.
3. Адвокаты-защитники должны назначаться на ранних стадиях уголовного процесса и до того, как пациенты проходят освидетельствование психиатрическими комиссиями для определения психического заболевания и невменяемости. Лицам, подлежащим судебной экспертизе по уголовным делам, следует предоставить права, уже содержащиеся в советском уголовно-процессуальном кодексе (т.е., право играть известную роль в процессе следствия, знать о выдвигаемых против них обвинениях, получать материалы следствия и судебной экспертизы и присутствовать на суде).
4. Поскольку принудительная госпитализация некоторых пациентов в СПБ чрезмерно продолжительна, необходимо улучшить проведение периодических пересмотров ее дальнейшей обоснованности, в том числе пересмотров, осуществляемых авторитетными независимыми комиссиями, с обязательным последующим рассмотрением в суде.
5. В случае "неотложной госпитализации" (административной), необходимо приводить в действие дополнительный процессуальный защитный механизм. Он должен включать в себя обязательный независимый пересмотр необходимости госпитализации и обязательное судебное рассмотрение не позднее, чем через шесть месяцев после госпитализации. Ввиду того,

что статистика последнего времени документирует лишь 10 апелляций к суду на 71 тысячу госпитализаций в Москве в 1988 г., право юридического представительства должно быть приведено в действие, и процесс апелляции следует облегчить. Судя по всему, эти рекомендации одобряются ведущими советскими юристами.

6. В соответствии с проектом Свода принципов и гарантий защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи Комиссии ООН по правам человека, режим содержания в специальных психиатрических больницах следует сделать менее суровым, и пациентам следует предоставить больше прав и возможностей для нормальной деятельности. Должно быть меньше запретов и ограничений, таких как запрещение пользоваться писчебумажными принадлежностями, цензура переписки, строгий надзор за посещениями и отсутствие личных вещей.

7. Госпитализированные пациенты должны быть информированы о своих правах, и эти права должны быть гарантированы законом и правилами. Пациентам должна предоставляться возможность принимать большее участие в решениях об их лечении. Следует учредить процесс подачи жалоб и организовать службу защиты пациентов с использованием специального арбитра-посредника или других форм защиты прав больных.

8. В соответствии с уже выдвигаемыми в СССР

предложениями делегация поддерживает дальнейшую переоценку медицинских показаний для помещения пациентов на учет в психдиспансере. Необходимо установить механизмы для предотвращения постановки людей на учет без их ведома. Для предотвращения компрометации лиц, не страдающих психическим заболеванием, их историей болезни диагноз следует снимать, чтобы облегчить возвращение этих людей в общество.

9. Следует осуществить совместные американо-советские исследования, касающиеся судебно-медицинской практики, определения невменяемости и роли закона в обеспечении защиты прав пациентов.

Г. Перспективы

1. Для обеспечения продолжения диалога по вопросам, поднятым в ходе визита, делегация надеется по возможности скорее получить отчеты о статусе каждого из пациентов, опрошенных в СССР.

2. Американская группа, посетившая больницы, выявила 20 пациентов, госпитализация и лечение которых вызывают сомнения, даже в отсутствие явных указаний на то, что это были "политические дела". Их фамилии представлены советской стороне. Делегация США запросила информацию о дальнейшем ходе этих дел.

3. Делегация рекомендует, чтобы США и СССР в ближайшее время обсудили следующие вопросы:

- а. Подготовка в деталях визита советской делегации психиатров и других экспертов в больницы и судебно-медицинские учреждения в США.
- б. Подготовка последующего визита в Советский Союз делегации США, чтобы позволить этой делегации встретиться с пациентами, опрошенными в ходе предыдущего визита.
- в. Подготовка обменов по сотрудничеству и совместным научным исследованиям, рекомендованным выше в настоящем докладе.
4. Делегация рекомендует образовать международную комиссию с участием представителей США, СССР и других стран для рассмотрения предполагаемых случаев злоупотребления психиатрией в любой стране. Там, где это необходимо, комиссия должна иметь непосредственный доступ к пациентам и историям болезни для целей освидетельствования.

I. ВВЕДЕНИЕ

С 26 февраля по 12 марта 1989 г. официальная делегация Соединенных Штатов в составе 26 человек посетила СССР для оценки недавних перемен в советской психиатрии. Эта делегация, возглавляемая должностным лицом Государственного Департамента США, включала в себя 14 психиатров, психолога, двух юристов, двух специалистов по правам человека и шесть переводчиков (см. список участников в приложении А).

Находясь в СССР, делегация осмотрела 27 пациентов или бывших пациентов по своему выбору - 15 из них госпитализированных и 12 выписанных, большей частью на протяжении предшествовавших двух лет. Делегация получила законодательные материалы, инструкции и статистическую информацию, относящиеся к психиатрической помощи в Советском Союзе, и провела беседы с советскими психиатрами, юристами и представителями других профессий.

Настоящий доклад отражает стремление делегации по возможности скорее обобщить свои впечатления в связи с важностью поставленных вопросов и значительным международным интересом к результатам. Хотя планируется дальнейший анализ историй болезни и заснятых на видеопленку опросов пациентов, делегация уверена, что заключения, сделанные в настоящем докладе, несомненно обоснованы проведенными наблюдениями.

A. Обстоятельства визита делегации США

Визит имел место на фоне длительного конфликта, связанного с обвинением Советского Союза в злоупотреблении психиатрией (см., например, 5 и 6: Bloch and Reddaway, 1977 и 1985; 15: Корягин, 1981). Суть обвинения состоит в том, что политические и религиозные диссиденты подвергаются систематическому помещению в психиатрические больницы по причинам, лежащим за пределами медицины. Согласно одному из источников (6: Bloch and Reddaway, 1985), в Советском Союзе с 1977 по 1983 год было документировано 346 жертв злоупотребления психиатрией. Аспекты этого обвинения многочисленны. Так, например, утверждается, что отдельные советские психиатры заведомо содействовали карательному

использованию психиатрии, диагностируя в качестве душевнобольных некоторых лиц, которые, как им было известно, не страдали психическими заболеваниями, навязывая таким "пациентам" биологические методы лечения без медицинских показаний и принудительно помещая их в психиатрические больницы на длительные периоды времени. Практика госпитализации политических и религиозных диссидентов была бы сомнительной с точки зрения прав человека даже в том случае, если бы она не основывалась на заведомо ложном диагнозе. Очевидно, что такое намеренное злоупотребление психиатрическим контролем в политических целях нарушает фундаментальные предписания медицинской этики, равно как и международно принятые права человека, нормы и принципы - см., например, Всеобщую декларацию прав человека и Декларацию прав инвалидов (7: Центр прав человека, 1988 г.).

Другой аспект обвинения в политических злоупотреблениях состоит в том, что правительственная политика подавления инакомыслия приводится в действие посредством клинической практики и теории, которые легко, хотя, быть может, и неосознанно, подчиняются этой задаче. Сюда относится концепция психического расстройства, расширенная настолько, что включает неодобряемые политические и религиозные идеи, а также концепция и определение "общественной опасности", достаточно широкие, чтобы включать политические и религиозные отклонения.

Хотя Советский Союз ранее посещала небольшая группа западных психиатров для расследования обвинений в злоупотреблении, им не был предоставлен достаточный доступ к документации и пациентам. Тем не менее, основываясь на существенном объеме данных, накопившихся на

Западе, включая подробный клинический осмотр бывших психиатрических пациентов, ныне живущих на Западе, информированные организации неизменно приходили к выводу, что политические злоупотребления действительно имели место. Всемирная психиатрическая ассоциация (ВПА) осудила Советский Союз за подобную практику в 1977 г., а шесть лет спустя советское Всесоюзное общество невропатологов и психиатров вышло из ВПА, чтобы избежать почти неминуемого исключения.

Представители советской психиатрии многократно отвергали обвинения в политическом злоупотреблении. Однако они признают существование ряда проблем в советской психиатрической практике на протяжении последних 25 лет, в том числе тенденции к "гипердиагностике" и излишней госпитализации (8: Чуркин, 1988). На протяжении последних двух лет советская психиатрия подвергалась беспрестанному обстрелу критики внутри страны даже в официальной советской печати. В ряде газетных статей в 1987 г. освещались сомнительные случаи госпитализации и привлекалось внимание к научным сомнениям относительно советской диагностической практики (20: Новиков и др., 1987).

Отдельные упоминания в советской печати конкретно касались злоупотреблений психиатрией в политических целях. Так например, М.И.Буянов, советский психиатр-практик, недавно отметил в "Учительской газете", что "люди помещались в психиатрические больницы по политическим, а не по медицинским причинам и раньше, но после 1970 г. это делалось чаще" (4: Буянов, 1988). В недавней статье в "Коммунисте", советском журнале для партийного руководства, отмечается, что "случаи использования психиатрии для подавления тех, кто мыслит по-иному,

довольно красноречиво свидетельствуют о силе этого оружия (силе по отношению к пациенту), когда оно попадает в руки бесчестных политиков" (24: Протченко и Рудяков, 1989).

Как видно из этих материалов прессы, в советской психиатрии имеются серьезные признаки брожения и перемен, как и во многих других сферах советского общества. Эти сдвиги наиболее явно демонстрируются "Положением об условиях и порядке оказания психиатрической помощи", принятым Президиумом Верховного Совета СССР в январе 1988 г. Это положение важно тем, что оно является первым законодательным актом, регулирующим процесс принудительной административной госпитализации в Советском Союзе. Это положение устанавливает известную юридическую защиту для пациентов, подвергаемых принудительной госпитализации, и вводит уголовную ответственность для лиц, помещающих в психиатрическую больницу заведомо психически здорового человека. Положение 1988 г. также передает специальные психиатрические больницы из ведения Министерства внутренних дел в ведение Министерства здравоохранения. Значение этой перемены ясно следует из того, что в поступивших на Запад сообщениях условия содержания в большинстве этих больниц описываются как жестокие и бесчеловечные.

Другим важным признаком перемен в советской психиатрической практике является заявление Министерства здравоохранения о намерении сократить число пациентов в советских психиатрических больницах на 30%. Согласно советским сообщениям, в 1988 г. число поступлений в больницы в Москве сократилось по сравнению с 1987 г. на 12% (23: "Правда", 1989). Отражая аналогичную тенденцию, число помещенных в специальные психиатрические больницы было также сокращено с 1987 на 1988 г.

приблизительно на 12% (с 9859 пациентов до 8724).

Официальные представители советской психиатрии также провозгласили новый план серьезных перемен в масштабах деятельности и функциях десятилетнего учета - официальной системы учета психиатрических пациентов в обществе. В прошлом практически все пациенты, выписанные из советских психиатрических больниц или получавшие амбулаторную помощь, ставились на учет в диспансере; в начале 1988 г. на учет стояло 5,5 миллиона человек. Постановление на учет имеет серьезные последствия для выписанных пациентов, включая возможную дискриминацию при устройстве на работу, получении водительских прав, путешествиях и переездах и при реализации других гражданских прав. Она также подвергает пациентов периодическим визитам психиатрического персонала и возможности ненужной повторной госпитализации. В порядке существенной реформы советские власти объявили о намерении снять с диспансерного учета до двух миллионов лиц и требовать постановки на учет только пациентов, признанных серьезно психически больными и потенциально опасными для себя или окружающих (33: "Вашингтон Пост", 1988; 23: "Правда", 1989).

Помимо этих перемен в официальной линии, заметны также признаки интеллектуального брожения в советской психиатрии. В диагностической практике в большей части Советского Союза издавна преобладает "московская школа" психиатрии, глава которой, профессор А.В. Снежневский, был редактором ведущего психиатрического журнала в Советском Союзе. Диагностические принципы профессора Снежневского, оказавшие большое влияние на советскую диагностическую практику, включают в себя расплывчатое понятие

"вялотекущей" или мягко выраженной шизофрении, которое ассоциируется с официально признанной тенденцией к "гипердиагностике" и обвинениями в политических злоупотреблениях. После смерти профессора Снежневского в 1987 г. диагностический подход московской школы стал подвергаться в советских научных кругах некоторому пересмотру.

Сам по себе визит делегации США свидетельствует о глубоких переменах, происходящих сейчас во всем Советском Союзе и в советской психиатрии. Как будет описано ниже, делегации была предоставлена небывалая степень доступа к отдельным пациентам и психиатрическим учреждениям. Согласие советских властей разрешить этот визит на таких условиях демонстрирует как желание вернуться в мировое сообщество психиатров, так и готовность принять на себя известную степень международной ответственности за юридические и гуманитарные аспекты психиатрической практики. Уже это само по себе - положительный шаг, в особенности в свете споров по поводу политических злоупотреблений, окружавших советскую психиатрию на протяжении 20 лет.

Настоящий доклад не имеет целью разрешить споры относительно прошлых явлений в советской психиатрии. Такой группе, как американская делегация, учитывая характер ее методов и ограниченность времени, нелегко с полной достоверностью установить степень политических злоупотреблений психиатрией в Советском Союзе в прошлом и определить, заведомо ли участвовали в них советские психиатры. Вместо этого делегация в основном направляла свое внимание на нынешнюю ситуацию и перемены в советской психиатрии.

В конкретных терминах, цель визита делегации состояла в следующем:

1. Обеспечить более систематический и научно обоснованный подход к оценке обвинений в злоупотреблениях психиатрией, чем это было осуществимо раньше.
2. Оценить психиатрические диагнозы госпитализированных и недавно выписанных пациентов, отмеченных в качестве примеров злоупотреблений.
3. Оценить правильность лечения этих пациентов.
4. Оценить законы, регулирующие принудительную госпитализацию.
5. Оценить недавние перемены в советской судебной психиатрии.
6. Оценить действующие в настоящее время механизмы по предотвращению возникновения злоупотреблений в будущем.

Б. Планирование визита делегации

Планирование визита делегации США в СССР началось более года назад. В связи с существующей в СССР большой заинтересованностью в улучшении международного впечатления относительно советской политики в области прав человека, Министерство иностранных дел пригласило зарубежных психиатров посетить СССР. За этим, в марте 1988 г. в Вашингтоне, последовала дискуссия за круглым столом по правам человека между Государственным Департаментом США и советским Министерством иностранных дел, на которой представители советской психиатрии подтвердили приглашение Соединенным Штатам. СССР "даст возможность западным психиатрам осмотреть индивидуальные пациентов, помещенных в психиатрические больницы в Советском Союзе" (17: Милехин, 1988). Это приглашение вскоре привело к дискуссии между американскими и советскими психиатрами за круглым столом по правам человека, проведенной в Москве

в апреле 1988 г., где был намечен первоначальный план визита.

Затем, в мае 1988 г., Государственный Департамент попросил содействия у Национального института психического здоровья (НИПЗ) Департамента здравоохранения и социальных служб в создании научной группы для осуществления визита в СССР. В ноябре 1988 г. состоялась поездка подготовительной группы для выработки условий визита. Вслед за этим Государственный секретарь Джордж Шульц направил официальную просьбу о научной и организационной помощи НИПЗ в письме Секретарю по здравоохранению и социальным службам Отису Боуэну (см. приложение А). Затем НИПЗ, после консультации с Американской психиатрической ассоциацией, отобрал полный состав научной группы. В ее задачу был включен тщательный клинический осмотр ряда пациентов, как госпитализированных, так и выписанных, с использованием стандартизованных психиатрических диагностических методик. Было решено, что американскую делегацию возглавит представитель Государственного Департамента США.

Осенью 1988 г. интерес к возможности визита психиатрической делегации возрос еще более в связи с проходившими тогда переговорами между Государственным Департаментом и Советским Союзом, в которых США настаивали, чтобы в качестве индикатора прогресса в вопросе прав человека СССР освободил всех политических заключенных, включая находящихся как в тюрьмах, так и в психиатрических больницах. В это число входили лица, судимые за нарушение различных хорошо известных статей советского уголовного кодекса (в том числе статьи 70, "Антисоветская агитация и пропаганда", и статьи 190-1, "Распространение заведомо ложных измышлений, порочащих советский

государственный и общественный строй", в Уголовном кодексе РСФСР и соответствующие статьи в УК союзных республик). (См. приложение Е, где приведен текст этих и подобных статей). Эти статьи определяют поведение, которое в странах Запада по большей части не считалось бы преступным. Хотя большинство лиц, судимых за эти преступления, было приговорено к тюремному заключению, значительное число обвинений по этим статьям приводило в прошлом к признанию людей "невменяемыми" - юридический статус, аналогичный определению "невиновен по причине психического заболевания" в США - с последующим бессрочным помещением в психиатрические больницы (как правило, специальные психиатрические больницы).

С января 1987 г. Государственный департамент США не получал сообщений о вынесении приговоров по статьям 70, 190-1 или по статьям 142 и 227 (последние относятся к некоторым видам религиозной деятельности). К концу 1988 г. советские власти заявили, что они освободили всех заключенных, которые были лишены свободы по этим четырем политическим и религиозным статьям. Кроме того примерно 50 человек, считавшихся политическими и религиозными заключенными, были освобождены из психиатрических больниц в 1988 г. (32: U.S. Department of State, 1988); в результате число остающихся в больницах было неизвестным. Продолжающаяся госпитализация некоторых лиц в советских психиатрических больницах вызвала особый интерес в Хельсинкской комиссии США (Комиссии по безопасности и сотрудничеству в Европе). Поэтому лица, значившиеся в составленном этой комиссией списке, были включены в перечень пациентов, подлежащих психиатрическому осмотру делегацией США.

В. Установленные переговорами условия визита делегации

Во время визита в Москву в ноябре 1988 г. американской подготовительной группы на протяжении трех с половиной дней обсуждались условия, обеспечивающие наибольшую вероятность проведения достоверного исследования. Главной заботой было обеспечить американским экспертам доступ к любым пациентам, которых они пожелают увидеть, в условиях, благоприятных для научного психиатрического осмотра. Эти условия включали в себя наличие в больницах кабинетов для опроса лиц, остававшихся госпитализированными, а также подходящих комнат за пределами стационаров, таких как гостиничные номера, для опроса выписанных пациентов. Каждый пациент должен был быть обследован с применением ряда исследовательских диагностических вопросников, надежность и точность которых признана в международном масштабе. Помимо этого было условлено, что, с согласия каждого пациента, американская группа может провести видеозапись и звукозапись обследования, а также получить пробу мочи для токсикологического анализа. Чтобы получить от каждого опрашиваемого как можно больше информации, было условлено, что членам группы будет позволено опросить одного из родственников или друзей пациента, а также лечащего психиатра (см. приложение Б).

Дополнительным источником информации должны были послужить истории болезней пациентов, которые советская сторона согласилась предоставить в распоряжение делегации примерно за две недели до обследования, с переводом на английский язык оговоренных важнейших частей. Эти материалы должны были включать первое и последнее

заклучения психиатрической экспертизы, выписные эпикризы, медицинские назначения и соответствующие судебные определения. Советская сторона отказалась представить следственные материалы на опрашиваемых пациентов, заявив, что они находятся в ведении Министерства юстиции.

В ноябре была также достигнута договоренность о том, что американская группа может посетить любую больницу в Советском Союзе по ее желанию, в том числе специальные психиатрические больницы. Американская группа получила право по своему желанию беседовать с любым пациентом.

Хотя советская сторона согласилась на все вышеуказанные условия, соответствующие документы не были официально подписаны. Причина того, что на официальных подписях не настаивали, заключалась в том, что советская сторона попросила немедленного согласия у США на ответный советский визит на идентичных условиях. Советская сторона провозгласила принцип "полной взаимности", подобный гарантированному в соглашениях обеих стран о взаимных военных инспекционных проверках. Позиция США в этом вопросе состояла в том, что в отношении психиатрического лечения условия в обеих странах не идентичны. Так, например, ни внутри, ни за пределами Соединенных Штатов не выдвигались обвинения в том, что правительство США систематически использует психиатрию для подавления политического инакомыслия. Поскольку аналогичные условия отсутствуют, цели будущего ответного визита в США еще не сформулированы и подлежат определению.

Основываясь на этих соображениях, советское Министерство иностранных дел и Государственный Департамент США неофициально договорились о том, что

визит американских психиатрических экспертов в СССР состоится в соответствии с выработанными на переговорах, но не подписанными официально условиями. Было также согласовано, что при благоприятных условиях вслед за успешным завершением визита психиатрической делегации США в СССР можно будет ожидать какую-то форму ответного визита.

В течение трех месяцев, прошедших со времени предварительных переговоров между подготовительной группой США и советскими представителями в ноябре 1988 г. до самого визита, который начался в феврале 1989 г., велись обширные дискуссии, направленные на определение подходящей выборки пациентов и выяснение условий, при которых состоится встреча с ними. Важнейшим условием для клинической оценки было обеспечение встречи со всеми отобранными пациентами и избежание сокращения их списка, так как последнее могло бы поставить под сомнение представительность выборки. Вторым важнейшим условием было обеспечение знакомства с полными историями болезни и материалами судебно-психиатрической экспертизы всех госпитализированных и выписанных пациентов. Важно было также получить ключевые отрывки в переводе на английский язык и иметь возможность опросить родственника или друга каждого из пациентов, а также лечащего психиатра. Было также достигнуто соглашение относительно процедурных деталей получения согласия пациента на обследование, включающее в себя опрос членами делегации США, допуск делегации США к истории болезни, видеозапись и звукозапись опроса пациента и получение пробы мочи для токсикологического анализа.

Некоторые из трудностей в удовлетворении всех неофициально

принятых условий визита будут обсуждены в последующем разделе доклада и подробно разобраны в приложении Г. Несмотря на эти проблемы, степень доступа, предоставленная американской группе, дала возможность составить не имеющую прецедента базу данных для достижения исходных целей визита делегации.

Эти результаты будут подытожены с использованием некоторых иллюстративных случаев в качестве основы для обобщений. Помимо этого будут представлены сводки данных, полученных из опроса каждого пациента и его истории болезни. И, наконец, будут обсуждены выводы из полученных данных.

II. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

A. Отбор пациентов

Первоначальный американский список из 48 госпитализированных и выписанных пациентов был составлен на основе перечня, имевшегося у Государственного Департамента США и Американской психиатрической ассоциации, которые рассмотрели списки из многочисленных источников, в том числе от советских правозащитников, Международной ассоциации по вопросу политического использования психиатрии, Хельсинкской комиссии США, Эмнести Интернешнел и Института медицины США/Национальной академии наук. Этот список включал в себя 37 известных Хельсинкской комиссии госпитализированных в то время пациентов. Первоначальный список также включал лиц, освобожденных на протяжении предшествующих двух лет, на которых имелась документация на Западе, указывающая на то, что в этих случаях имели место злоупотребления психиатрией.

В целом, госпитализированные пациенты были менее известны на

Западе, чем выписанные, и документация на них была менее полной, чем на последних. Первоначальный список включал пациентов, предположительно госпитализированных при отсутствии психического расстройства, а также, возможно, действительно психически больных, но подвергаемых видам лечения, вызывающим беспокойство с точки зрения вопроса о соблюдении прав человека.

До прибытия делегации США общее число пациентов сократилось с 48 до 44 по следующим причинам: один эмигрировал в США, другой умер, третий был помещен в тюрьму, а четвертый не мог быть обнаружен из-за недостатка информации, необходимой для его идентификации. Таким образом, на конец декабря 1988 г. в число подлежащих опросу входили 11 выписанных и 33 госпитализированных пациента. В течение последующих семи недель до прибытия делегации еще 15 пациентов были выписаны, оставив лишь 18 из первоначальных 37 пациентов в стенах стационара. Тогда американская группа отобрала 13 выписанных пациентов, что вместе с 18 госпитализированными составило затребованную для обследования группу из 31 пациента.

За время пребывания делегации в СССР не удалось обнаружить местонахождения одного из выписанных пациентов, намеченного для опроса. Помимо этого четыре госпитализированных пациента отказались дать согласие на опрос; все эти отказы были подтверждены - два в личной беседе с членами американской группы, один в телефонном разговоре и один в разговоре, подтвержденном в телеграмме местным представителем власти. (Этот последний пациент был выписан, когда делегация США еще находилась в СССР). Еще один госпитализированный пациент был

выписан во время визита делегации и его местонахождение было неизвестно.

Таким образом, с того времени, как делегация США подала список из 44 подходящих для опроса пациентов (33 госпитализированных и 11 выписанных), до времени ее отбытия из СССР было выписано в общей сложности 17 пациентов, в результате чего осталось лишь 16 госпитализированных пациентов, из которых три отказались подвергнуться опросу, после чего осталось 13. Помимо этого с обоюдного согласия два госпитализированных пациента были добавлены к списку после того, как группа начала свою работу. В результате этого процесса отбора и отсеивания делегация США в конечном счете провела общим счетом беседы с 27 пациентами, в том числе 12 выписанными и 15 госпитализированными.

Демографические данные по этим пациентам приведены в табл. 1. За единственным исключением все они были мужчины в возрасте от 18 до 63 лет. Распределение возрастов в четырех из пяти возрастных групп по 10 лет (25-34, 35-44, 45-54, 55-64) было довольно равномерным. Средний уровень образования был следующий: 26% имели среднее или незаконченное среднее образование, 22% закончили техникум, 33% имели высшее образование и 19% учились в аспирантуре. Две трети группы были холостыми или разведенными, и только треть пациентов на текущий момент состояли в браке. Местонахождение пациентов на момент обследования также указано в табл. 1 с распределением на 12 выписанных и 15 госпитализированных пациентов, из которых три оставались в специальной психиатрической больнице.

Таблица 1: Демографические данные опрошенных пациентов

Все опрошенные (N = 27)	
Пол:	
Мужской	26 (96%)
Женский	1 (4%)
Возраст:	
Средний	44 года
Диапазон	18-63 лет
18-24 лет	1 (4%)
25-34 лет	6 (22%)
35-44 лет	7 (26%)
45-54 лет	6 (22%)
55-64 лет	7 (26%)
Семейное положение	
Неженатый	11 (41%)
Женатый	9 (33%)
Разведенный	7 (26%)
Образование	
Начальное/среднее	7 (26%)
Среднее техническое	6 (22%)
Высшее	9 (33%)
Аспирантура	5 (19%)
Местопребывание	
Специальная психиатрическая б-ца	3 (11%)
Обычная психиатрическая больница	12 (44%)
На свободе	12 (44%)
Общая продолжительность госпитализации	
0-1 года	2 (7%)
2-4 лет	7 (26%)
5-9 лет	7 (26%)
10-14 лет	5 (19%)
15-19 лет	6 (22%)

Б. Методы

Отобранные в конечном счете пациенты дали согласие на собеседование в соответствии с описанными выше условиями американо-советского Меморандума о взаимопонимании (см. приложение Б). Пациенты сами решали, хотят ли они, чтобы при беседе присутствовал советский психиатр, чтобы беседа записывалась на магнитофон и на видеоманитофон, и согласны ли они дать пробу мочи для дальнейшего лабораторного подтверждения их физиологического статуса во время беседы.

В состав делегации США входили три диагностические группы. Каждая из этих групп возглавлялась психиатром-исследователем и включала в себя владеющего русским языком психиатра, обученного проведению опроса, специалиста по судебной психиатрии или психолога и двух профессиональных переводчиков, предоставленных Государственным Департаментом США (приложение А). Опрос проводился на русском языке с синхронным переводом на английский как вопросов, так и ответов для не владеющих русским языком членов делегации.

Методики диагностического обследования включали в себя структурированный клинический вопросник по DSM-III-R в версии для психотических заболеваний (SCID-PD), международный вопросник по расстройствам личности (IPDE), краткое освидетельствование психического состояния, анкету DSM-III-R и структурированный судебный вопросник, составленный для оценки юридической истории пациента. (Более подробное описание методик и вопросников содержится в приложении В). Все эти вопросники были сначала переведены на русский язык по контракту НИИЗ и были подвергнуты тщательному клиническому редактированию американскими

психиатрами, владеющими русским языком. Занятия по обучению использованию этих вопросников были проведены на английском языке с пациентами-добровольцами в исследовательском центре НИПЗ в больнице Сент-Элизабет в Вашингтоне, а затем в течение двух дней на русском языке с русскоязычными амбулаторными пациентами-добровольцами в одной из вашингтонских гостиниц. После этих занятий группы клинического обследования тщательно отредактировали и выправили вопросники.

В. Ограничивающие факторы

На пациентов, которых предстояло опросить американской делегации, были предоставлены истории болезни, хотя в этом отношении было немало ограничивающих факторов и проблем. Согласно достигнутому ранее соглашению, истории болезни надлежало предоставить за две недели до опроса пациентов. В действительности же они большей частью были предоставлены лишь за три-четыре дня. Кроме того значительные части историй болезни иногда были пропущены, например, акты судебно-психиатрических экспертиз, проведенных в Институте общей и судебной психиатрии им. Сербского. В некоторых случаях соответствующие опущенные документы были обнаружены и позднее предоставлены советской стороной, хотя и несвоевременно.

Поскольку делегация не получила (вопреки первоначальной договоренности, достигнутой в ноябре 1988 г.) ключевые выдержки из историй болезни в английском переводе (например, выписные эпикризы, перечни медицинских назначений и первые и последние акты психиатрической экспертизы), а также ввиду отмеченных выше задержек с предоставлением

доступа к историям болезни пациентов, американским психиатрам, владеющим русским языком, приходилось исключительно напряженно работать над обзором и кратким изложением необходимой информации перед намеченными опросами пациентов. Кроме того поскольку сравнительно короткие резюме каждого случая по-английски (предоставленные для большинства, но не для всех пациентов), были недостаточно информативны, американским клиническим группам приходилось во многом полагаться на обзоры историй болезни, подготовленные психиатрами, владеющими русским языком.

В противоположность вышеупомянутым проблемам, достойно упоминания, что когда затруднения с получением копий семи историй болезни грозили чрезмерным замедлением всего процесса, они, по настоятельной просьбе, были доставлены через два дня, а также был предоставлен беспрепятственный доступ к оригиналам этих историй болезни.

Несмотря на предварительно достигнутую договоренность, лишь в четырех случаях членам американской группы была предоставлена возможность встретиться с психиатрами, ответственными за лечение опрашиваемых пациентов. Так, в Ленинградской СЛБ делегации был представлен психиатр, лечивший трех из пяти обследованных пациентов. В результате отсутствия советских психиатров, непосредственно отвечавших за лечение пациентов в больнице, где они содержались, обсуждение выбора лечения и клинической реакции было весьма затруднено и в большинстве случаев могло проводиться лишь на теоретической основе. Когда клиническое обследование, проведенное делегацией, не подтверждало советской клинической истории, советские психиатры, подчас не лучше знакомые с

отдельными пациентами, чем американская группа, могли лишь выдвигать догадки по поводу такого расхождения.

Ограниченным был доступ к друзьям и родным пациентов, чье присутствие должно было по первоначальному замыслу способствовать оценке их клинического статуса и течения болезни, а также прояснить социально-юридические аспекты их содержания. Лишь 14 пациентов сопровождалась родственниками и друзьями. Из них только пять родственников и друзей сообщили, что их разыскали и пригласили представители советских властей. Остальные девять для обеспечения их участия в обследовании были найдены посредством телефонных звонков или неофициальных контактов; зачастую транспорт и жилье в Москве предоставлялись им местными правозащитниками. Несколько пациентов сообщили, что к ним никто не обращался с просьбой представить родственника или друга и что советская сторона не предлагала им помощь в обеспечении необходимым транспортом и жильем. Исключением опять-таки была Ленинградская СПБ, представившая родственников четырех из пяти пациентов. (Более подробное описание ограничивающих факторов можно найти в приложении Г).

Г. Заключение по вопросам диагностики: сравнение между США и СССР

1. Диагноз шизофрении

Согласно пересмотренному третьему изданию "Диагностического и статистического руководства" Американской психиатрической ассоциации, 1988 г. (1: DSM-III-R), диагноз шизофрении подразумевает наличие продолжительного тяжелого психического заболевания, в число характерных симптомов которого входят

бредовые идеи, галлюцинации и затруднения в функционировании при отсутствии выраженного аффективного расстройства. Лечение пациентов этой диагностической категории обычно подразумевает необходимость известного периода госпитализации (возможно принудительной) в наиболее тяжелых стадиях болезни, а также лечение нейролептическими (антипсихотическими) препаратами и вспомогательные формы психосоциальной помощи. С угасанием психотических симптомов большинство лиц с шизофренией успешно продолжает амбулаторное лечение. В США средняя продолжительность пребывания в стационаре составляет от 10 дней (нефедеральные многопрофильные больницы) до 42 дней в психиатрических больницах штатов и графств (19: National Institute of Mental Health, 1985).

Другие формы психических расстройств в DSM-III-R, которые могут рассматриваться в качестве шизофреноподобных, включают в себя шизотипные и шизоидные расстройства личности¹. Пациенты с этими заболеваниями редко нуждаются в принудительной госпитализации с применением нейролептических препаратов. Пограничное расстройство личности, обычно не относимое к спектру шизофрении, представляет собой заболевание с эмоциональной неустойчивостью и значительным потенциалом беспокойного поведения. В Соединенных Штатах эти пациенты представляют собой трудную и часто не поддающуюся лечению категорию, чья клиническая история нередко включает госпитализацию (иногда принудительную) и многократное фармакологическое вмешательство.

¹Психопатии в советской психиатрической терминологии.

Расстройства настроения, включая депрессию и биполярные состояния (маниакально-депрессивный психоз, МДП), как при наличии, так и при отсутствии психотических признаков, не считаются по DSM-III-R принадлежащими к шизофрении и их лечение гораздо чаще осуществляется антидепрессантами или литием, чем нейролептическими препаратами. МДП включает в качестве существенной характеристики один или множественные маниакальные эпизоды, обычно ассоциированные с одним или множественными эпизодами глубокой депрессии.

Поскольку подробные описания советской концепции шизофрении в западной научной литературе редки, советская диагностическая работа известна по большей части из статьи Холланда и Шахматовой-Павловой (13: 1977). Приводимое ниже краткое изложение взято преимущественно из этой статьи, равно как и цитируемые статистические данные. (Доклад, представленный советским психиатром во время визита делегации и описывающий советские подтипы шизофрении, и соответствующий доклад американского психиатра уже были опубликованы в *Schizophrenia Bulletin*, т. 15, No 4, и послужат весьма нужным шагом ко взаимному пониманию диагностической практики).

Советский диагноз шизофрении включает три типа заболевания: непрерывнотекущая, приступообразно-прогредиентная (шубообразная) и периодическая шизофрения, а также несколько форм внутри типов, например, злокачественная и более умеренные. Формы непрерывнотекущего типа, представляющего приблизительно 25-35% больных шизофренией в СССР, весьма интересны для сравнения американской и советской концепций. В целом существует значительное перекрытие между диагнозом шизофрении по DSM-III-R и злокачественной и

умеренной формами непрерывнотекущей шизофрении по советской номенклатуре. Злокачественная форма непрерывнотекущей шизофрении включает западные категории простой, гебефренической и хронической недифференцированной шизофрении.

Умеренная форма непрерывнотекущей шизофрении перекрывается с параноидной шизофренией. Хроническая параноидная шизофрения имеет в советской классификации три варианта: 1) "паранойяльная" с медленным развитием бредовых идей без галлюцинаций; 2) галлюцинаторно-параноидная с добавлением галлюцинаций; 3) парафрения, включающая, помимо галлюцинаций, параноидный бред и бред величия.

Третья форма непрерывнотекущей шизофрении, вялотекущая, представляет собой диагноз, при котором психотические характеристики, необходимые для соответствия критериям шизофрении по DSM-III-R, не обязательны. Этот диагноз имеет близкое сходство с концепцией нарушения личности по DSM-III-R и может включать в себя следующие симптомокомплексы: навязчивые, истерические, пограничные, психопатические или параноидные. Особенно важны включенные в этот диагноз симптомы "бредовых идей реформаторства", "сверхценных идей" и идей, которые советские власти не считают "общественно полезными".

Приступообразно-прогредиентная (или шубообразная) шизофрения является переходным диагнозом между непрерывнотекущей и периодической формами; при ней вполне возможны ремиссии, но без возвращения к уровням функционирования, существовавшим до начала заболевания. Эта форма лучше всего соответствует шизофреническому заболеванию по DSM-III-R или некоторым формам шизофрении с промежуточными исходами. 40% советских пациентов с шизофренией

подпадают под категорию приступообразно-прогредиентной шизофрении, из чего следует, что она наверняка включает далеко не только тех, кто был бы диагностирован как страдающий шизофрениформным заболеванием в США, где этот диагноз ставится гораздо реже.

Последний подтип шизофрении, периодическая, представляет примерно 30-35% советских пациентов с диагнозом шизофрении. Эта форма шизофрении характеризуется, как правило, началом с аффективными (эмоциональными) симптомами и, во время ремиссии, возвращением к уровню функционирования, существовавшему до начала заболевания. Периодическая шизофрения, таким образом, наиболее близко соответствует аффективным расстройствам с психотической, не связанной с аффектом симптоматологией, кратким реактивным психозам, шизоаффективному заболеванию и некоторым формам маниакально-депрессивного психоза.

2. Диагноз расстройства личности (психопатии)

Психопатия - советская диагностическая категория, родственная концепции расстройства личности в Международной классификации заболеваний (ICD-10) и диагностической системе США (DSM-III-R). В ICD-10 и DSM-III-R эти диагнозы отличны от шизофрении и от аффективных заболеваний с психотическими симптомами тем, что при них обычно отсутствуют галлюцинации и полностью сформировавшийся бред. Эти заболевания включают формы поведения, черты характера и отношение к себе и окружающим, которые длятся относительно долго и приводят к значительным трудностям в общественном и профессиональном

функционировании или к субъективным затруднениям.

В советской системе диагноз некоторых форм психопатии подразумевает, судя по всему, оттенок антисоциальности, отсутствующий в концепции расстройств личности по DSM-III-R или ICD-10. Делегация столкнулась с несколькими формами, в том числе параноидной, истерической и уникальной формой изменения личности, которую советские психиатры считают последствием имевшей место ранее шизофрении. Важным критерием, использованным во время визита делегации одним видным советским психиатром для определения этого расстройства, является неуравновешенная страсть к преследованию единственной цели в жизни ("единонаправленная деятельность"), такой, например, как "борьба за свободу" посредством писания недозволенных политических книг. Другие симптомы психопатии (например, стабильные навязчивые состояния, астенические или циклотимические черты) не носят антисоциального характера.

Д. Результаты клинической оценки

Здесь будут рассмотрены диагнозы, полученные из трех источников: историй болезни, советских и американских психиатрических обследований, проведенных во время визита. Сравнение этих диагнозов отражено в табл. 2 (номера индивидуальных случаев относятся как к табл. 2, так и к табл. 6).

1. Советские диагнозы

Обзор всех 27 случаев продемонстрировал высокую частоту диагнозов шизофрении, поставленных советскими лечащими психиатрами (табл. 3). Из 27 пациентов 24 были первоначально госпитализированы с

Таблица 2: Советские/Американские диагнозы

Случай №	Диагноз по советской истории болезни	Диагноз советского врача в настоящее время	Американский диагноз
Госпитализированные Пациенты			
1	Параноидная шизофрения	Не поставлен	Параноидное расстройство личности
2	Шизофрения	Параноидная шизофрения	Параноидная шизофрения
5	Экспертиза, психическое расстройство отсутствует	Психическое расстройство отсутствует	Отсутствует
7	Параноидная шизофрения	Хроническая параноидная шизофрения	Шизофрения — гипотирозидизм
8	Шизофрения	Бредовое заболевание	Бредовое (параноидное) заболевание
9	Параноидная шизофрения	Параноидная шизофрения	Бредовое (параноидное) заболевание
10	Шизофрения; пар. психопатия	Шизофрения	Бредовое (параноидное) заболевание
11	Параноидная шиз.; психопатия	Параноидная психопатия; в госпитализации не нуждается	Отсутствует
14	Параноидная шизофрения	Параноидная шизофрения	Параноидная шизофрения
15	Параноидная шизофрения	Бредовое (параноидное) заболевание	Бредовое (параноидное) заболевание
16	Параноидная психопатия	Психопатическая личность	Отсутствует
18	Параноидная шизофрения	Непрерывно-прогредиентная шизофрения/ухудшение	Маниакально-депрессивный психоз
22	Параноидная шизофрения	Параноидная шизофрения	Параноидная шизофрения
24	Шизофрения с волевым дефектом	Шизофрения в состоянии ремиссии	Отсутствует
26	Параноидная шизофрения	Шизофрения в состоянии ремиссии: предназначен к выписке	Отсутствует
Выписанные пациенты			
3	Пар. шизофрения; Приступообразная шиз.; психопатия	Постшизофреническая психопатия	Отсутствует
4	Психоп.; Вялотекущая шизофрения.	Параноидная психопатия	Отсутствует
6	Шизофрения	Хроническая гипомания с бредовыми идеями отношения враждебного характера	Гипомания — Биполярное заболевание II
12	Шизофрения	Психическое заболевание не обнаружено — возможность преувеличения симптомов	Отсутствует
13	Параноидная шизофрения	Пар. шизофрения в состоянии ремиссии — эмоциональный дефект воли	Нарушение познавательной функции в легкой форме
17	Параноидная психопатия	Политические взгляды более не считаются опасными	Отсутствует

Таблица 2: Советские/Американские диагнозы (продолжение)

Случай №	Диагноз по советской истории болезни	Диагноз советского врача в настоящее время	Американский диагноз
19	Параноидная шиз.; Истер.психопатия	Истероидная психопатия — симптомы симулировались пациентом	Отсутствует
20	Параноидная шизофрения	Опрос не производился	Отсутствует
21	Вялотекущая шизофрения; алкоголизм	Вялотекущая шизофрения	Пограничное нарушение личности
23	Шизофрения	Постшизофреническая психопатия	Отсутствует
25	Вялотекущая и параноидная шизофрения	Параноидные сутяжнические тенденции	Отсутствует
27	Параноидная шизофрения	Хроническая гипомания; в прошлом шизофрения	Отсутствует

одним или более диагнозами шизофрении в историях болезни, включая параноидную (15), не определенную конкретно (7), вялотекущую (3) и приступообразно-прогредиентную (1). Вторым самым распространенным диагнозом в историях болезни была психопатия. Семь из 27 пациентов имели диагноз психопатии, причем у двоих в истории болезни был еще и диагноз шизофрении. Формы психопатии включали параноидную (3), истерическую (1) и не определенную конкретно (3).

Лишь у одного из пациентов не было в истории болезни прошлого психиатрического диагноза. В период визита он находился на судебно-психиатрической экспертизе с целью определения его вменяемости в связи с предъявленным ему обвинением в уклонении от призыва на военную службу. Этот нетипичный пациент (№. 5), которого американская делегация нашла психически здоровым, больше рассматриваться не будет; дальнейшее обсуждение сосредоточится на остальных 14 госпитализированных и 12 выписанных пациентах.

Оказалось возможным оценить изменения диагнозов, поставленных в

историях болезни, с течением времени, а также, что самое важное, пронаблюдать за советскими психиатрами, которые также рассматривали истории болезни и имели возможность опрашивать пациентов. Нынешние диагнозы советских психиатров имели особое значение, так как они ставились одновременно с американскими диагнозами в ходе текущего визита. Это также дало американской группе возможность непосредственно пронаблюдать за формулированием советскими психиатрами психопатологических характеристик в каждом из случаев. Такие сравнения имели наибольший вес в случае присутствия лечащих психиатров - условие, выполненное, к сожалению, лишь в четырех случаях (№. 7, 14, 18 и 19).

а. Госпитализированные пациенты

Обращает на себя внимание, что советские психиатры заметно расходились с историями болезни в текущей оценке ряда пациентов, которым ранее был поставлен диагноз активной шизофрении. Из общего числа (24 пациента) с диагнозом шизофрении

Таблица 3: Диагностическое резюме: Опрошенные пациенты

Общее число (n = 27)	Диагноз по советской истории болезни ¹	Текущий советский диагноз	Текущий американский диагноз
ШИЗОФРЕНИЯ: ВСЕГО	24²	8	4
Параноидная	15	5	3
Недифференцированная	7	1	1
Непрерывно-прогредиентная	0	1	0
Приступообразная	1	0	0
Вялотекущая	3	1	0
Бредовое заболевание (паранойя)	0	2	4
МДП	0	0	1
Гипомания (Биполярное заболевание II)	0	2	1
Психопатия (расстройство личности) ВСЕГО:	7	6	2
Параноидная	3	2	1
Истероидная	1	1	0
Постшизофреническая	0	2	0
Недифференцированная	3	1	0
Пограничная	0	0	1
Параноидные сутяжнические тенденции	0	1	0
Алкогольная зависимость (алкоголизм)	1	0	0
Нарушение познавательной функции в легкой форме	0	0	1
Шизофрения в состоянии ремиссии	0	3	0
Психическое заболевание в настоящее время отсутствует	1	3	14
Опрос не произведен/Диагноз не ставился	0	2	0

¹ Более одного диагноза у нескольких пациентов.

² В двух случаях шизофрения диагностирована дважды.

в истории болезни лишь 10 случаев активной шизофрении или психотического бредового заболевания были подтверждены советскими психиатрами при настоящем обследовании. Девять из этих пациентов оставались в то время госпитализированными (см. табл. 4).

Из пяти остальных госпитализированных пациентов, советские клиницисты диагностировали у двух, в чьих историях болезни значилась шизофрения, шизофрению в стадии ремиссии (No. 24, 26); советские специалисты ожидали в скором времени выписки обоих этих

Таблица 4: Диагностическое резюме: Опрошенные пациенты

Только госпитализированные пациенты (N = 15)	Диагноз по советской истории болезни ¹	Текущий советский диагноз	Текущий американский диагноз
Шизофрения: ВСЕГО	13	7	4
Параноидная	9	5	3
Недифференцированная	4	1	1
Непрерывно-прогредиентная	0	1	0
Бредовое заболевание (паранойя)	0	2	4
МДП	0	0	1
Психопатия (расстройство личности): ВСЕГО:	3	2	1
Параноидная	2	1	1
Недифференцированная	1	1	0
Шизофрения в состоянии ремиссии	0	2	0
Психическое заболевание в настоящее время отсутствует	1	1	5
Опрос не произведен/Диагноз не ставился	0	1	0

¹ Более одного диагноза у нескольких пациентов.

пациентов. У двух госпитализированных пациентов была диагностирована психопатия (No. 11, 16). Последний из госпитализированных пациентов (No. 1), не опрошенный советскими психиатрами, был необычен тем, что на протяжении трех лет отказывался от выписки, несмотря на готовность его лечащих врачей выписать его. Он хотел, чтобы психиатрический диагноз в его истории болезни был снят, чтобы его сняли с учета в психдиспансере, и он мог бы восстановить свою репутацию и найти работу.

Два пациента, которым советские психиатры поставили в результате опроса диагноз психопатии, представляли особый интерес для американской делегации, поскольку они не просто ожидали выписки, а их

будущее было в какой-то степени под сомнением. Один пациент (No. 11) был первоначально арестован по обвинению в "хулиганстве" за порчу собственности лечивших его психиатров, которую он совершил после восьмидневной психиатрической госпитализации, считая ее преследованием за его политическую правозащитную деятельность. Затем его диагностировали как шизофреника и содержали в больнице два года, истекшие в июле 1988 г. В декабре 1988 г. он играл активную роль в Украинской Хельсинкской группе и принимал участие в митинге в защиту прав человека, в кампании против атомных электростанций и в кампании в поддержку преподавания украинского языка в школах. У властей была возможность лишить его свободы по

закону о неотложной госпитализации, поскольку он все еще состоял на учете в психдиспансере с диагнозом шизофрении, несмотря на то, что в записях советских психиатров указывалось, что он был в ясном сознании и нормален в общении, у него не было формальных расстройств мышления, бредовых идей или галлюцинаций. Фактически, в советской истории болезни по этому делу с 23 декабря 1988 г. по 24 января 1989 г. нет никаких упоминаний о психотических симптомах. Идеи преследования были впервые отмечены лишь за два дня до заседания психиатрической комиссии. Американская группа не обнаружила никаких признаков серьезного психического заболевания и не могла найти оснований для принудительной психиатрической госпитализации. Советские психиатры, проводившие опрос, также не сумели подтвердить наличие в прошлом или настоящем каких-либо психотических симптомов и изменили диагноз на параноидную психопатию.

Пациент №. 16 оставался в специальной психиатрической больнице с диагнозом психопатии в связи со статьей 70. Никаких медицинских оснований для непрерывной девятилетней госпитализации, большей частью в СПб, не было. В советской истории болезни описан краткий реактивный (истерический) психоз в 1980 г. во время судебно-психиатрического освидетельствования. Однако пациент утверждает, что эти симптомы были симулированы в порядке насмешки над освидетельствованием, рассматриваемым им как фальсификация. С тех пор не было описано никаких психотических симптомов в оправдание дальнейшей принудительной госпитализации и принудительного лечения. Лечение его в 1986 г. сульфозином (препаратом сомнительной

терапевтической ценности с исключительно неприятным действием, подробнее обсуждаемым далее), особенно в отсутствие упоминания психотических симптомов в истории болезни, можно расценивать лишь как карательное по своей природе. Советские психиатры, проводившие осмотр, считали, что пациент страдает лишь психопатией со сверхценными идеями, истерическим поведением и постоянной ложью. Психиатры, лечившие его в Ленинграде, куда его незадолго до этого перевели, подчеркивали тот факт, что лицо, помещенное в больницу по уголовным обвинениям, в том числе за нарушение статей 70 и 190-1, может быть освобождено лишь судом. Хотя они не видели никаких медицинских оснований для госпитализации, в качестве законопослушных врачей они должны были держать пациента под своей опекой пока суд отказывался разрешить выписку госпитализированного по уголовному делу или перевод в ПБ общего типа.

Последний госпитализированный пациент требовал особого диагностического подхода, не такого как в случае других, поскольку он, похоже, представлял потенциальную неполитическую угрозу насилия. У этого пациента (№. 15) была длительная история антисоциального поведения (включая судимости за подлог, медицинское шарлатанство, нападение на жену и террористические акты с использованием взрывчатых веществ). Его первоначальный советский психиатрический диагноз был "сутяжное и параноидное развитие психопатической личности". Впоследствии он был изменен в истории болезни на шизофрению, когда были описаны бред отношения, величия и разорванность мышления. Советский психиатр, проводивший осмотр, считал что его диагноз - истинная паранойя; диагноз американской группы был

бредовый психоз параноидного типа. Однако его поведение могло быть обусловлено маниакально-депрессивным психозом в сочетании (или без такового) с диссоциальным расстройством личности. Было немало признаков повышенной энергии, разговорчивости, величия, раздражительности и трудностей в отношениях с людьми. Пациент, однако, отрицал наличие в настоящее время или в прошлом явных маниакальных симптомов. По мнению осматривавших его американских психиатров, попытка лечения литием могла бы оказаться исключительно полезной для этого пациента. Однако американские клиницисты не были уверены, подлежит ли он заключению в тюрьму или принудительной госпитализации. Его последняя госпитализация была результатом ареста за серию взрывов, в результате которых по крайней мере один человек был убит.

б. Выписанные пациенты

Выписанные пациенты будут обсуждаться отдельно, потому что их выписка отражает решение суда или психиатров о том, что они более не нуждались в госпитализации, будь то по юридическим или по клиническим причинам. В качестве таковых, эти пациенты, все выписанные на протяжении двух лет, предшествовавших визиту делегации, иллюстрируют недавние перемены в клинической и судебной практике советской психиатрии. В число 12 выписанных пациентов входили 11, имевших в истории болезни по крайней мере один диагноз шизофрении, некоторые из которых имели к тому же диагнозы психопатии, и один больной, в чьей истории болезни был единственный диагноз параноидной психопатии. Таким образом, частое употребление советскими психиатрами диагноза

шизофрении в оправдание госпитализации не отличалось у выписанных от продолжавших находиться в стационаре (см. табл. 5).

Для выписанных пациентов диагнозы, поставленные советскими психиатрами в результате данного обследования, разительно отличались от поставленных в историях болезни. Заметно сократилось число диагнозов шизофрении - советские психиатры нашли лишь один активный случай вялотекущей шизофрении (№ 21) и один случай шизофрении в стадии ремиссии (№ 13). Два пациента были диагностированы как страдающие хронической гипоманией (№ 6, 27), и четверым был поставлен диагноз психопатии. Особый интерес представляли два случая (№ 3, 23), в которых были поставлены диагнозы постшизофренической психопатии, несмотря на отсутствие записей в историях болезни о каких-либо психотических симптомах. Твердость, с какой отстаивались эти диагнозы, несмотря на многократные просьбы американских психиатров привести конкретные диагностические критерии, достойна внимания. Другой пациент (№ 4), с первоначальным диагнозом вялотекущей шизофрении в истории болезни, был диагностирован советскими психиатрами в результате опроса как страдающий параноидной психопатией. В силу весьма изменчивого подхода к диагностированию шизофрении, проиллюстрированного выше, было трудно определить, почему некоторым пациентам с первоначальным диагнозом шизофрении был позднее поставлен диагноз ремиссии, тогда как у других диагноз был изменен на ту или иную форму психопатии.

Среди выписанных пациентов были два (№ 12, 19), добровольно сообщивших, что они симулировали психиатрические симптомы после их ареста, чтобы

Таблица 5: Диагностическое резюме

Только выписанные пациенты (n = 12)	Диагноз по советской истории болезни ¹	Текущий советский диагноз	Текущий американский диагноз
Шизофрения: ВСЕГО	11 ²	1	0
Параноидная	6	0	0
Недифференцированная	3	0	0
Приступообразная	1	0	0
Вялотекущая	3	1	0
Гипомания (Биполярное заболевание II)	0	2	1
Психопатия (расстройство личности) ВСЕГО:	4	4	1
Параноидная	1	1	0
Истероидная	1	1	0
Постшизофреническая	0	2	0
Недифференцированная	2	0	0
Пограничная	0	0	1
Параноидные сутяжнические тенденции	0	1	0
Алкогольная зависимость (алкоголизм)	1	0	0
Нарушение познавательной функции в легкой форме	0	0	1
Шизофрения в состоянии ремиссии	0	1	0
Психическое заболевание в настоящее время отсутствует	0	2	9
Опрос не произведен/Диагноз не ставился	0	1	0

¹ Более одного диагноза у нескольких пациентов.

² В двух случаях шизофрения диагностирована дважды.

избежать приговора по статьям 70 и 190-1 : по статье 70 - обычно до семи лет лишения свободы и до пяти лет ссылки, а по статье 190-1 до трех лет лишения свободы. У одного из этих пациентов советские психиатры в результате опроса диагностировали отсутствие психического заболевания, а у другого - истерическую психопатию. Одного из выписанных пациентов (No. 17) опрашивавший советский психиатр с необычной

откровенностью квалифицировал как лицо, чьи политические взгляды более не считаются опасными, и потому не имеющее психиатрического диагноза. Еще одного выписанного пациента (No. 25) советские психиатры при настоящем обследовании квалифицировали как лицо, характеризующееся параноидными сутяжными тенденциями, но без диагноза психического заболевания. Советские психиатры отказались от предложения опросить другого недавно

выписанного пациента (No. 20), которого было трудно найти и который появился к концу визита американской делегации и попросил обследовать его.

2. Американские диагнозы

а. Госпитализированные пациенты

Достоин внимания, что у всех девяти госпитализированных пациентов, которым советские психиатры при настоящем обследовании поставили диагноз активной шизофрении или психотического бредового заболевания, психотическое состояние было подтверждено американскими психиатрами (см. табл. 2); у четырех из них была диагностирована шизофрения (No. 2, 7, 14, 22), у четырех - параноидное бредовое заболевание (No. 8, 9, 10, 15), и у одного - МДП в острой маниакальной фазе (No. 18). Из этих девяти пациентов два оставались в специальной психиатрической больнице (СПБ) в Ленинграде, а семь - в психиатрических больницах общего типа (ОПБ). Некоторые были незадолго до этого, в течение трех месяцев между визитом предварительной американской группы в ноябре 1988 г. и описанным здесь осмотром, переведены из СПБ в ОПБ.

Эти девять случаев иллюстрируют, что текущие расхождения между американскими и советскими психиатрами относительно природы конкретного заболевания были сравнительно незначительными. Все эти случаи соответствовали относительно строгим диагностическим критериям DSM-III-R и проекта ICD-10 в плане наличия вычурного психотического бреда, не имеющего основания в реальности. Однако в одном из случаев американский диагноз маниакально-депрессивного психоза требует иного курса лечения, чем

диагноз шизофрении, поставленный тому же пациенту советскими врачами.

В этой группе из девяти человек был один случай (No. 2) параноидной шизофрении с фиксированным бредом, который, судя по всему, не поддавался существующим методам лечения. Бредовые идеи у этого больного состояли в убеждении, что он обладает особыми генетическими качествами, позволяющими ему содействовать прогрессу медицинских исследований путем испытания на себе различных лекарств. Этот пациент считал, что два половых контакта, которые он имел в своей жизни, изменили его гены, которые стали после этого как-то по-особому "открытыми" и более чувствительно реагирующими на лекарства. За исключением этой бредовой системы пациент мог обсуждать все другие аспекты своей жизни с критическим отношением и юмором. (Он шутил, что пациентам следует осторожно выбирать партнера по койке, одной на двух пациентов, - нужно быть уверенным, что этот партнер ночью не сходит в койку под себя). Несмотря на вышеупомянутый бред, пациент, судя по всему, не представлял угрозы ни для общества, ни для себя, которая требовала бы 19 лет госпитализации в СПБ; он мог бы проходить лечение в менее стесняющей обстановке ОПБ ближе к своим родственникам или амбулаторно под соответствующим наблюдением. Бредовые идеи в этом случае представляли собой заметный контраст советской концепции "бреда реформаторства", который психиатры большинства стран сочли бы не выходящим за рамки обычных человеческих устремлений.

Помимо общего уровня согласия между проводившими обследование советскими и американскими психиатрами по диагнозам этих девяти госпитализированных пациентов с психотическими заболеваниями,

американский диагноз параноидного расстройства личности в случае No. 1 частично соответствовал очевидному диагнозу советских психиатров, как явствует из их предложения выписать его, не назначив никакого медикаментозного лечения. (В истории болезни этого пациента был диагноз параноидной шизофрении, но он не был опрошен советским психиатром во время настоящего визита). У четырех госпитализированных пациентов, которым при настоящем обследовании был поставлен советский диагноз психопатической личности (No. 11, 16) или шизофрении в стадии ремиссии (No. 24, 26), американские психиатры не смогли обнаружить признаков психического заболевания.

Наряду с оценкой уже упомянутых девяти пациентов с активными психическими заболеваниями, американские и советские психиатры сошлись на том, что для большинства опрошенных пациентов первоначальный советский диагноз шизофрении, проставленный в истории болезни, должен быть, на основе клинического течения, поставлен под серьезное сомнение. Отсутствие ухудшения и психотических симптомов после многих лет (к тому же при отсутствии текущего медикаментозного лечения) вынудило опрашивающих психиатров, как советских, так и американских, поставить под сомнение диагнозы историй болезни. Конкретный пример представляет собой течение заболевания госпитализированного в период визита пациента (No. 26), имевшего первоначальный диагноз параноидной шизофрении и непрерывную четырехлетнюю историю заболевания, описанную в его истории болезни. После отбора этого пациента американской делегацией в декабре 1988 г. все психотропные (нейролептические) лекарства были в январе 1989 г. отменены и планировалась выписка, так как

пациент более не считался опасным и у него было отмечено значительное улучшение. Его прежние симптомы включали в себя "философствование" (он имел ученую степень по философии) и "повышенное чувство собственного достоинства" (или собственной значимости). Ранее он критиковал Сталина и считал, что взгляды, за которые с ним обходились как с преступником, стали вполне приемлемыми в условиях "гласности".

6. Выписанные пациенты

Американские и советские психиатры были согласны в диагностике одного из выписанных пациентов с хронической гипоманией и двух других, признанных обеими группами не страдающими психическим заболеванием. В отношении остальных случаев было отмечено частичное согласие по поводу пациента No. 27, демонстрировавшего стойкое гипоманиакальное поведение без эпизодичности в течении и без истории депрессивных эпизодов. Признавая существование этих же симптомов, члены американской группы, тем не менее, считали, что для диагноза гипомании не было достаточных оснований. Эти симптомы никоим образом не были дисфункциональными с точки зрения целей пациента, состоявших в организации в СССР новой политической партии, и не отвечали диагностическим критериям. Другой пациент (No. 21) отвечал советским критериям вялотекущей шизофрении и американским критериям пограничного расстройства личности, что, как это следует из предшествующего обсуждения американских и советских диагностических концепций, могло бы рассматриваться как совпадение. У одного из пациентов (No. 13) советская и американская группы обнаружили аналогичные симптомы, но последняя квалифицировала их лишь как

мягкие органические познавательные расстройства при отсутствии диагноза психического заболевания. У двух пациентов, диагностированных советскими психиатрами как страдающие постшизофренической психопатией, по американской оценке не было никакой настоящей или прошлой психопатологии (табл. 4 и 5).

Другой выписанный пациент (№. 4) имел в истории болезни диагнозы психопатии и вялотекущей шизофрении, основанные на таких симптомах как бред реформаторства, эмоциональная уплощенность, снижение критического отношения к своему состоянию и параноидные идеи. Эти симптомы были отмечены после того, как пациент был арестован по статье уголовного кодекса 190-1 за правозащитную деятельность, включавшую в себя написание материалов диссидентского характера. Вслед за его выпиской в 1988 г. после 6 лет госпитализации американская группа не обнаружила никаких признаков параноидного мышления. Советский психиатр, проводивший опрос, сохранил диагноз психопатии, но снял диагноз шизофрении.

Из четырех выписанных пациентов с первоначальными диагнозами психопатии трем советские психиатры поставили при настоящем обследовании этот же диагноз, хотя один пациент был диагностирован ими как "не имеющий клинического расстройства теперь, когда Советский Союз изменился". Американские психиатры подтвердили это последнее заключение и нашли, что ни один из остальных трех не соответствует нынешним диагностическим критериям нарушения личности по DSM-III-R или ICD-10.

Таким образом, у девяти из выписанных пациентов американская группа не нашла никакого психического заболевания, а у остальных трех в истории заболевания отмечались лишь мягкие симптомы, которые не могли бы

быть использованы для доказательства их невменяемости (или невиновности по причине психического заболевания) в США.

3. Результаты анализа мочи

Анализ полученных проб мочи, проведенный подрядчиком НИИЗ, подтвердил присутствие указанных советскими психиатрами лекарственных препаратов, за исключением фенобарбитала, небольшие дозы которого были назначены двум выписанным пациентам (препарат использовался одним из пациентов от судорожных припадков, а другим в качестве желудочно-кишечного средства). Особенное внимание в плане оценки текущего медикаментозного лечения и токсикологического анализа было уделено госпитализированным пациентам. Один из них (№. 7) получил настолько высокие дозы нейролептических и антихолинергических препаратов, что не мог собрать достаточного количества мочи для анализа. Никаких несообщенных лекарств в пробах найдено не было.

4. Проблемы лечения

Несмотря на преобладание диагнозов шизофрении в историях болезни почти всех пациентов, описания клинических симптомов, зарегистрированных при поступлении, были самыми различными. Почти все пациенты получали нейролептические препараты (один или более) - некоторые в необычайно высоких дозах, перорально или в инъекциях. Относительно девяти пациентов с активными психотическими симптомами на Западе не возникло бы сомнений относительно целесообразности применения этих препаратов для их лечения. Однако использование таких препаратов для

лечения пациентов от "брёда реформаторства" после их ареста по статьям 70 и 190-1 представляется явным извращением терапевтического подхода в психиатрии, существующего во всем мире.

Как в историях болезни, так и при клиническом обследовании были явно отмечены физиологические и психологические побочные эффекты нейролептических препаратов, в том числе сильные мышечные спазмы и психическая заторможенность. Сомнения в терапевтических намерениях лечащих врачей были в особенности вызваны у американской делегации документированным повышением дозы препарата за предполагаемые проступки, а не в связи с психотическими симптомами. У нескольких пациентов, не имевших психотических симптомов, но получавших нейролептические препараты, эти лекарства оказывали катастрофическое влияние на их настроение, уверенность в себе и, временно, на интеллектуальные функции.

Аналогичный интерес представляло прекращение лечения некоторых пациентов нейролептиками, несмотря на сохранение в историях болезни диагнозов шизофрении, подтверждаемых каждые полгода психиатрической комиссией. Эти пациенты продолжали содержаться в психиатрических больницах в связи с исходно вмененными им преступлениями, многие из которых составляли нарушение статей 70 и 190-1 (политические преступления). Когда на протяжении последних двух лет многие из этих нарушений уже не представлялись подсудными, значительное число этих пациентов было выписано без назначения им медикаментозного лечения. Однако диагнозы шизофрении в их историях болезни обычно сохранялись, и они оставались на учете в психдиспансерах.

Как документировано и в опросах пациентов, и в их историях болезни, один из препаратов, сульфозин, применялся за период их госпитализации у 10 из 27 пациентов. Медицинские показания к использованию сульфозина, представленные советскими психиатрами американской делегации, включали в себя повышения уровня обмена веществ, лечение алкоголизма и усиление эффективности нейролептических препаратов при шизофрении, плохо поддающейся лечению. Однако не было приведено никаких данных предклинических исследований или клинических испытаний на людях в пользу продолжающегося применения этого весьма неприятного на практике лечения, разработанного много лет назад в качестве формы пиротерапии, аналогичной лечению малярийной лихорадкой сифилиса центральной нервной системы. Некоторые пациенты неделями подвергались лечению сульфозином, результатом чего была высокая температура, сильные боли, неподвижность и, временами, септические изъязвления в месте инъекции. Пациенты также сообщали, что в качестве причины, объяснявшей применение этого лечения, персонал часто приводил какие-либо нарушения ими больничных правил; некоторым пациентам, не имевшим острых психотических симптомов, назначение сульфозина представлялось персоналом как предварительное лечение.

Для большинства опрошенных пациентов применение сульфозина стало символом карательного лечения. Косвенным доказательством этому может послужить случайно услышанная одним из наших переводчиков поговорка, употребляемая этими пациентами для укрепления духа: "Наши попы как резина, не боятся сульфозина".

Некоторые из пациентов без достаточных на то медицинских оснований подвергались лечению

инсулиновыми комами или атропиновой терапии. Использование инсулина для вызывания судорог опаснее для пациента, чем электросудорожная терапия, и поэтому редко употребляется в США. Делегация США не была знакома с использованием атропина в качестве антипсихотического препарата - он вызывает тяжелый делирий и высокую температуру.

И последняя проблема с лечением состоит в относительном отсутствии использования лития или трициклических антидепрессантов у нескольких пациентов, чьи истории болезни и данные клинического обследования явно указывали на аффективные расстройства (депрессию). По крайней мере трем пациентам литий был бы рекомендован в США по поводу либо гипоманиакальных симптомов, либо диагностированного американскими психиатрами маниакально-депрессивного заболевания. Одному из пациентов, отвечающему классическим диагностическим критериям МДП как по ICD-10, так и по DSM-III-R, была назначена наряду с нейролептиками небольшая доза карбоната лития (600 мг). Когда незадолго до визита американской группы психоз у этого пациента видимо усилился, ему прекратили давать какие бы то ни было лекарства, якобы на том основании, что лечащий психиатр не хотел насильно назначать лекарства пациенту, который их не желал. Следует отметить, что такая реакция была подвергнута критике главным психиатром Министерства здравоохранения. Американские психиатры полагают, что советская сторона хотела продемонстрировать одного из пациентов из списка США как случай очевидного психоза. В результате такого отсутствия необходимого лечения пациент стал агрессивным и склонным к актам насилия и незадолго до обследования

получил заметный синяк под глазом от другого пациента, защищавшего себя.

5. Практика клинико-диагностических опросов в советской психиатрии

Особый интерес для американских клиницистов представлял подход, применяемый советскими психиатрами при опросах. Представители группы понимали, что многих из этих пациентов содержали в больницах по уголовным обвинениям и что у большинства из них их лечащие психиатры не присутствовали. Тем не менее, конфронтационный подход, часто используемый советскими психиатрами, привлек к себе немалое внимание американских гостей, которых интересовали как теоретические, так и практические проблемы, вызываемые таким методом опроса. Так, например, в некоторых случаях этот враждебный подход приобретал окраску прокурорского перекрестного допроса пациента относительно фактов, содержащихся в его истории болезни. Часто почти не прилагалось усилий к проведению опроса в положительном или, по крайней мере, нейтральном эмоциональном контексте, который стимулировал бы пациента к описанию его медицинской истории, т.е. позволил бы использовать пациента в качестве независимого источника, чьи показания потом можно было бы сравнить с историей болезни. В нескольких примечательных случаях враждебность пациента к такому агрессивному методу опроса затем толковалась советскими психиатрами как доказательство паранойи (No. 4, 6). В двух случаях (No. 4, 23) психиатры, по всей видимости, решили, что поскольку КГБ никогда не станет действовать так безнравственно, как описывали пациенты, подобные высказывания пациентов являются

признаками параноидного расстройства мышления.

В одном случае советский психиатр согласился, что жена пациента, с которой он разошелся и которая отсутствовала во время первого опроса больного делегацией США, будет наилучшим арбитром в вопросе о том, имел ли пациент когда-либо психотические симптомы, записанные в его истории болезни, но отрицаемые им. Последующий опрос жены, при котором пациент не присутствовал, подтвердил слова пациента, к вящему огорчению советского психиатра, который продолжал настаивать на наличии у пациента бреда. В целом, ни в историях болезни, ни в беседах советских психиатров не было признаков попытки удостовериться в фактах, когда сообщения пациента противоречили утверждениям властей.

Исключения из этого общего правила были отмечены в нескольких случаях, когда либо имел место явный психоз, либо присутствовавший советский психиатр был лечащим врачом пациента. В этих случаях имелись признаки активного сотрудничества между больным и врачом с целью точного описания происшедшего с пациентом. В случае одного из пациентов в Ленинграде советский психиатр проявил явную заинтересованность в содействии возвращению пациента к нормальным условиям жизни со снятием с психиатрического учета для дальнейшего устройства на работу по специальности.

Из сообщений пациентов также явствует, что некоторые лечащие врачи, полагая, что действуют в их интересах, активно или пассивно сотрудничали с ними, принимая симулированные симптомы в качестве доказательства психотического расстройства для того, чтобы спасти их от нескольких лет тюремного заключения и ссылки. Для некоторых пациентов это был риск, который

оправдал себя более коротким сроком лишения свободы. Однако другие, несимулировавшие пациенты, были возмущены, что их диагностировали как психически больных и теперь они не в состоянии устроиться на работу и могут подвергнуться неотложной госпитализации, так как состоят на учете в психдиспансере.

При обследовании нескольких выписанных пациентов советские психиатры, в том числе некоторые из представлявших Институт общей и судебной психиатрии им. Сербского в Москве, заявляли, что они не видели пациентов, которым в течение последних двух лет были бы предъявлены обвинения в политических преступлениях (по ст. 70 или 190-1). Согласно общему впечатлению, советские психиатры приветствовали бы отмену статей 70 и 190-1, из-за наличия которых на них ложилась ответственность за принудительную госпитализацию пациентов, которые при иных обстоятельствах могли бы лечиться в психиатрических больницах общего типа или амбулаторно, если какое-либо лечение было вообще необходимо.

Е. Замечания и выводы

Отбор пациентов

1. Члены клинической группы делегации США отметили тот факт, что в двухмесячный период между подачей списка госпитализированных пациентов в декабре 1988 г. и отбытием делегации в середине марта 1989 г. темпы выписки пациентов были, повидимому, довольно высокими. Из 37 госпитализированных пациентов, первоначально входивших в список, четыре были исключены из него по одной из следующих причин: смерть пациента, его

тюремное заключение, эмиграция пациента в США и недостаточность информации для определения его местонахождения. Из оставшихся 33 пациентов более половины (17 человек) были выписаны либо перед началом визита делегации, либо во время ее пребывания в СССР.

2. Несмотря на высокие темпы выписки, оставались госпитализированными пять пациентов (включая одного, проходившего судебно-психиатрическую экспертизу), у которых согласно американским (DSM-III-R) или международным (ICD-10) критериям не было основания диагностировать психическое заболевание. Двое из этих пациентов оставались госпитализированными по статье 70, одной из "политических статей" Уголовного кодекса РСФСР (антисоветская пропаганда и агитация, см. приложение Е).

Клинический диагноз

1. Многие из госпитализированных пациентов страдали серьезными психическими заболеваниями. Из 15 госпитализированных в то время пациентов американская группа обнаружила признаки тяжелого психотического заболевания у девяти. Их диагнозы в целом соответствовали диагнозам советских психиатров.
2. Один из госпитализированных пациентов поступил незадолго до этого (в 1988 г.) с диагнозом шизофрении после интенсивного периода правозащитной политической деятельности. Американская группа не нашла у

этого пациента признаков психического заболевания. Хотя ему не были предъявлены обвинения по статье 70 или 190-1 Уголовного кодекса РСФСР, его оказалось возможным быстро госпитализировать, поскольку после предыдущей госпитализации он оставался на учете в психдиспансере для амбулаторного наблюдения. После возвращения в Соединенные Штаты делегация получила подтвержденные сообщения, что этот пациент был выписан.

3. Выписанные пациенты не страдали серьезными психическими заболеваниями, и никто из пациентов, опрошенных делегацией, не был с клинической точки зрения выписан неоправданно. Если эти происшедшие за последнее время изменения представляют собой тенденцию, они указывают на положительные сдвиги в практике советской судебной психиатрии.
4. У девяти из 12 выписанных пациентов американская группа не нашла никаких признаков прошлых или текущих психических заболеваний, а у трех остальных были сравнительно незначительные симптомы, которые в западных странах, как правило, не ведут к принудительной госпитализации. У всех этих пациентов в историях болезни были проставлены диагнозы шизофрении или психопатии; клеймо этого диагноза будет, повидимому, неблагоприятно отражаться на их жизни до тех пор, пока официальный диагноз не будет снят и они будут оставаться на учете в психдиспансере.

5. Широкая советская концепция диагностики психического заболевания в целом и шизофрении в частности с очевидностью проявилась в историях болезни в диагнозах шизофрении или других психотических заболеваний у 24 из 27 опрошенных пациентов. Столь большое число диагнозов шизофрении иллюстрирует проблему "гипердиагностики"; это подтверждается тем фактом, что лишь в девяти случаях эти диагнозы из историй болезни близко совпали с диагнозами, поставленными при настоящем обследовании как советскими, так и американскими психиатрами.
6. С точки зрения американской группы, проблема "гипердиагностики" давала о себе знать и в других диагностических областях, особенно в диагнозах психопатии (расстройства личности) и "шизофрении в стадии ремиссии". Конкретные примеры симптомов психопатии, обнаруженные в результате опросов, включали в себя "единонаправленную деятельность", означавшую высокую степень преданности одному делу, такому, например, как политическая реформа, и "неспособность адаптироваться в обществе" применительно к пациенту, "неспособному жить в обществе без того, чтобы подвергаться аресту за свое поведение".
7. Некоторые из симптомов, включенных в советские диагностические критерии для вялотекущей шизофрении и, частично, умеренной (параноидной) шизофрении, неприемлемы в качестве свидетельства психопатологии по американским и международным диагностическим критериям. Конкретные примеры предвзятости, отмеченные в опросах, включали диагностирование у лиц, участвовавших в политических демонстрациях, "бреда реформаторства" или "повышенного чувства собственного достоинства" в подтверждение диагноза шизофрении.
- Лечение
1. Для лечения пациентов от "бреда реформаторства" и "антисоветских мыслей" в отсутствие общепринятых медицинских признаков психотического расстройства мышления советские психиатры применяют антипсихотические (нейролептические) препараты. О назначении довольно высоких доз нейролептиков в подобных случаях свидетельствуют как истории болезни, так и опрос самих пациентов.
2. Советские психиатры объясняли применение сульфозина тем, что этот препарат улучшает реакцию больных на нейролептики. Однако они не смогли представить никаких научных данных о его эффективности. Ознакомление с историями болезни 10 пациентов, которым назначался этот препарат, вызывающий сильную боль, обезбуженность, высокую температуру и некроз мышц, свидетельствует о том, что он применялся скорее с карательной, чем с терапевтической целью. Помимо

сульфозина, в ряде случаев, в которых американские психиатры не нашли никаких признаков психотического или аффективного (эмоционального) заболевания, применялись инсулиновые комы, физическая иммобилизация и "атропиновая терапия". Использование атропина, вызывающего преходящие делириозные состояния и сильную температуру, на Западе не практикуется.

3. Первоначальный диагноз шизофрении или психопатии сохранялся в истории болезни, несмотря на перемены в клиническом статусе пациентов. Однако курс лечения менялся чаще, отражая перемены в психотических симптомах или потребность в нейролептиках.

Судебно-психиатрическая практика

1. Понятие "невменяемости" по причине психического заболевания в советской системе включает по меньшей мере три различных категории:
 - а. Психотические симптомы, ассоциируемые с совершением насильственного или противозаконного действия, при котором дефект понимания или самоконтроля пациента имел прямое отношение к преступному поведению.
 - б. Любое диагностированное в настоящем или прошлом психическое заболевание или психиатрический симптом у лица, обвиняемого в совершении противозаконного действия (даже в отсутствие какого-либо явного дефекта

понимания или способности контролировать свое поведение).

- в. Антисоветское политическое поведение, в том числе писание книг, проведение демонстраций в поддержку реформ, открытое противопоставление себя властям, что квалифицировалось у некоторых пациентах одновременно как симптом (например, "бред реформаторства"), диагноз (например, "вялотекущая шизофрения") и преступное деяние (например, нарушение статей 70 и 190-1).
2. В двух случаях советские психиатры, лечащие пациентов, госпитализированных в уголовном порядке (т.е. психически больных, обвиненных в нарушении уголовного закона), не могли получить у суда разрешение на их выписку из специальной психиатрической больницы (СПБ), несмотря на отсутствие психиатрического заболевания, требующего госпитализации. Советские психиатры сталкиваются с проблемами в определении курса лечения для пациентов, госпитализированных по политическим статьям и не обнаруживающих признаков психопатологии.
3. Как отмечено выше, американская делегация наблюдала практику диагностирования и лечения психических заболеваний по отношению к политическим диссидентам, которая по западным стандартам представляется избыточной и неприемлемой. Тем не менее, советские психиатры всегда

утверждали, что все пациенты были госпитализированы по причине наличия у них того или иного психического заболевания. Поскольку члены делегации не имели возможности ознакомиться с материалами следствия, невозможно заключить, были ли первоначальные или текущие диагнозы поставлены лишь на основании предвзятых медицинских соображений, или же на суждения психиатров повлияло политическое давление, приведя таким образом к умышленному злоупотреблению психиатрией в целях социального контроля.

Ж. Обсуждение клинических выводов

В подытоженных выше клинических наблюдениях затронуты важные проблемы диагностики и лечения. Первая из них - высокая частота диагностирования шизофрении и низкая частота диагностирования аффективных заболеваний, выявленные как в данной группе пациентов, так и в больницах, посещенных американской делегацией. Эта ситуация весьма сходна с той, которая в свое время возникла при сравнении США и Объединенного Королевства и привела к широко известной теперь работе Купера и соавторов (9: Cooper et al., 1972). В этой работе было продемонстрировано, что расхождения в диагностической статистике между двумя странами были результатом как различных диагностических критериев, так и отсутствия систематического метода применения этих критериев. В будущем может быть полезна аналогичная работа, сравнивающая диагностическую практику США и СССР.

Вторая диагностическая проблема - это очевидное долгосрочное влияние диагноза преходящих психотических и других психических расстройств на последующие диагностику и лечение. В

ряде случаев (например, No. 6, 8) было очевидно, что единственный острый эпизод психопатологии приводил к устойчивому диагнозу и продолжительному лечению в течение длительного времени после исчезновения первоначальных симптомов. Эта практика была впервые отмечена советским психиатром, публикующимся на Западе (14: Казанец, 1979). Влияние клинического течения болезни на окончательный диагноз было неясным. В историях болезни было множество примеров очевидно неизменных диагнозов, несмотря на заметные улучшения в симптоматологии. В некоторых случаях курс лечения оставался без изменений, а в других - назначение лекарств полностью прекращалось, но госпитализация продолжалась годами.

С научной точки зрения диагноз обычно рассматривается как гипотеза, подлежащая доказательству или опровержению на основе клинического течения болезни и реакции на лечение. Проблема заключается не просто в конфликте между диагностическими подходами. Она касается разработки систематического подхода к наблюдению за пациентами с такими диагнозами как непрерывные или хронические формы шизофрении. Для подтверждения диагноза необходимо прогрессирование болезни. Однако американская группа освидетельствовала некоторые случаи, в которых болезнь не прогрессировала, хотя со времени первоначального диагноза прошли годы. Отсутствие прогрессирования, продолжающегося проявления симптомов и ухудшения состояния опровергает диагноз шизофрении, поставленный в соответствии с советским подходом, но в историях болезни эта перемена не отражается.

Третья диагностическая проблема - это концепция психопатии или расстройств личности и связанные с этим критерии включения. В ряде

случаев советская концепция была, судя по всему, тесно связана с оценкой общественной полезности или общественной приемлемости поведения. Так, например, поведение, приводимое советскими психиатрами в поддержку диагноза психопатии, могло варьировать от простой грубости или гнева до распространения политических листовок и даже до агрессивного поведения. Они диагностировали у этих пациентов множество подтипов психопатии, характеризуя некоторые из них как последствия шизофрении. У лиц, которых советские психиатры считали чрезмерно преданными какому-либо одному делу в жизни, как например, изменению политической системы (№. 3, 4, 23), они также могли диагностировать психопатию. Было очевидно, что для диагноза имеет значение скорее область сосредоточения интересов, чем степень преданности им: опубликование взглядов, касающихся политической реформы, могло скорее привести к диагнозу психопатии, чем преданность художественным, научным или спортивным устремлениям.

Среди вызывающих озабоченность аспектов лечения необходимо отметить довольно стандартное использование нейролептического лечения, несмотря на значительное разнообразие клинических данных. Возможно, что более высокая статистика диагностирования шизофрении в Советском Союзе приводит к более широкому применению принятых для этой болезни видов лечения - практика, которая могла бы быть изменена, если бы использовался более широкий диапазон диагнозов. Возможно также, что некоторым из этих пациентов лекарства давались в карательных целях.

Американскую делегацию также беспокоит использование сульфозина и атропина в качестве терапевтических препаратов. Когда делегация в конце

визита сообщила о своей озабоченности представителям советской психиатрии, ими было сказано, что по просьбе заместителя Министра здравоохранения использование сульфозина будет рассмотрено особой комиссией экспертов в СССР в мае 1989 г. Следует надеяться, что в ближайшее время будет сделано более определенное заявление о будущем использовании этого препарата.

Последняя проблема, касающаяся лечения, - это относительно редкое использование в СССР лития и антидепрессантов по сравнению с психиатрической практикой в США. Это, возможно, связано с относительно редким диагностированием аффективных (эмоциональных) заболеваний, а также с отсутствием лабораторного оборудования для наблюдения за уровнями лития. Поскольку аффективные заболевания требуют специальной терапии, неспособность распознавать их может систематически лишать советских пациентов эффективного лечения.

3. Клинические рекомендации

1. Ускоренная выписка советских психиатрических пациентов, отмеченных правозащитными организациями, и благотворный профессиональный диалог по вопросам психиатрической диагностики и лечения говорят в пользу рекомендации о продолжении профессиональных контактов между американскими и советскими экспертами в области психиатрии. Учитывая отсутствие в настоящее время указаний на неправильную выписку, дальнейшее освобождение госпитализированных без нужды пациентов будет скорее всего на пользу как им самим, с точки зрения их прав человека, так и

- больницам (которые, таким образом, станут менее переполненными).
2. Использование в СССР международных диагностических критериев для всех психических заболеваний (в том числе шизофрении, аффективных заболеваний и расстройств личности) значительно улучшит условия для профессиональных и научных обменов. Особое значение имеет нынешняя возможность советского участия в полевых испытаниях Международной классификации заболеваний (ICD-10) под эгидой Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Ожидается, что эта международная классификация установит исключительно полезные общие диагностические критерии, полностью совместимые с американскими диагностическими концепциями.
 3. Судя по всему, нынешние широкие диагностические концепции шизофрении и психопатии, существующие в СССР, в большей степени чреваты риском злоупотребления в политических целях, чем нынешние западные критерии. Таким образом, сужение советских критериев по образцу ICD-10 повысит вероятность того, что психиатрические диагнозы будут ставиться только на основании соответствующих медицинских данных.
 4. Необходимо пересмотреть использование нейролептических препаратов для непсихотических симптомов на основе текущих научных исследований по безопасности и эффективности лечения.
 5. Необходимо пересмотреть использование сульфозина и атропиновой терапии при психических заболеваниях на основе предклинических и клинических исследований эффективности лечения. В отсутствие доказательств эффективности практика такого лечения должна быть прекращена. Делегация США отмечает, что в мае 1989 г. должен был выйти доклад Министерства здравоохранения СССР о клиническом использовании сульфозина.
 6. В соответствии с ясной ключевой формулировкой статьи 11 УК РСФСР (см. приложение E), заключение о "невменяемости" лиц с психическими заболеваниями должно ограничиваться теми ситуациями, в которых психиатрические симптомы препятствуют пониманию преступности поведения или способности контролировать его.
 7. Обращает на себя особое внимание квалификация некоторых видов преступного поведения как психиатрических симптомов или как психического заболевания. Возможное смешение политических и психиатрических определений представляет собой проблему и создает почву для потенциальных злоупотреблений. Эти определения должны быть пересмотрены специалистами, участвующими в разработке новой международной классификации под эгидой ВОЗ.

8. Четыре госпитализированных пациента, у которых американская группа не нашла психических заболеваний, должны быть переосвидетельствованы для возможной выписки, если они еще не выписаны. Один из этих пациентов был освобожден сразу после визита американской делегации, а еще два пациента ожидают выписки. Какие действия планируются в отношении четвертого пациента, остается неизвестным. Положение этих трех последних пациентов должно быть пересмотрено как можно скорее.
9. Некоторые пациенты, требующие дальнейшего психиатрического ухода, а также их семьи настоятельно просили о переводе этих лиц в психиатрические больницы общего типа (ОПБ), ближе к их родным. Делегация США поддерживает эти просьбы и надеется, что подобный перевод окажется осуществимым.
10. Что касается выписанных пациентов, у которых не было обнаружено психического заболевания в соответствии с международными диагностическими критериями, следует рассмотреть возможность снятия их диагнозов (или других указаний на психическое заболевание) из военных билетов, списков психдиспансеров и других документов, где подобные отметки могут помешать их трудоустройству, образованию и другим видам широкого участия в жизни в обществе. В ограниченном числе случаев такие перемены уже происходят к большой пользе пациентов.

11. Проведение совместного американо-советского исследования по диагностике шизофрении, аффективных заболеваний и расстройств личности весьма облегчит профессиональное и научное взаимопонимание между нашими двумя странами.

III. ЮРИДИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС И ПРАВА ПАЦИЕНТОВ

В этом разделе мы обсуждаем юридические вопросы и права пациента. Источники информации для этого раздела включают в себя: 1) опросы 27 пациентов, описанных в предыдущем разделе доклада; 2) материалы посещения двух специальных психиатрических больниц и двух психиатрических больниц общего типа; 3) анализ соответствующих положений советского права и 4) беседы с советскими пациентами. Эти материалы представлены ниже в разделах, предшествующих изложению заключений и рекомендаций делегации.

A. Данные опроса пациентов

В этом разделе представлены данные о 26 из 27 пациентов, осмотренных делегацией в Советском Союзе. Последний пациент был госпитализирован незадолго до этого для судебно-психиатрической экспертизы в результате отказа от прохождения военной службы. Он был поставлен в известность о своем праве на помощь адвоката.

Все кроме одного из 12 выписанных пациентов были выписаны на протяжении последних двух лет. 14 госпитализированных пациентов находились в психиатрической больнице от трех месяцев до 19 лет, большей частью от трех до девяти лет. В период их осмотра средняя

продолжительность госпитализации составляла около восьми с половиной лет. Из 26 пациентов все, за исключением двух, были в то или иное время госпитализированы в специальные психиатрические больницы и получали принудительное (по определению суда) лечение. Однако основное внимание в опросах делегации уделялось самой последней госпитализации пациента, будь то по определению суда или нет.

Табл. 6 содержит данные о поведении пациентов непосредственно перед их арестом и госпитализацией, статьи Уголовного кодекса РСФСР, по которым им было предъявлено обвинение, даты арестов, специальные психиатрические больницы или психиатрические больницы общего типа, в которые они были направлены, даты госпитализации, продолжительность последующего пребывания в больнице (как правило, включающую время, проведенное перед выпиской в обычной психиатрической больнице) и дату выписки.

Из 14 госпитализированных пациентов 11 были признаны невменяемыми и вначале направлены определением суда в специальные психиатрические больницы; ко времени визита делегации восемь из этих 11 пациентов были переведены в обычные психиатрические больницы. Остальные три пациента были госпитализированы в обычные психиатрические больницы не в результате определения суда о принудительном лечении, а по медицинским показаниям (неотложная госпитализация), когда вопрос о необходимости госпитализации решается только психиатрами.

Из 12 выписанных пациентов девять недавно находились в СПб. У двух человек из числа выписанных самая последняя госпитализация была в психиатрические больницы общего типа (ОПБ). Один из выписанных пациентов, госпитализированный по определению суда, первоначально был направлен в ОПБ, но позднее был переведен в СПб.

1. Предарестное поведение

Предарестная деятельность практически всех выписанных пациентов (11 из 12) была политического или диссидентского характера. В числе примеров - украинская диссидентская деятельность (подписывание петиций, распространение литературы) (пациент No. 23); деятельность в поддержку ветеранов и инвалидов (No. 25); писание книг и выступление в защиту крымских татар (No. 3); распространение книги Солженицына (No. 19). Подобные виды поведения (см. табл. 6) подпадают под категории писания и распространения антисоветской литературы, содействия националистическим устремлениям, политической организаторской деятельности, деятельности в защиту прав инвалидов и распространения религиозных идей.

У госпитализированных в уголовном порядке пациентов правонарушения, совершенные перед госпитализацией, большей частью не проявлялись в ненасильственной, "политической" или религиозной деятельности, которую защитники прав человека часто ассоциируют с психиатрическими злоупотреблениями. Однако такие действия предшествовали госпитализации некоторых из пациентов (пациент No. 16 - посещение квартиры Андрея Сахарова, No. 26 - написание книги о Владимире Высоцком) (см. ниже). Правонарушение трех других госпитализированных пациентов состояло в переходе границы, что является ненасильственным действием, могущим иметь политическое значение.

Четыре других госпитализированных пациента совершили деяния, в том числе насильственные, которые являлись бы преступлениями в любой стране. Сюда входят убийство одного и ранение четырех человек при взрыве (No. 15), угон такси и проникновение

Таблица 6: Правонарушения пациентов и принятые меры по данным последней госпитализации

Случай №	Действия	Статья	Госпитализированы					
			Год ареста	СПБ первичной госп-ции ¹	ПБ общего типа	Год госп.	Срок госп-ции	Выписан
01	Не имел паспорта	Неясно	1970	—	Севан-Советашенская	1971	16 лет	— ²
02	Перешел границу с Монголией	83	1969	Благовещенск	—	1970	19 лет	—
05	Уклонялся от военной службы	80	—	—	Кащенко (экспертиза)	1989	1 месяц	—
07	Поджоги, уничтожение государственного имущества	98.2	1985	Казань	—	1986	3 года	—
08	Перешел границу с Финляндией	83	1979	Казань	—	1980	9 лет	— ²
09	Перебросил рукопись (с описанием изобретения) через ограду французского посольства (распространение антисоветской литературы)	190-1	1982	СПБ	—	1983	6 лет	—
10	Перешел границу с Польшей	75 Укр. УК (83 УК РСФСР)	1971	Днепропетровск	—	1971	18 лет	—
11	Правозащитная деятельность, Украинская Хельсинкская группа (эмоциональная вспышка в помещении собеса)	—	1988	—	Никопаев	1988	3 месяца	— ³
14	Вооруженный угон такси, проникновение в посольство США, стрельба	206.3, 207, 212.1, 218.1	1979	Черняховск	—	1979	9 лет	—
15	Изготовление взрывчатых веществ (1 человек убит, 4 ранено)	15, 190-1, 102.1, 218	1979	Казань	—	1980	8 лет	—
16	Посещение квартиры Андрея Сахарова — в прошлом правозащитная деятельность	67 и 201 УК Белоруссии (70 и 190-1 УК РСФСР)	1980	Могилев	—	1980	9 лет	—

Таблица 6: Правонарушения пациентов и принятые меры по данным последней госпитализации (продолжение)

Случай №	Действия	Статья	Год ареста	Госпитализированы		Год госп.	Срок госпи- ции	Выписан
				СПБ первичной госп-ции ¹	ПБ общего типа			
18	1974, Проник в посольство США, 1984, антисоветские заявления, разрубил виолончель мясным секачом (в побеге)	195.3 УК Эстонии	1974 1984 (в побеге)	Ташкент Ленинград	—	1974 1985	10 лет 4 года 14 лет	—
22	Госпитализирован по инициативе жены; больной был подозрителен	—	—	—	Донецк	1988	1 год	—
24	Хищение имущества (ранее пытался перейти советско-турецкую границу, занимался антисоветской деятельностью)	132-2	1984	Алма-Ата	—	1985	3 года	—
26	Написал книгу о поэте Высоцком, автор других антисоветских сочинений	70	1984	Казань	—	1984	4 года	—
03	Автор статей и книги с клеветой на государственный строй, помогал крымским татарам	97.1 п.1 Узб.УК (190-1 УК РСФСР)	1983	Ташкент	—	1983	4,5 года	1987
04	Автор жалоб, диссидентских сочинений (напр., в прошлом на телевидение в связи с программой о кровяном давлении и в связи с проблемами умственно отсталых; письма главе государства), правозащитная деятельность	190-1	1982	Волгоград	—	1982	6 лет	1988
06	Издательская деятельность, Бюллетень независимых профсоюзов и другие публикации	190-1	1982	Алма-Ата	—	1983	5 лет	1987

Таблица 6: Правонарушения пациентов и принятые меры по данным последней госпитализации (продолжение)

Случай №	Действия	Статья	Год ареста	Госпитализированы		Год госп.	Срок госп-ции	Выписан
				СПБ первичной госп-ции ¹	ПБ общего типа			
12	Антисоветская рукопись о социализме	70	1986	Сычевка	—	1987	1,5 года	1988
13	Антисоветские сочинения (политико-религиозного характера) — письмо Горбачеву	190-1	1986	Черняховск	—	1986	2,5 года	1988
17	Автор статей с критикой действий СССР в Чили и в поддержку профсоюзов «Солидарность», записывал на магнитофон передачи «Голоса Америки» и «Би-Би-Си».	70	1982	—	Ленинград № 3	1983	4,5 года	1987
19	Распространял литературу (Солженицын, Зиновьев, Медведев)	70 и 190-1	1984	Ленинград	—	1985	3 года	1987
20	Распространял антисоветские листовки, другая деятельность, написал письмо о предоставлении политического убежища и организации общества в защиту Солженицына	70	1975	Сычевка	—	1976	13 лет	1989
21	Пререкания с врачом (в период Межд. фестиваля молодежи, пациент находился на учете)	—	1986	—	ПБ общего типа	1986	4 месяца	1986
23	Осуществлял различные виды правозащитной деятельности, писал, распространял литературу, участвовал в работе Хельсинкской группы, украинский правозащитник	62 Укр.УК (70 УК РСФСР)	1980	Казань	—	1981	7 лет	1988

Таблица 6: Правонарушения пациентов и принятые меры по данным последней госпитализации (продолжение)

Случай №	Действия	Статья	Год ареста	Госпитализированы		Год госп.	Срок госп-ции	Выписан
				СПБ первичной госп-ции ¹	ПБ общего типа			
25	Защищал права инвалидов, подписывал обращения	190-1	1983	Новосибирск	—	1983	4 года	1988
27	Не имел паспорта, занимался организаторской деятельностью политического характера (выступал за двухпартийную систему), ? маниакальное поведение	—	1987	—	Челябинск	1987	2 месяца	1988

¹Из 11 пациентов, впервые госпитализированных в СПБ, 8 находились в психиатрических больницах общего типа, когда они были опрошены делегацией.

²Пациент выписан в апреле 1989 г.

³Пациент освобожден на следующий день после того, как американская делегация покинула СССР.

в посольство США, где были произведены выстрелы (№. 14), уничтожение имущества в явно нездоровом состоянии (№. 18) и совершение поджога на рабочем месте (№. 7). Один из госпитализированных пациентов, обвиненный в уголовном преступлении, приписывал арест своей прошлой политической деятельности (№. 24).

Никто из пяти человек, у которых последняя госпитализация была мотивирована медицинскими показаниями, не совершил перед ней актов насилия. Два пациента относили госпитализацию за счет своей политической деятельности: №. 11 - за счет деятельности в поддержку прав украинцев (этот пациент попросил, чтобы его опросила американская делегация), а №. 27 - за счет деятельности по установлению в СССР двухпартийной системы. Для остальных

пациентов связь между политической деятельностью и госпитализацией не была очевидной, хотя один из пациентов (№. 22) относился с большим подозрением к КГБ, был настроен весьма антисоветски и был ранее госпитализирован в СПБ.

2. Процесс задержания

Как правило, пациенты были первоначально арестованы и допрошены. Проведя некоторое время в тюрьме, они направлялись на психиатрическую экспертизу, часто в Институт общей и судебной психиатрии им. Сербского. После экспертизы и суда их посылали, практически без исключения, в специальные психиатрические больницы.

Некоторые пациенты отмечали столкновения в прошлом с КГБ, предшествующие аресту, говоря, что КГБ следил за ними и организовал

арест и всю последующую процедуру. Так например, пациент No. 23, широко известная украинская активистка, сообщила, что сотрудники КГБ пытались завербовать ее. Когда из этого ничего не вышло, сообщает она, они стали подвергать ее гонениям и выдвинули против нее сфабрикованные обвинения. Это закончилось, по ее словам, принудительным трудом. Она была арестована и в конце концов, будучи признана невменяемой, госпитализирована.

Пациент No. 4 сказал, что его обвинили в клевете. Будучи юристом, он мог обеспечить свою защиту. Поэтому, как он считает, КГБ решил использовать в качестве альтернативной меры контроля психиатрическую госпитализацию.

Пациент No. 11 сообщил, что после того, как он послал телеграммы Анатолию Корягину и в Центральный Комитет, его задержали у него на квартире и отправили непосредственно в психиатрическую больницу общего типа (место его прошлой госпитализации). Ему сказали, что его намерение принять участие в правозащитной демонстрации является симптомом "бреда общественного реформаторства".

Пациент No. 16 был хорошо известен КГБ. Он принимал активное участие в правозащитной деятельности. По его словам, его обвинили в "хулиганстве", и прокурор угрожал психиатрической госпитализацией. Он считает, что его не приговорили к заключению по нынешнему обвинению (посещение квартиры Сахарова), потому что открытый суд был бы позором. По его словам, психиатр, которому было поручено освидетельствование, не стал его проводить, а просто сказал ему: "У меня семья, и мне нужна эта работа. Я и остальные члены комиссии сделаем то, о чем нас просят [КГБ]".

Можно привести много других примеров. Однако не все пациенты

упоминали КГБ. Делегация не получила доступа к материалам следствия, представляющим собой важный источник информации по вопросу о том, что именно совершили пациенты и кто занимался ими в связи с их поведением.

Утверждения некоторых пациентов, сделанные ими при их опросе делегацией США, о том, что КГБ был причастен к применению к ним мер психиатрического характера, были оспорены советскими психиатрами, квалифицировавшими взгляды пациентов как психопатологию (параноидное мышление). Однако, учитывая характер поведения пациентов, вполне возможно, что КГБ проявлял к ним значительный интерес и что "параноидные" взгляды пациентов не обязательно должны отражать психопатологию.

3. Уголовный процесс

Вопреки ряду ясных положений советского законодательства (см. приложение Е), пациенты не играли практически никакой роли в следствии, при экспертизе и на суде. Так, например, из всех опрошенных пациентов, направленных по суду на принудительное лечение (последняя госпитализация), только один пациент (No. 17) сказал, что его уведомили о его правах в соответствии со статьей 149 Уголовно-процессуального кодекса РСФСР.

Только 10 пациентов сказали, что их представляли адвокаты (в трех случаях данные были недостаточными для суждения), хотя статьи 49 и 405 Уголовно-процессуального кодекса РСФСР требуют назначения адвоката после предъявления обвинения прокурором и даже ранее в трех случаях, где установлено наличие психического заболевания. Из 10 пациентов, сообщивших, что у них были адвокаты, лишь один действительно встречался со своим защитником.

Основываясь на информации, сообщенной 17 пациентами, чье последнее по времени лечение проводилось по определению суда (в четырех случаях данные были недостаточными для суждения), только один из них (№. 19) присутствовал на своем судебном процессе. Его дело было необычным. Он был обвинен по статье 70 в распространении антисоветских книг. Он сказал американской делегации, что после того, как он намеренно повел себя странно, было решено послать его на психиатрическое освидетельствование. Затем, на судебном заседании, на котором он не присутствовал, он был признан невменяемым. (В семи из обсуждаемых случаев на суде присутствовали родственники пациентов).

По делу пациента №. 25 имеется неплохое описание суда, на котором присутствовали сестра и дочь пациента. Пациента обвиняли в том, что он плохо работает, плохо обращается со своей матерью и поддерживает связь с врагами государства. Он сказал, что в одном из магазинов в Новосибирске плохие продукты. Психиатр, дававший показания, заявил, что обвиняемому не может быть оказана помощь в местных больницах, и что его следует послать на излечение в Казань или Алма-Ату (в обоих случаях СРБ). Защитник на суде не выступал. Пациент был признан невменяемым и отправлен в больницу. Семье было сказано, что они могут в течение 10 дней подать апелляцию, но когда они попытались это сделать, им было сказано, что уже поздно и дело закрыто. Согласно заявлению сестры пациента, адвокат сказал его дочери: "Если Вы подадите апелляцию, они Вас посадят в тюрьму".

Только одна пациентка (№. 23) сказала, что она подписала постановление о привлечении в качестве обвиняемой по своему делу,

как того требует статья 148 Уголовно-процессуального кодекса РСФСР (см. также приложение Е). Только три пациента (№. 12, 19, 23) сообщили, что они видели материалы следствия или часть этих материалов или получили (хотя и слишком поздно) копию материалов следствия, как того требует статья 201; никто, согласно сообщениям, не получил заключения экспертной комиссии, как того требует статья 193.

В Уголовно-процессуальном кодексе РСФСР имеются исключения, допускающие отсутствие пациента в судебном заседании или его неучастие в процессе следствия по причине психического заболевания (статьи 404 и 407). Однако упомянутые здесь пациенты, судя по всему, вовсе не были включены в юридический процесс, несмотря на их способность принимать в нем участие.

Сравнивая дела выписанных пациентов с делами еще госпитализированных, нельзя усмотреть различия между ними с точки зрения степени их реальных прав, потому что права, предоставленные кому бы то ни было из них, были весьма незначительными.

4. Невменяемость

В СССР отсутствие ответственности за преступное деяние по причине психического заболевания именуется невменяемостью. Чтобы быть признанным невменяемым, пациент должен соответствовать как юридическому, так и психиатрическому критериям. Юридический критерий подразумевает понимание и контроль над поведением психически больного лица. Медицинский критерий подразумевает наличие у обвиняемого психического заболевания (2: Бабаян, не датировано; 18: Morozov and Kalashnik, 1970).

Статья 11 Уголовного кодекса РСФСР конкретизирует советский подход к невменяемости:

Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими вследствие хронической душевной болезни, временного расстройства душевной деятельности, слабоумия или иного болезненного состояния. К такому лицу по назначению суда могут быть применены принудительные меры медицинского характера (статьи 58-61) (3: Bergman, 1972, стр. 128).

Мы уже обсуждали ранее психиатрические диагнозы пациентов. Принимая во внимание, что рассматриваемые события в большинстве случаев имели место за много лет в прошлом и что в центре внимания делегации был нынешний статус пациентов, в ходе этих освидетельствований не представлялось возможным полностью решить вопрос о невменяемости. Однако в ходе опроса пациентов членами делегации им задавался ряд вопросов о их поведении перед арестом, в том числе следующие вопросы: "Что Вы думали во время этого инцидента о возможных последствиях [Вашего поведения]?" ; "Думали ли Вы о возможных последствиях в какой-либо момент до инцидента?" ; "Можете ли Вы объяснить причины Вашего поведения?" Эти вопросы дали пациентам возможность описать, что они сделали и почему.

Из ответов выписанных пациентов на эти вопросы видно, что их поведение было преднамеренным и осозанным. Они понимали последствия и могли привести разумные причины своего поведения. Даже несмотря на расхождение между советскими и

американскими диагнозами (см. выше), психические заболевания, диагностированные советскими психиатрами, были, по видимому, не того типа, чтобы помешать этим пациентам дать ясные и понятные объяснения своего поведения. Как отмечено в другом месте настоящего доклада, делегация вынесла впечатление, что в СССР важным определяющим фактором невменяемости является диагноз психического заболевания в сочетании с совершением общественно опасного деяния. На практике вопрос об ослаблении способности данного лица понимать значение своего поведения или контролировать его не всегда был предметом рассмотрения при судебно-психиатрической экспертизе или в судебном заседании.

Двое из числа выписанных пациентов заявили, что они симулировали психическое заболевание. Эти пациенты (№. 12 и 19) полагали, что они предпочтут психиатрическую госпитализацию наказанию по статье 70 (до семи лет лишения свободы с последующими пятью годами ссылки). Они также полагали, что некоторые из психиатров распознали их притворство, но содействовали им из добрых побуждений. Что касается остальных случаев, рассказы других выписанных пациентов об их правонарушениях не дали никаких оснований считать, что юридический критерий невменяемости был удовлетворен.

У многих госпитализированных пациентов результаты были иными. Два из трех пациентов, госпитализированных в специальных психиатрических больницах в период визита делегации, были явно серьезно психически больны (№. 14, 18). Их поведение во время ареста было описано таким образом, что определение невменяемости (по медицинскому критерию) не вызывает сомнений. Из других восьми

пациентов, госпитализированных и получавших принудительное лечение, три описали свое преступное поведение так, что это не противоречило заключению о невменяемости (No. 2, 7, 10); в трех других случаях (No. 8, 9, 15) заключение о невменяемости было понятно, хотя доказательства и не всегда были четкими.

5. Неотложная госпитализация

Были осмотрены пять пациентов, чья последняя по времени госпитализация была в ОПБ. Три из этих случаев имели место либо в конце 1987 г., либо в 1988 г., незадолго до принятия нового закона.

Госпитализация в ОПБ часто начиналась с ареста пациента за такие нарушения как отсутствие паспорта или странное поведение, но некоторые пациенты привозились прямо в психиатрическую больницу общего типа бригадой скорой психиатрической помощи. Один из таких случаев (No. 21) иллюстрирует легкость, с какой осуществляется госпитализация в ОПБ в СССР в случаях, когда пациент уже состоит на учете в психдиспансере. Обсуждая этот случай, советские психиатры отметили, что госпитализация этого пациента была, возможно, ошибочной.

Два пациента (No. 11, 27) были госпитализированы, на их взгляд, в связи с их политической деятельностью. Пациент No. 11 занимался правозащитной деятельностью, такой как распространение петиций, содержащих протест против атомных электростанций и предложение о преподавании украинского языка вместо русского в школах на Украине. Этот пациент также хотел быть опрошенным американской делегацией. За день до госпитализации он пришел в местный отдел социального обеспечения и там у него случилась эмоциональная вспышка,

в ходе которой он требовал возмещения прошлых несправедливостей. Однако в приемной психиатрической больницы он был покладист и разумен и его психическое состояние в то время и позже не соответствовало поставленному ему диагнозу шизофрении.

Другой недавний случай неотложной госпитализации (No. 27) произошел с политическим активистом, сторонником двухпартийной системы в СССР. Пациент был первоначально задержан в Москве, освобожден, а затем переведен в Челябинск, где его госпитализировали, по определению советских психиатров, в связи с маниакальным поведением. Никаких признаков опасного поведения в этом случае не было. Американская делегация не диагностировала этого пациента как психически больного.

Согласно новому советскому законодательству от января 1988 г., пациенты должны быть освидетельствованы психиатрической комиссией в течение одних суток после госпитализации; последующее обязательное переосвидетельствование должно проводиться не реже одного раза в месяц. Хотя пациенты, подвергавшиеся в последнее время неотложной госпитализации, сообщали, что в скором времени (если и не в течение 24 часов) после стационарирования их осматривала комиссия, зачастую последующие переосвидетельствования не проводились. В одном более давнем случае, когда против стационарированного в порядке неотложной госпитализации пациента было выдвинуто уголовное обвинение, он прибегнул к помощи адвоката, и обвинение было снято. Ни у кого из других пациентов адвоката не было, и неотложная госпитализация не апеллировалась.

6. Условия госпитализации

а. Специальные психиатрические больницы (СПБ)

Практически все пациенты описывали очень плохие, жестокие условия в специальных психиатрических больницах. Те, чей опыт позволял соответствующее сравнение, считали, что они хуже тюрем. Практически ни один из пациентов не сказал ничего положительного о специальных психиатрических больницах, за исключением Ленинградской СПБ, которую недавно открыли для посетителей с Запада. Один из пациентов даже охарактеризовал Ленинградскую СПБ как "настоящий курорт по сравнению с иными местами". Другой пациент охарактеризовал свое лечение в Черняховской СПБ как гуманное.

До недавнего времени в штат СПБ помимо врачей и медсестер входили санитары из числа лиц, осужденных за совершение уголовных преступлений и посланных туда отбывать часть своего срока. Пациенты описывали садистское поведение этих санитаров, в том числе жестокие избиения и недопуск в туалет. Кроме того сообщалось, что санитары воровали продовольственные посылки от родственников, а взяточничество их было, как говорили пациенты, повсеместным. Указывается, что в этом поведении санитарам потакали некоторые врачи и медсестры.

Больницы были разделены на несколько отделений, различавшихся по степени строгости режима, и пациенты, начинавшие с наиболее ограничительного распорядка, с течением времени переходили в отделения с менее строгими условиями. Дни, как правило, проводились без всякой осмысленной деятельности и развлечений, и у пациентов был очень узкий выбор материалов для чтения. Ведение дневника было запрещено, а хранение ручки и писчей бумаги

считалось серьезным нарушением режима. В одной из больниц за написание письма с критикой условий содержания (в специальный день, отведенный для переписки) пациент был наказан тремя неделями одиночного содержания. Вся входящая и исходящая корреспонденция пациентов прочитывалась; пользоваться телефоном не разрешали. В качестве посетителей в специальные психиатрические больницы допускались, как правило, только члены семьи, и за свиданиями велось наблюдение.

Некоторые из опрошенных полагали, что они могли более или менее свободно общаться со всеми остальными пациентами, тогда как по словам других их возможности общения ограничивались, потому что они были политическими заключенными. По мнению большинства пациентов, их изолировали от лиц с политическими обвинениями.

Большинство пациентов рассказывало о дурном обращении с ними в специальных психиатрических больницах в той или иной форме, будь то тяжелые условия, очень плохое питание, произвол со стороны санитаров-уголовников, насильственное лечение, избиения и угрозы применения электросудорожной терапии (ЭСТ).

В период пребывания в СПБ пациентам не сообщали об их правах. Так, например, было трудно получить информацию о новом законе (о психиатрической помощи). По рассказам одного из пациентов, статьи, посвященные психиатрии, в том числе новому закону о госпитализации (март 1988 г.), вырезались из журналов и газет, прежде чем последние поступали в пользование пациентов (Черняховская СПБ).

Выбор видов лечения был, судя по всему, весьма ограниченным. Пациенты не упоминали ни о какой индивидуальной либо групповой психотерапии или о какой-либо

развлекательной терапии. Лечение в специальных психиатрических больницах состояло, как правило, в применении нейролептических (антипсихотических) препаратов, назначаемых путем инъекций или перорально. Некоторые пациенты сообщали о побочных эффектах, в том числе мышечных спазмах и сильнейшей неусидчивости. Пациенты обычно сообщали, что у них был минимальный контакт с их психиатрами, в том числе главврачами, и мало возможностей добиваться изменения дозировки. Некоторые подвергались инсулиновой (коматозной) терапии, а другие - лечению атропином.

Пациенты также получали сульфозин - препарат, который на Западе считается не имеющим терапевтической ценности. Как отмечалось ранее, хотя его использование объяснялось положительным эффектом при лечении алкоголизма или при подготовке больных к новому курсу лечения антипсихотическими препаратами для содействия их эффекту, такая теория действия этого препарата существует только в СССР. Поскольку действие сульфозина болезненно и вызывает высокую температуру и обездвиженность, пациенты воспринимают его как карательный препарат. Более того, его эпизодическое употребление в СПБ вслед за нарушениями режима (например, критика в адрес больницы, нескромный взгляд на грудь медсестры, сигаретный пепел под койкой пациента) или, как было в одном случае, в связи с "антисоветскими мыслями", также говорит в пользу того, что цель применения сульфозина - наказание или предупреждение нежелательного поведения путем выработки отрицательных условных связей. Десять пациентов сообщили о применении к ним сульфозина в ходе их последней по времени госпитализации (в СПБ). Один из советских

психиатров сказал делегации, что в институте им. Сербского этот препарат не употребляется. Не использовался он сколько-нибудь часто и в ОПБ, в которых содержались обследованные пациенты.

По словам пациентов, опрошенных американской клинической группой, дозировка антипсихотических лекарств увеличивалась после нарушений режима или жалоб пациентов. Эта информация была подтверждена американской группой, посетившей больницы, которая получила множество жалоб от пациентов относительно нетерапевтического, а возможно и карательного использования медицинских препаратов.

Улучшения в условиях содержания в СПБ за последние годы, если они вообще имели место, были, судя по всему, минимальными, за исключением тех больниц, где санитары-уголовники были заменены другим штатом. Некоторые пациенты отмечали, что в прошлом году питание было лучше, и что ЭСТ применялась реже, но никаких особых изменений в больничных условиях за последнее время, по видимому, не произошло.

б. Психиатрические больницы общего типа (ОПБ)

Психиатрические больницы общего типа были охарактеризованы пациентами как менее жесткие по условиям содержания, чем специальные психиатрические больницы, что совпадает с наблюдениями американской группы, посетившей больницы. Один пациент отметил, что за последнее десятилетие ОПБ ухудшились по причинам экономического характера - в результате для пациентов стало меньше программ. Питание и санитарные условия характеризовались как плохие, но не в такой степени как в специальных психиатрических больницах. В одной из ОПБ было так

мало коек, что пациентов, как сообщают, заставляли спать по двое. Пациенты имеют право читать, писать и иметь свидания. Однако двух пациентов, находившихся на принудительном лечении в ОПБ, перевели в СПБ, когда они написали письма с критикой в адрес этой больницы.

7. Общественная опасность

Среди обследованной группы, не считая некоторых пациентов, поведение которых повлекло за собой последнюю по времени госпитализацию (см. табл. б), было сравнительно мало случаев с убедительными признаками опасного поведения в прошлом. Имевшие место акты насилия в прошлом поведении были отмечены только у пациентов, остававшихся госпитализированными в период обследования. Среди выписанных пациентов такого поведения в прошлом не наблюдалось.

Один госпитализированный пациент в прошлом был обвинен в попытке убийства, когда он застал свою жену в постели с другим мужчиной; он был осужден на восемь лет лишения свободы. Другой совершил ряд преступлений с применением насилия, в том числе изнасилование и нападение. Еще один пациент повредил ножом чужое имущество. Один из выписанных пациентов, будучи матросом, участвовал во многих драках, иногда связанным с пьянством, и неоднократно подвергался арестам и лишению свободы. Несколько других пациентов подвергались арестам и лишению свободы за ненасильственные преступления - бродяжничество, растрата, воровство, "хулиганство", или поступки, аналогичные приведшим к настоящей госпитализации, такие как диссидентское поведение или переход границы. Некоторые пациенты отрицали деяния, за которые они подвергались аресту в прошлом.

Лишь у немногих пациентов отмечалась история суицидального поведения: серьезные попытки самоубийства совершили в прошлом только двое больных.

8. Переосвидетельствование и выписка

Советский закон, как ныне, так и в прошлом, требует, чтобы пациенты на принудительном лечении каждые полгода подвергались переосвидетельствованию психиатрической комиссией. Практически все пациенты отметили, что такие комиссии действительно собирались (одного пациента просто спросили, изменились ли его антисоветские взгляды, и когда он сказал "нет", комиссии не назначили). Однако заседания комиссии почти всегда носили формальный характер, каждому пациенту уделялось лишь несколько, максимум 10, минут. За день выездная комиссия или персонал СПБ пропускали очень большое число пациентов (например, по сообщению одного из них, 63 человека за полтора часа). Один советский психиатр, встречавшийся с делегацией, сказал, что из характера преступления пациента следовало, что ему придется провести в больнице длительный срок. Поэтому в начальный период госпитализации пациента освидетельствование его комиссией может быть кратким.

Выписка нескольких пациентов свидетельствует о важной роли, которую играет в СССР текущее определение общественной опасности. Судя по всему, выписка обуславливается в большей степени политическими переменами, чем изменениями в диагностической практике или клиническом состоянии пациентов. Так, одному пациенту сказали, что причина его выписки - "перестройка". Другому сказали: "Ситуация изменилась". Еще одному

было заявлено: "Нам приказано найти таких, как ты, и избавиться от них". Еще в одном случае комиссия внезапно решила, что преступление пациента - "чепуха", и рекомендовала выписать его. От пациентов No. 4 и 23, не страдающих, по мнению делегации США, психическим заболеванием, все же требовали перед выпиской признать свою болезнь.

В конечном счете вопрос о выписке пациента решается судом. Делегация опросила двух пациентов, госпитализированных в СПб, чей перевод в менее строгие условия, хотя и рекомендованный психиатрами, не был разрешен судом. Однако такие случаи, по видимому, редки.

9. Условия выписки - приспособление к жизни в обществе

Связь обследованных пациентов с психиатрическими учреждениями после их выписки была минимальной. Хотя шесть из числа выписанных пациентов состояли на учете в психдиспансере, только у двух из них контакты с психиатрическими службами были, по их словам, регулярными. Они периодически получали открытки, предлагавшие им явиться для беседы с психиатром. Другие иногда встречались с врачом или медсестрой, посещавшими их. Пять пациентов получали пенсии по инвалидности, но двое других отказались от пенсии. У нескольких пациентов были опекуны. Одному пациенту, не состоявшему на учете, был, тем не менее, назначен опекун (его дочь), которого он пытался лишить этих полномочий. Некоторые пациенты опасались, что их могут вновь госпитализировать, но в других нынешний политический климат вселял оптимизм.

Некоторых пациентов беспокоили проблемы, порождаемые наличием у них диагноза психического заболевания, потому что это мешало им найти

работу. Один пациент сталкивался с трудностями в поисках работы по специальности (биология), поскольку в его военном билете было указано, что он психически больной; в данном случае принимались административные меры по удалению этой записи.

Даже пациенты, не состоявшие на учете в психдиспансере, беспокоились по поводу поставленных им в прошлом психиатрических диагнозов и хотели их снять. Для таких пациентов возможности трудоустройства, карьеры и поступления в учебное заведение также могут быть серьезно ограничены в связи с их пребыванием в психиатрической больнице.

Б. Доклад о посещении больницы

Американская группа, посетившая больницы, была сформирована таким образом, чтобы обеспечить возможность получения широкого представления об общем состоянии лечения и потенциальных проблемах прав человека в некоторых психиатрических больницах в Советском Союзе. В группу вошли три психиатра (руководитель группы, психиатр Государственного Департамента США и говорящий по-русски психиатр - американский гражданин, получивший образование в Советском Союзе), два юриста, политолог и эксперт в области прав человека из Американской психиатрической ассоциации.

Больничная группа тщательно ознакомилась с четырьмя больницами, которые более подробно описаны в приложении Д, и получила существенную информацию от руководителей больниц о штатном расписании, бюджете и организации их работы. (Категории полученной информации также приведены в приложении Д). В этом разделе доклада будет подведен итог впечатлениям группы, относящимся к

качеству ухода, влиянию недавних административных перемен, правам пациентов и юридическим вопросам, относящимся к госпитализации и выписке.

Говоря конкретно, группе, посетившей больницы, было поручено следующее:

1. Осмотреть и описать физическое состояние больничных зданий.
2. Собрать основные демографические данные о пациентах и персонале.
3. Охарактеризовать лечебный процесс
4. Оценить перемены, последовавшие за изменениями в законодательстве о психиатрической помощи и передаче специальных психиатрических больниц из юрисдикции Министерства внутренних дел в юрисдикцию Министерства здравоохранения.
5. Рассмотреть и оценить обвинения в нарушениях прав человека и злоупотреблениях психиатрией.
6. Провести беседы с отобранными пациентами и ответить на просьбы пациентов о беседе.

Были посещены четыре психиатрические больницы: две специальные психиатрические больницы (СПБ), Казанская и Черняховская, где, как утверждают, было много нарушений прав человека, и две психиатрические больницы общего типа (ОПБ) в Вильнюсе и в Каунасе, которые расположены довольно близко от Черняховской СПБ. Эти больницы считаются более или менее представительными для своего типа. Казанская больница является старейшей СПБ в Советском Союзе.

Незадолго до визита группой была послана в каждую больницу просьба о предоставлении необходимой информации. В своей работе группа руководствовалась списком наблюдений,

которые следовало провести в каждой больнице по мере наличия времени и с учетом их значения для выполнения задач визита (см. приложение Д). В СПБ группа ощущала острую нехватку времени; в будущем следует во время таких визитов отводить по три дня на больницу.

1. Общая характеристика

Делегация имела почти полный доступ к больницам и пациентам, хотя многократно повторенная просьба найти одного пациента, намеченного для опроса, не была удовлетворена. Условия в четырех больницах существенно различались, причем качество зданий и общая атмосфера в специальных психиатрических больницах были значительно хуже, чем в больницах общего типа. (Более подробное описание каждой из больниц содержится в приложении Д.)

2. Передача СПБ Министерством внутренних дел Министерству здравоохранения.

Административная смена юрисдикции над СПБ, осуществленная в январе 1989 г., является лишь частичной, распространяясь, в основном, только на медсестер и санитаров. Охранники попрежнему подведомственны МВД, и их командир подчиняется не главврачу СПБ, а более высокому должностному лицу МВД. Врачи остаются служащими МВД и за ними сохраняются их форма и воинские звания. При приеме на работу новые врачи тоже, по своему выбору, могут поступить на службу в МВД; они, по словам должностных лиц, вероятно сделают такой выбор, поскольку условия найма в системе МВД (например, заработная плата) значительно лучше, чем в системе Министерстве здравоохранения. Таким образом, весь старший персонал СПБ попрежнему нанимается МВД, несмотря

на то, что правила больничного режима сейчас определяются Министерством здравоохранения и главный психиатр области, в которой находится данная больница, осуществляет некоторое руководство клиническим процессом в ней. Американская делегация не могла оценить, как проистекающие из этого противоречия в подчиненности СПБ и их персонала могут отразиться на условиях в этих больницах.

3. Доступ к пациентам и персоналу

Помимо того, что группа получила доступ к самим больницам, она также имела возможность побеседовать с 45 пациентами по своему выбору в посещенных ею обычных и специальных психиатрических стационарах. Пациентов можно было опрашивать без присутствия советских психиатров. Опросы были разной продолжительности; были также просмотрены истории болезни многих из этих пациентов. В числе опрошенных были бывшие пациенты СПБ, переведенные в ОПБ. Были опрошены также многие сотрудники больниц, индивидуально или небольшими группами.

4. Больничная среда

Пациенты сообщали, что контроль за персоналом в специальных психиатрических больницах недостаточен и что предъявлять жалобы опасно. К группе обращались с многочисленными жалобами на то, что персонал часто отказывал пациентам в разрешении пользоваться уборной и вымогал взятки за такое разрешение. В специальных больницах правила режима не были вывешены, и пациенты сообщали, что их часто постигало наказание за нарушение этих правил. В прошлом использование санитаров-уголовников увеличивало вероятность физических расправ и взяточничества. Персонал такого рода в Казани больше

не имеет контакта с пациентами, а в Черняховске был вообще удален из больницы.

Однако пришедшие на смену вольнонаемные санитары обучаются лишь в ходе работы, и пациенты расходятся во мнениях, уменьшилась или увеличилась ли в результате этого степень злоупотреблений. По словам администрации как специальных, так и обычных психиатрических больниц, низкий уровень оплаты затрудняет привлечение качественного персонала.

В специальных психиатрических больницах большинству пациентов не разрешали держать в своих палатах личные вещи и у них не было свободного доступа к чтению и писчебумажным принадлежностям. Пациентам не позволяли вести дневники, и переписка ограничивалась. Свидания предоставлялись обычно только членам семьи, и за всеми свиданиями наблюдал персонал. Свидания с семьей были иногда невозможны, потому что больницы находились слишком далеко от места жительства пациентов. Судя по данным, полученным в Черняховской СПБ, в среднем у пациента было, по всей вероятности, два или три свидания в год. Пациентам не разрешали пользоваться телефоном и они жаловались, что им не позволяют свободно общаться друг с другом.

Пациентам, госпитализированным в специальных психиатрических больницах, редко, если вообще, сообщали об их юридических правах, о возможности иметь адвоката или апеллировать. Они, равно как и некоторые врачи, не были осведомлены об относящемся к ним новом законе о госпитализации.

Многие пациенты в СПБ сообщили, что после того, как больницу уведомили о предстоящем визите американской группы, питание улучшилось. Кроме того, больничные помещения были убраны и покрашены, некоторым

пациентам выдали одежду, больничный персонал и некоторые из охранников МВД сменили свои мундиры на штатскую одежду, сторожевые собаки были переведены в помещения, расположенные вне больничной территории; объем разрешенной переписки был увеличен. Все опрошенные пациенты рассматривали эти перемены как положительные, но многие задавались вопросом, будет ли это продолжаться после завершения визита.

5. Лечение

Как в специальных, так и в обычных психиатрических больницах выбор видов лечения был довольно ограниченным. Психотерапия, как индивидуальная, так и групповая, отсутствовала. Некоторые психологи упоминали о применении "разговорной терапии", но лечение, проводимое психиатрами, ограничивалось назначением нейролептических препаратов. У нескольких пациентов была отмечена поздняя дискинезия - тяжелое и необратимое двигательное расстройство, возникающее у некоторых больных в результате хронического употребления антипсихотических (нейролептических) препаратов, но большей частью, побочные эффекты нейролептиков выражались в мышечных спазмах и сильнейшей неусидчивости.

В СПБ пациенты, обращавшиеся к американской группе с жалобами, рассматривали многие препараты и применявшиеся методы лечения как злоупотребления; большое число жалоб на использование инъекций или принудительного перорального назначения лекарств в целях наказания придает этим протестам обоснованность. С пациентами почти никогда не консультировались относительно назначаемых препаратов или методов лечения. Кроме того, судя по всему, смена назначений не объяснялась какими-либо рациональными

обоснованиями или зарегистрированными клиническими наблюдениями. Врачи пользовались комбинированным назначением психотропных препаратов, причем таким образом, что часто можно было предполагать, что они применялись скорее с целью модификации поведения или наказания, чем для лечения. Так, например, вслед за однократным случаем неудовлетворительного поведения отдавалось письменное распоряжение применять внутримышечно на протяжении 10-20 дней нейролептик сильного седативного действия.

Многие пациенты в СПБ приводили сульфозин как пример препарата, используемого в карательных целях. Ряд госпитализированных и выписанных пациентов показывал шрамы от инъекций в предплечье или ягодицу. По словам некоторых должностных лиц, сульфозин больше не используется, хотя другие утверждали обратное.

Лечение инсулином проводилось в СПБ. Пациенты не сообщали о его использовании в карательных целях; вместе с тем, электросудорожная терапия (ЭСТ), по их мнению, иногда использовалась в качестве наказания. Однако в больницах, где сообщалось о карательном применении ЭСТ, этот вид лечения в настоящее время не использовался по причине отсутствия необходимого оборудования. Персонал говорил об ЭСТ как о возможном методе лечения резистентных форм депрессии и расспрашивал о ее использовании в Соединенных Штатах.

В специальных психиатрических больницах многие пациенты содержались запертыми в своих палатах на значительную часть дня, в бездеятельности, за исключением приема пищи и прогулок во дворе. Зимой пациентов часто не выводили на прогулки в течение одного-двух месяцев в связи с низкой температурой. (В посещенных больницах, за исключением

Вильнюсской, условия для отдыха пациентов были плохими). Документированных планов лечения пациентов, признанных невменяемыми, не было. Участвующие в трудотерапии и в работах по договору получали меньше лекарств и поэтому производили впечатление более бодрых, чем другие пациенты. Хотя ступенчатая система с переводом пациентов в палаты для выздоравливающих представляется разумной, определение улучшения было нечетким и оно было плохо отражено в историях болезни.

В обычных психиатрических больницах, хотя некоторые палаты и были заперты, пациенты свободно ходили по коридорам и имели доступ к местам отдыха и развлечений. В Вильнюсе трудовые мастерские включали в себя помещения для обучения, хорошо освещенные и проветренные. В целом, было меньше жалоб на ОПБ, где для пациентов, повидимому, регулярно составлялись планы лечения.

Обучение по крайней мере некоторых из психиатров, опрошенных при посещении больниц, включало лишь полгода специализации по окончании медицинского института; один психиатр обучался судебной психиатрии всего три месяца. Пациенты по-разному оценивали врачей: некоторых они считали добрыми, но ряд врачей в СПБ характеризовали как жестоких, и во всех этих больницах остро ощущалось отсутствие эффективной процедуры подачи жалоб.

6. Диагнозы

Самым частым диагнозом как в специальных, так и в обычных психиатрических больницах была шизофрения, на которую приходилось 70-75% диагнозов. У остальных 25-30% пациентов были такие диагнозы, как умственная отсталость, органические нарушения мозговых функций, эпилепсия или психопатия. Аффективные

(эмоциональные) заболевания диагностировалось редко. Иногда при обсуждении пациентов с американской группой персонал больницы использовал нечеткие или слишком общие диагностические формулировки. Так например, когда больничным персоналом диагностировал пациента как шизофреника, эта формулировка была недостаточно обоснована текущими симптомами у больного, его анамнезом и предъявлявшимися жалобами.

7. Пересмотр необходимости дальнейшей госпитализации

Одним из юридических вопросов, рассмотренных достаточно подробно во всех больничных визитах, была необходимость в дальнейшей госпитализации пациентов и возможность их выписки. В ОПБ делегации сообщили, что средняя продолжительность госпитализации составляет примерно 60 дней и что очень немногие пациенты являются "недобровольными". Обсудив этот вопрос с администрацией Вильнюсской больницы, члены группы убедились, что большинство пациентов было первоначально принято в порядке неотложной госпитализации и, несмотря на их возражения, впоследствии было "переведено" на добровольное положение. Таким образом, после первоначальной комиссии, собирающейся через сутки после госпитализации, последующие ежемесячные пересмотры, на которые больные имеют по закону право, проводились очень редко. Хотя закон 1988 г. предоставляет больным, не согласным с их госпитализацией, право на обжалование, со времени его принятия ни один из пациентов в Вильнюсе и Каунасе фактически не апеллировал, видимо потому, что больные не были осведомлены об этом законе.

В СПБ пациенты по закону имеют право на переосвидетельствование

комиссией каждые полгода. Как было объяснено американской группе, обычно лечащий психиатр представляет дела пациентов комиссии из института им. Сербского, прибывающей из Москвы каждые полгода. В эту комиссию может входить один или более психиатров из СПб. По сообщениям пациентов, обследования этой комиссией продолжаются всего несколько минут, редко больше 10 минут.

8. Психиатрический учет

Как пациенты, так и персонал жаловались на злоупотребления постановкой на психиатрический учет, которая оказывает влияние и может помешать процессу восстановления положения больного в обществе в ряде таких аспектов как жилье, трудоустройство и получение водительских прав. Постановка на учет также делает возможной быструю повторную госпитализацию пациентов без достаточного соблюдения соответствующих процессуальных норм.

9. Строгость содержания

Большой интерес для американских психиатров, посетивших больницы, представляло сложившееся у них впечатление, что значительное число пациентов в СПб не требовало содержания в таких строгих условиях. Согласно предоставленным группе официальным статистическим данным, около 30% пациентов Черняховской СПб были объявлены невменяемыми за сравнительно мелкие преступления, не представляющие опасности для жизни и личной безопасности и, надо полагать, не представляющие "особой опасности" для общества, если ограничить эту концепцию риском насильственных действий. В число таких преступлений входили воровство без применения насилия (19%), "хулиганство" (7%) и другие мелкие преступления (4%).

Случай пятидесятилетней женщины-физика иллюстрирует тип политически неприемлемого поведения, которое может привести к госпитализации, а также роль нахождения на психиатрическом учете в облегчении повторной госпитализации. Эта женщина находилась в специальной психиатрической больнице потому, что подделала штамп о прописке и открыто обсуждала свои религиозные верования. Предыдущий контакт с психиатрами в связи с распространением религиозных листовок привел к тому, что ее поставили на учет в психдиспансере. Этот факт, а также ее не одобренные официально лекции студентам о науке и религии, привели к признанию ее невменяемой и помещению в специальную психиатрическую больницу. Подробный опрос не обнаружил у нее заметной психопатологии.

Обсуждая этот случай, лечащий психиатр признал, что в нынешнюю эпоху "перестройки" такие пациенты встречаются реже. С известной иронией он заметил, что сейчас в печати говорятся такие вещи, за которые не так давно пациентов подвергали лечению.

В другой специальной психиатрической больнице члены группы беседовали с молодым человеком, принимающим участие в националистическом движении. Он угрожал местному должностному лицу, подозреваемому в коррупции. Хотя при этом он, как сообщается, грозил оружием, психиатр в СПб, повидимому, не считал этого пациента достаточно опасным, чтобы оправдать его помещение в эту больницу.

Важно отметить, что никто из пациентов Черняховской СПб не был госпитализирован в результате ареста по "политическим статьям" 70 и 190-1. Группа не нашла явных случаев злоупотреблений по политическим или религиозным мотивам в этой больнице. Однако следует подчеркнуть, что ввиду

ограниченного характера этого визита такую возможность исключить нельзя. Некоторые случаи вызвали беспокойство в этом отношении и наверняка заслуживают дальнейшего рассмотрения. Многие пациенты, опрошенные в СПБ, полагали, что их госпитализировали в основном по политическим и религиозным причинам. Эти пациенты считали, что суть их дел замаскирована тем фактом, что официальные обвинения были уголовного характера или что в их действиях был элемент насилия. Врачи, опрошенные об этом, утверждали, что хотя, возможно, случаи "гипердиагностики" по отношению к диссидентам и имели место, все подобные лица несомненно были психически больными и нуждались в лечении.

10. Общие итоговые замечания

Хотя такого рода обследование больниц основывается на впечатлениях и не представляет собой научного исследования, оно дает некоторое основание для оценки перемен, происходящих в советской психиатрии. Открытие советской системы психиатрических больниц для визита извне следует высоко оценить как первый шаг в направлении улучшения психиатрического обслуживания и усиления защиты прав человека. Несмотря на настороженность части персонала и должностных лиц, доступ американской группы к больницам, пациентам, их документации и персоналу был в целом открытым и предоставлялся доброжелательно и с оказанием содействия. В больницах чувствовали, что времена меняются и что ожидание перемен подавить невозможно. В целом, все признавали, что существует растущая необходимость в сотрудничестве и обмене информацией с коллегами за рубежом.

Переход специальных психиатрических больниц к уровню психиатрического

ухода, существующему в психиатрических больницах общего типа, будет, вероятно, трудным, учитывая имеющиеся в их распоряжении ограниченные ресурсы. СПБ в СССР недавно совершили первый шаг в направлении перемен, но это лишь первый шаг. В соответствии с намерением нового законодательства необходимо, судя по всему, учреждение механизма дополнительной независимой проверки. Ощущение беспомощности больных в СПБ и налагаемых на них ограничений было ошеломляющим. Американская делегация приходит к выводу, что даже принимая во внимание уголовные обвинения, помещение некоторых из таких лиц в учреждения с максимально строгим режимом не являлось необходимым.

В результате визита американская группа, посетившая больницы, выявила 20 человек, в отношении которых возникли некоторые сомнения в оправданности их лечения и госпитализации; их имена сообщены советской стороне.

Значительная руководящая роль в процессе перемен должна принадлежать советским психиатрам, однако подготовка психиатров в СССР является ограниченной, краткой и характеризуется в какой-то степени жесткой приверженностью к ортодоксальным доктринам. Психиатры должны обладать свободой обмена клиническими суждениями даже в заведениях с максимально строгим режимом, а не быть поглощенными соображениями полицейского характера.

В. Обсуждение советского законодательства

В этом разделе рассматриваются относящиеся к делу аспекты советского законодательства, в том числе последние изменения в нем, для того, чтобы определить, могут ли (и в какой степени) эти и другие законодательные

реформы уменьшить вероятность злоупотребления психиатрией в политических целях.

1. Общественная опасность

Когда широкое и растяжимое понятие психического заболевания сочетается с широкой концепцией общественной опасности, предсказуемым результатом является широкое использование принудительной психиатрической госпитализации в качестве средства социального контроля. Такое предсказание подтверждается советским опытом.

а. Принудительные медицинские меры в уголовных делах.

Согласно статье 59 Уголовного кодекса РСФСР, лицо, признанное невменяемым, подлежит принудительному психиатрическому лечению, в том числе госпитализации, если им/ею совершено "общественно опасное деяние". Если суд приходит к выводу, что "по своему психическому состоянию и характеру совершенного им общественно опасного деяния" это лицо представляет "особую опасность для общества", он может назначить помещение в "психиатрическую больницу специального типа". После госпитализации степень ограничения свободы и продолжительность стационарирования должны определяться степенью опасности пациента.

Эта законодательная структура аналогична закону, регулиющему ответственность и характер содержания психически больных правонарушителей в Соединенных Штатах и большинстве других стран. Однако осуществление этой системы в Советском Союзе чревато проблемами ввиду применения широкой концепции общественной опасности.

Любое нарушение уголовного закона считается, очевидно, общественно

опасным деянием. Более того, советские суды, судя по всему, рассматривают любое нарушение "политических статей" как представляющее почти категорически "особую опасность для общества", тем самым оправдывая помещение в специальные психиатрические больницы. Таким образом, получается, что помещение в СПБ политических правонарушителей, признанных невменяемыми, определяется в первую очередь, если не единственно, характером совершенного преступления, а не психическим состоянием индивидуального больного. Когда не применявший насилия политический диссидент считается представляющим "особую опасность для общества", а тип больницы для госпитализации лиц, признанных психически больными, определяется в основном их поведением, а не психическим состоянием, злоупотребление психиатрией в политических целях фактически неизбежно.

Как отмечено выше, американская делегация осмотрела многих пациентов (большинство из которых уже были выписаны), ранее признанных представляющими особую опасность для советского общества в связи с их письменными работами, содействием националистическим устремлениям, защитой прав других граждан и распространением религиозных идей. Эти пациенты были госпитализированы в связи с определением суда о принудительном лечении, несмотря на то, что их поведение было ненасильственным и имело политический и религиозный характер, что не запрещено в странах с другими политическими системами. Их "общественно опасное" поведение заключалось в запрещенных высказываниях или выражении индивидуальных идей.

В ходе посещения больниц американская группа ознакомилась с

аргументацией в пользу этой концепции общественной опасности в беседах с советскими психиатрами. В ходе этих бесед был приведен пример генерала Григоренко. Делегации было сказано, что его поместили в специальную, а не в обычную психиатрическую больницу потому, что у его идей появились последователи. (После осмотра на Западе генерал Григоренко не был сочтен психически больным, см. 27: Reich, 1980).

Аналогичные идеи высказало в беседе с американской группой высокопоставленное официальное лицо в одной из СИБ:

Свобода в обществе привела к свободе в психиатрии. Это была часть нашего общества, которая была больна, и теперь это исправляется. Однако мы до сих пор рассматриваем этих пациентов как больных, но их болезнь не наносит реального вреда обществу. Переход границы - признак психического заболевания, равно как и распространение религиозных листовок, но теперь мы считаем, что этих людей можно лечить в обычных психиатрических больницах или амбулаторно. Не подлежит сомнению, что переход границы может быть видом расстройства, видом болезни. Но мы не будем вынуждены держать их в больнице.

В соответствии с "новым мышлением" в советской политической жизни на протяжении последних двух лет в СССР наблюдалось заметное снижение числа уголовных процессов, связанных с нарушением "политических статей" (статьи 70, 142, 190-1 и 227), и среди пациентов, осмотренных делегацией, не было ни одного, который был бы недавно госпитализирован в связи с этими статьями. Более того, многие пациенты, ранее госпитализированные

по этим статьям, теперь выписываются. (Следует отметить, однако, что даже в период визита делегации некоторые пациенты оставались госпитализированными в связи с предарестным поведением, отвечающим лишь весьма широкому толкованию общественной опасности: (No. 16, 26, возможно 9 и 24).

Нынешняя ситуация, судя по всему, отражает важную и прогрессивную перемену в судебно-психиатрической и юридической практике. Тем не менее, очевидно, что нет никаких гарантий устойчивости нынешней ситуации. Необходимо изменение в законе, а не только видимая перемена в практике. В первую очередь, если политические статьи не будут отменены или ограничены таким образом, что по ним будут квалифицироваться лишь действия, связанные с насилием или подстрекательством к насилию, риск политического злоупотребления психиатрией сохранится. В ходе беседы с советскими юристами из Института государства и права делегацию уведомили, что советский уголовный закон будет вскоре пересмотрен в этом направлении. К сожалению, недавно осуществленные перемены не устраняют должным образом опасность преследования за политическое инакомыслие.

8 апреля 1989 г. Президиум Верховного Совета СССР обнародовал Указ, изменяющий советское законодательство в части, касающейся "государственных преступлений". Статья 190-1 была отменена, но согласно статье, заменившей прежнюю статью 70, предусмотрено наказание за "публичные призывы к свержению советского государственного и общественного строя или к его изменению способом, противоречащим Конституции СССР". Эти и другие недавние изменения в уголовном кодексе, например, то, которое направлено, повидимому, против

национально-освободительных движений, или другое, запрещающее "публичные оскорбления или дискредитацию" правительственных организаций и должностных лиц, вызвали замешательство и споры в Советском Союзе, приведшие к тому, что несколько недель спустя Съезд народных депутатов отменил некоторые положения апрельского Указа (New York Times, 10 июня 1989 г.). В настоящее время можно лишь сказать, что ситуация остается неопределенной.

Другое необходимое законодательное изменение - это более четкое определение критериев принудительной госпитализации и, в особенности, госпитализации в специальные психиатрические больницы. Очевидно, что помещать в такие больницы следует лишь тех психически больных правонарушителей, которые совершили серьезные преступления с применением насилия.

б. Неотложная (административная) госпитализация

Проблема определения опасности не ограничивается помещением в психиатрические больницы в уголовном порядке. Закон, регулирующий "неотложную госпитализацию", предусматривает принудительное стационарирование, если данное лицо представляет "опасность для себя или окружающих". Хотя это понятие широко используется и в западных законодательствах, в случае, если его определение допускает растяжимое толкование, возможны злоупотребления. Эта проблема особенно очевидна в связи с законом 1988 г. (30), в соответствии с которым принудительному первичному психиатрическому освидетельствованию может быть подвергнуто "лицо, совершающее действия, дающие достаточные основания предполагать наличие у него выраженного психического

расстройства, при этом нарушающее общественный порядок или правила социалистического общежития, а также представляющее непосредственную опасность для себя или окружающих". Благодаря упоминанию нарушений "правил социалистического общежития", это положение, очевидно, оставляет место для возможных злоупотреблений. Официальные инструкции, выработанные Министерством здравоохранения, не конкретизируют достаточным образом формы поведения пациента, могущие представлять опасность для общества (25: Временные инструкции, 1988).

Проведенное обследование показало, что возможность чрезмерно широкого толкования понятия опасности для общества не является чисто гипотетической. Делегация осмотрела пять пациентов, чье последнее по времени стационарирование было осуществлено в порядке неотложной госпитализации, предусматривающей помещение в обычные психиатрические больницы исключительно по медицинским (психиатрическим) соображениям. Двое из этих пациентов были госпитализированы в 1988 г. после принятия нового закона. В то время как один из этих пациентов был, по мнению делегации, явно психически болен (No. 22), два других не были больны (No. 11 и 27). Они также не представляли явной опасности для себя, окружающих или для общества, если только не расценивать таким образом их недавнюю деятельность политического характера.

Кроме того делегация неофициально, в отсутствие советских психиатров опросила еще одного пациента, охарактеризованного правозащитными источниками в качестве одного из "политических" пациентов, госпитализированного в прошлом году. Этот пациент, врач по профессии, сообщил властям о финансовых злоупотреблениях в больнице, заключавшихся в присвоении служебных

автомобилей, которые были списаны и подлежали сдаче на металлолом. В результате конфликта с властями он в конечном счете лишился работы; его репутации был нанесен ущерб. Пациент был приговорен к лишению свободы, а затем помещен в психиатрическую больницу, откуда он бежал в 1988 г., чтобы предложить свои услуги в качестве врача в Армении. По мнению делегации этот человек явно не был психически больным и не должен был быть госпитализирован. Делегация получила сведения из неофициальных источников, что за последнее время имели место и другие сомнительные случаи госпитализации.

Опасность злоупотребления административной госпитализацией можно свести к минимуму, ясно и конкретно определив формы опасного поведения, оправдывающие стационарирование в связи с социальной опасностью, и исключив из этой категории политическое и диссидентское поведение. Таково, судя по всему, намерение, выраженное в недавнем заявлении Министерства здравоохранения:

Теперь человека можно принудительно поместить в психиатрическую больницу без его согласия лишь в том случае, если он представляет непосредственную опасность для окружающих, а также для себя (в форме попытки самоубийства) (см. 23: Правда, 1989).

Это является положительной переменой. Однако эти очевидные цели должны быть закреплены в законе. До тех пор, пока это не сделано, серьезный риск злоупотреблений сохраняется.

2. Уголовный процесс

С точки зрения человека, обвиняемого в совершении преступления, в признании его невменяемости и

общественной опасности на карту поставлено многое. В некоторых отношениях последствия принудительных медицинских мер могут быть более тяжелыми и приводить к большим ограничениям в правах, чем осуждение и наказание по уголовному делу. В соответствии с этой точкой зрения в американском законодательстве существует тенденция оставлять решение о выдвигении невменяемости в качестве мотива защиты исключительно на усмотрение обвиняемого. Иными словами, ни суд, ни обвинение не могут навязать такую защиту, если обвиняемый, способный принимать обоснованные решения, возражает против этого. Иной порядок в Советском Союзе, где решение поставить вопрос о невменяемости и добиваться принудительного лечения остается за следственными органами и прокуратурой.

В этом юридическом контексте справедливость процедуры, в соответствии с которой обвиняемый объявляется невменяемым и общественно опасным, вызывает немалую тревогу с точки зрения прав человека. Соответственно, эта проблема была изучена как американскими специалистами, проводившими структурированные опросы пациентов, так и группой, посетившей специальные психиатрические больницы.

Как отмечено выше, практически все опрошенные делегацией пациенты, как остававшиеся госпитализированными, так и выписанные, сообщили, что: 1) они никогда не видели адвоката, даже если он, возможно, и был назначен по их делу; 2) им не вручали копий акта судебно-психиатрической экспертизы и материалов предварительного следствия, как того требует закон; и 3) судебное заседание происходило в их отсутствие. Как правило, пациенты сообщали, что их арестовали, отправили в тюрьму, поместили в больницу на судебно-психиатрическую

экспертизу и перевели в другую больницу по определению о принудительном лечении, не дав им даже возможности выступить в свою защиту и не известив их о юридических основаниях лишения их свободы. Короче говоря, обвиняемый не участвует в процессе, определяющем его судьбу. В той мере, в какой эти сообщения правильно отражают советскую юридическую практику, этот процесс несправедлив в своей основе.

Возможно, что эти факты отражают намеренную и систематическую практику игнорирования процессуальных прав, гарантированных советским законом, и лишения лиц, обвиняемых в политических преступлениях, публичной возможности возразить на выдвинутые против них обвинения (см. статью 246 Уголовно-процессуального кодекса РСФСР (приложение Е), предусматривающую присутствие обвиняемого в судебном заседании, кроме как при исключительных обстоятельствах). Если это так, то эти вопиющие нарушения законности должны быть незамедлительно исправлены. Возможно также, однако, что практика исключения предположительно психически больных лиц из участия в их собственных процессах возникла не по злому умыслу, а как результат ошибочного толкования природы и последствий судебно-психиатрического освидетельствования. Если это объяснение верно, проблемы, обнаруженные американской делегацией, могут быть преодолены путем соответствующих изменений в судебно-психиатрической и судебной практике.

Из бесед делегации с судебными психиатрами и пациентами можно заключить, что судебно-психиатрические экспертизы обычно проводятся в стационарах и что лица, признанные психически больными, остаются там до завершения юридического процесса. Если пациент

при этом содержится в больнице, находящейся за пределами юрисдикции суда, рассматривающего данное дело, его защитник может не иметь практической возможности своевременно увидеться с ним. Кроме того если обвиняемый признается психически больным, суд, повидимому, полагает, что "характер болезни" препятствует его появлению в судебном заседании (см. статью 407 Уголовно-процессуального кодекса РСФСР).

За последнее десятилетие практика судебно-психиатрической экспертизы в Соединенных Штатах подверглась существенным изменениям и накопился значительный объем знаний относительно клинических и юридических аспектов такой экспертизы. Исходя из этого опыта, делегация считает, что стандартная советская практика основывается на нескольких ошибочных предположениях. Во-первых, в значительном числе случаев судебно-психиатрическая экспертиза может проводиться амбулаторно. Во-вторых, хотя в некоторых случаях госпитализация может оказаться необходимой (либо потому, что обвиняемый нуждается в срочном лечении, либо ввиду необходимости определенного периода клинического наблюдения для целей освидетельствования), обычно можно вернуть обвиняемого в распоряжение суда до его заседания. (Согласно процессуальным нормам США, в тех немногих случаях, когда это невозможно по клиническим соображениям, обвиняемые не могут быть судимы, так как они не компетентны участвовать в своей защите). И, наконец, кажущееся очевидным предположение, что обвиняемый, признанный психически больным, не может участвовать в своем судебном процессе, в некоторых случаях клинически не обосновано, особенно в свете широты

диагностических подходов, используемых советскими психиатрами.

Многое можно извлечь из недавнего опыта США и других западных стран. Делегация рекомендует, чтобы соответствующие советские организации пригласили компетентных экспертов по судебной психиатрии и психологии для консультаций о способах улучшения судебно-психиатрической экспертизы. Тем временем, однако, советским юридическим органам следовало бы рассмотреть возможность нескольких процессуальных реформ. Во-первых, защитники должны назначаться на гораздо более ранней стадии процесса, возможно в момент начала предварительного следствия. Необходимость такой реформы, к которой уже на протяжении многих лет призывают советские ученые-юристы, особенно очевидна в случае лиц, подлежащих судебно-психиатрической экспертизе. Во-вторых, обвиняемый должен иметь право присутствовать на судебном заседании по своему делу независимо от диагноза психического заболевания. Результатом не мотивированного клинически отстранения психически больных от участия в судебном процессе может быть лишь ограничение их возможности защиты или публичного объяснения своего поведения. В тех редких случаях, когда обвиняемый нуждается в госпитализации для лечения обострения, суд следует отложить.

3. Пересмотр необходимости в дальнейшей принудительной госпитализации

Госпитализация правонарушителей, признанных невменяемыми, является спорной социальной практикой почти во всех странах, потому что такое лицо, как правило, не обладает "правом" на освобождение в какой-либо установленный срок. Длительность госпитализации является

неопределенной и зависит от клинической оценки состояния пациента и его вероятного поведения после освобождения. Поэтому длительность госпитализации может не зависеть от тяжести преступления и даже превысить предписанный законом срок наказания за такое правонарушение, особенно если оно не слишком серьезно.

Процесс принятия решений при "уголовной" госпитализации, как правило, весьма консервативен. При чисто "административной" принудительной госпитализации больничные психиатры могут выписать пациента без чьего бы то ни было одобрения. В противоположность этому, при "уголовной" госпитализации во многих странах, в том числе и в Советском Союзе и в большинстве штатов США, пациент не может быть освобожден без согласия суда.

Это может привести к ситуации, при которой суд отказывается распорядиться о выписке или переводе пациента, несмотря на благоприятную психиатрическую рекомендацию. Хотя это и произошло с двумя из опрошенных делегацией пациентов, и ряд подобных примеров был доведен до сведения группы, посетившей больницы, такие случаи в СССР представляют собой исключение, а не правило.

С точки зрения пациента важнейший вопрос состоит в том, имеет ли он или она возможность добиться перевода или освобождения, даже если больничные психиатры этого не рекомендуют. Периодические психиатрические переосвидетельствования сейчас требуются советским законом: согласно закону 1988 г. и соответствующей инструкции Министерства здравоохранения, пациенты имеют право на автоматическое переосвидетельствование психиатрической комиссией каждые полгода. Если комиссия рекомендует перевод или выписку, главный психиатр органа здравоохранения по месту

нахождения больницы, судя по всему, несет ответственность за представление суду соответствующей рекомендации. Однако, если главный психиатр, основываясь на заключении комиссии, не рекомендует перевода или выписки, пациент на практике мало что может сделать. Согласно всем показаниям, правом на обжалование неблагоприятного заключения в суд, гарантированным родственникам или законным представителям пациента до принятия правил Министерства здравоохранения 1988 г., на практике пользовались нечасто; случаи успешного обжалования были редки.

На практике, таким образом, благоприятная рекомендация комиссии представляет собой необходимое, хотя и не достаточное условие освобождения. Но, как уже отмечалось ранее, пациенты, опрошенные делегацией, многократно сообщали, что комиссии, как правило, уделяют каждому пациенту лишь несколько минут и не обеспечивают независимой оценки его состояния. Необходимо требовать реального освидетельствования независимой психиатрической комиссией и реальной возможности апеллировать в суд. Невозможность такого переосвидетельствования содействует возникновению глубокого чувства бессилия, описанного, в один голос, пациентами, помещенными в специальные психиатрические больницы.

4. Процесс неотложной госпитализации

До января 1988 г. в СССР не было законов, регулирующих принудительное психиатрическое лечение вне рамок уголовного процесса. Единственным источником нормативных указаний по поводу "неотложной госпитализации" была инструкция по этому вопросу, выпущенная ограниченным тиражом Министерством здравоохранения (31: Инструкция о порядке неотложной

госпитализации психически больных, представляющих общественную опасность, 1971). Согласно всем сообщениям, процесс принудительной госпитализации считался предоставленным, в основном, на усмотрение психиатров.

По общему мнению, закон, принятый в январе 1988 г., придал правам пациентов, подлежащих принудительному лечению, законный статус, до этого отсутствовавший. Как заявил делегации юрист Бородин из Института государства и права, инструкции, выпущенные ранее Министерством здравоохранения, не только не были известны населению, но в общем и не соблюдались на практике. Теперь, когда требования, регулирующие этот процесс, сформулированы в законе, они "подняты на новый уровень" и рассматриваются как обязательные по закону.

Важный вопрос состоит в том, обеспечивают ли критерии и процедуры, предписанные законом 1988 г., и инструкции по осуществлению этого закона, выпущенные Министерством здравоохранения (25: Временные инструкции, 1988), адекватные меры предосторожности против необоснованной госпитализации и, в особенности, против политических злоупотреблений. По мнению делегации США, хотя новый закон и является прогрессивным шагом, по ряду причин явно необходимы дополнительные меры предосторожности. Во-первых, делегация наблюдала реальные случаи необоснованной госпитализации в период действия нового закона. Во-вторых, дальнейшие реформы были рекомендованы советскими юристами, с которыми консультировалась делегация. Как отмечала С.В. Полубинская, закон 1988 г. - это "компромисс между интересами Министерства здравоохранения и делом защиты конституционных прав граждан" ("Комсомольская правда", 1988 г.).

И, наконец, необходимы дальнейшие меры защиты, чтобы согласовать советский закон с соответствующими положениями, предложенными Комиссией ООН по правам человека (см. 11: проект Свода принципов и гарантий защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи, Экономический и Социальный Совет Комиссии Объединенных Наций по правам человека, Подкомиссия по предотвращению дискриминации и защите меньшинств, 1988 г.).

Говоря конкретно, делегация считает, что дальнейшие реформы желательны в следующих двух областях.

1) Процесс принятия решений должен быть построен так, чтобы обеспечить возможность незамедлительного и полноценного пересмотра заключений психиатров судом либо иной независимой организацией. 2) Все лица, подлежащие принудительной госпитализации, должны быть незамедлительно уведомлены в письменной форме об их праве на обжалование решения психиатров, и, если они того хотят, на юридическое представительство.

5. Независимая проверка решений психиатров

Главным действенным результатом закона 1988 г. была регламентация процесса принятия решений, установленного ранее инструкцией Министерства здравоохранения от 1971 г. о неотложной госпитализации. Закон требует освидетельствования пациента психиатрической комиссией в течение одних суток после стационарирования и периодического переосвидетельствования комиссией не реже одного раза в месяц в течение первого полугодия, а затем каждые полгода. Помимо этого, новый закон обеспечивает механизмы проверки извне, ранее не существовавшие. Во-первых, пациент, его родственники или

законные представители имеют право включить в комиссию психиатра по своему выбору; во-вторых, пациент, его родственники или законные представители могут обжаловать решение комиссии перед главным психиатром; в третьих, решение главного психиатра может быть обжаловано в суд; и наконец, ответственность по надзору за соблюдением законности этого процесса возлагается на прокуратуру.

Пациенты, госпитализированные против их воли, должны иметь реальную возможность независимого пересмотра их дел в разумные сроки не только затем, чтобы убедиться, что психиатры следовали должной процедуре, но и чтобы обеспечить соблюдение установленных критериев. В настоящее время, судя по всему, такая возможность не обеспечена. В первую очередь, возможность "обжаловать в суд", гарантированная законом, не предоставляется достаточно скоро после стационарирования, чтобы обеспечить юридическую защиту для подавляющего большинства пациентов, госпитализированных на короткий период. Практически суды остаются за пределами досягаемости, потому что пациенты должны обжаловать свое дело главному психиатру прежде, чем они могут обратиться в суд. (Делегация была уведомлена, что среднее пребывание в психиатрической больнице общего типа составляет примерно 60 дней, а при посещении ОПБ членам группы сообщили, что никаких обжалований в суд еще не было. К тому же, согласно недавнему сообщению, в 1988 г. в Москве была 71 тысяча госпитализаций, но лишь 10 случаев были обжалованы в суд, см. 23: "Правда", 1989). Во-вторых, хотя закон 1988 г. и возлагает "надзорную" ответственность на прокуратуру, для реального осуществления этой функции пока не установлено никакой системы,

и неясно, что подразумевается под этим надзором.

Таким образом, согласно существующей системе, практическая ответственность за проверку решений комиссии по существу возложена, в основном, на главного психиатра. Если бы Министерство здравоохранения предприняло серьезную попытку контроля над процессом принудительной госпитализации с помощью главных психиатров и если бы последние обеспечили создание независимых психиатрических комиссий, то это уменьшило бы риск необоснованной госпитализации. Однако, даже если бы эти шаги и были предприняты, делегация считает, что реальная возможность судебной проверки является наиболее существенной мерой защиты, когда дело касается долгосрочной принудительной психиатрической госпитализации. Поэтому, по меньшей мере, судебное рассмотрение должно быть обязательным после полугода принудительной госпитализации, как рекомендует юрист Бородин из Института государства и права, красноречиво выступивший на встрече с делегацией в пользу необходимости дальнейших реформ.

6. Уведомление и представительство

Никакая процедура проверки не будет реальной, если пациенты не будут знать о своем праве воспользоваться ею и не получат в этом какое-то юридическое содействие. Как следует из бесед делегации с пациентами и персоналом психиатрических больниц общего типа, пациенты не информированы в достаточной степени о своем праве оспаривать госпитализацию. К тому же, судя по всему, госпитализация любого пациента, который не выдвинул возражений против нее, считается добровольной и не подлежит последующим пересмотрам комиссией

после первоначальной проверки в течение первых суток. Но отсутствие возражений со стороны пациента может быть связано с тем, что он не знает о своем праве оспаривать госпитализацию, а не свидетельствовать о его желании оставаться в больнице. В связи с этим, все пациенты должны быть уведомлены как устно, так и письменно о своих законных правах как можно скорее после поступления в больницу (см. статью 4 проекта Свода принципов и гарантий Комиссии ООН по правам человека, 1988).

Закон 1988 г. гарантирует психиатрическим пациентам помощь адвоката. Ясно, однако, что эта гарантия еще не осуществляется на практике. Поскольку помощь адвоката существенно необходима для защиты законных интересов пациентов, этот аспект нового закона исключительно важен (см. статью 17-1 проекта Свода принципов и гарантий Комиссии ООН по правам человека, 1988).

Двадцать лет назад административная госпитализация была в США по сути прерогативой врача. Госпитализация была на неопределенный срок и с ней было связано множество проблем. Сейчас эти же проблемы стоят перед СССР. В этом отношении политическое злоупотребление психиатрией является лишь одним из проявлений более значительной проблемы психиатрической помощи в СССР, потенциально затрагивающей всех пациентов.

7. Карательные условия в спецбольницах

Одна из важнейших задач, стоящих перед советской психиатрией, - это ликвидация наследия "карательной психиатрии", ассоциируемого со специальными психиатрическими больницами, наследия, полностью документированного как пациентами-диссидентами, опрошенными делегацией,

так и личными наблюдениями членов группы, посетившей больницы. Задача состоит в том, чтобы добиться гуманной терапевтической среды, превратив прежние психиатрические тюрьмы в охраняемые больницы. Важный первый шаг был сделан законом 1988 г., передавшим эти больницы из юрисдикции Министерства внутренних дел в ведение Министерства здравоохранения. (Министерство здравоохранения уже закрыло семь специальных психиатрических больниц). Однако переход от прежнего режима к новому потребует активных действий, в том числе крупных архитектурных изменений, увеличения ресурсов и, что, наверное, важнее всего, фундаментальных перемен в философии медицинского ухода и повышения врачебного авторитета.

Трудность задачи, стоящей перед советским Министерством здравоохранения, была продемонстрирована визитами американской группы в специальные психиатрические больницы в Казани и Черняховске. (Однако клиническая группа, посетившая Ленинградскую СПБ, вынесла благоприятное впечатление об условиях содержания и лечения в этом учреждении). Если условия в двух вышеупомянутых СПБ представительны для других больниц этого типа, Министерство здравоохранения стоит перед лицом серьезного кризиса. Руководители этих больниц производят впечатление людей, приверженных целям нового режима, но необходимые перемены не могут быть осуществлены лишь за счет наличия доброй воли. Администрация больниц будет нуждаться в постоянной поддержке Москвы как в ресурсах, так и в решимости.

Группа, посетившая больницы, была поражена всеобъемлющим чувством бессилия, ощущавшимся всеми пациентами в Казани и Черняховске, и общими ограничениями в условиях содержания. Важнейшее место в этих

больницах занимало поддержание порядка и контроля. Даже несмотря на то, что новый закон гарантирует пациентам право на "уважительное и гуманное отношение, исключаящее унижение человеческого достоинства" (раздел 2), условия лечения в СПБ как в прошлом, так и сейчас противоречат этому обещанию.

Ранее в настоящем докладе делегация перечислила унижения человеческого достоинства, наблюдавшиеся в СПБ, в том числе ограничение доступа к писчебумажным принадлежностям, цензуру переписки, чрезмерное наблюдение за визитами и отсутствие у пациентов личных вещей. Все эти проявления больничной практики несовместимы с проектом Свода принципов и гарантий Комиссии ООН по правам человека (1988 г.).

Пациенты сообщали о карательном использовании медицинских препаратов и об их эпизодическом применении в связи с нарушениями режима, особенно об использовании сульфозина. Подробно обследованные госпитализированные и выписанные пациенты, а также ряд пациентов, опрошенных группой, посетившей больницы, заявляли безоговорочно и без наводящих вопросов, что в СПБ антипсихотические лекарства применялись в форме инъекций в течение 10-15 дней за нарушение больничных правил. Использование медицинских препаратов для нетерапевтических целей нарушает директивы Министерства здравоохранения и все международные кодексы прав человека и профессиональной этики.

Многие пациенты сообщали, что их самих или других пациентов, чему они были свидетелями, жестоко избивали больные или уголовники-санитары, работавшие в СПБ. Эти пациенты считают, что персонал знал об этих избиваниях и одобрял их, а возможно и подстрекал к ним в целях наказания за нарушения больничных правил.

В больницах, будь то СПБ или ОПБ, отсутствует принятая система рассмотрения жалоб пациентов. В результате пациенты опасаются мести в случае, если они пожалуются на обращение с ними, на злоупотребления со стороны персонала или на чрезмерно ограничительные больничные правила и практику; пациенты чувствуют, что у них нет никаких прав.

Кроме того ни в СПБ, ни в ОПБ пациенты не участвуют в принятии решений относительно своего лечения. Судебно-психиатрические больницы в США 20-30 лет назад стояли перед такими же проблемами, а в некоторых штатах они существуют и по сей день. За последние 20 лет одним из важнейших сдвигов в философии психиатрического здравоохранения в США и других странах было признание роли пациента в его собственном лечении. Старая модель психиатрического всевластия уступила место, по крайней мере в какой-то степени, модели участия пациентов в принятии решений относительно их лечения.

Одним из важных механизмов осуществления перемен в преобладающих ныне больничных условиях было бы установление процедуры подачи жалоб и программ защиты прав пациентов. В США для этого используются различные механизмы. В некоторых штатах существуют ведомства, которые информируют пациентов, выступают в их защиту и представляют больных в их юридических и социальных нуждах. Одно из самых известных таких ведомств - Служба информации психического здоровья в штате Нью-Йорк (35: Wiener, 1985). Описаны и другие механизмы защиты пациентов и отстаивания их прав, в особенности, юридические механизмы (21: Perlin, 1986). Недавно Конгресс после федерального расследования злоупотреблений и практики лечения в психиатрических больницах США принял

федеральный закон, Акт о защите и представлении интересов психически больных (PL #99-319, 1986). Этот акт предоставляет фонды каждому штату для организации программ защиты, сотрудники которых имеют право посещать больницы и представлять пациентов, неудовлетворенных больничными условиями или лечением (34: Weicker, 1987; 26: Reatig, 1987). В нем также кодифицирован "билль о правах" пациентов. Аналогичные подходы должны быть рассмотрены и в СССР.

8. Психиатрический учет

В предыдущих разделах настоящего доклада описаны жалобы выписанных пациентов на трудности, связанные с их нахождением на психиатрическом учете, в том числе на ограничение их юридических прав (избирательное право, право на вождение автомашины), на возможность общественной и экономической дискриминации и риск необоснованной повторной госпитализации. Проблемы, отмеченные пациентами в связи с их нахождением на учете по поводу психического заболевания, стояли не только перед группой пациентов, подробно обследованных делегацией. Среди 20 других пациентов, опрошенных "неофициально", раздавались частые и горькие жалобы на отрицательное влияние психиатрического учета на возможность обеспечить себе средства к существованию, качество жизни и благополучие пациентов. В своих неофициальных беседах делегация также получила сообщения, что в прошлом в некоторых городах лица, никогда не госпитализированные и не освидетельствованные, ставились психиатрами на учет в диспансере по просьбе своего начальства по службе в связи с их поведением на работе.

Делегация приветствует предпринимаемые в последнее время

советской стороной усилия по ограничению психиатрического учета теми случаями, когда лица опасны для окружающих. Эти перемены должны быть полностью осуществлены как можно скорее.

Г. Заключения

1. Общественная опасность

- а. Советский уголовный кодекс запрещает некоторые виды политического и религиозного самовыражения, которые в либеральных демократических обществах не считаются преступными или подлежащими наказанию. Поскольку любое нарушение советского уголовного закона рассматривается, судя по всему, как "общественно опасное деяние", уголовно-правовое запрещение политического и религиозного инакомыслия дает юридическое основание для принудительной психиатрической госпитализации диссидентов, которые диагностируются как психически больные.
- б. До недавнего времени советский суд, повидимому, почти категорически рассматривал лиц, нарушающих политические статьи советского уголовного законодательства (такие как статья 70 и 190-1), как "особо опасных для общества", несмотря на то, что их преступное поведение представляло собой ненасильственное выражение политических и религиозных идей. В результате, политические диссиденты,

признаваемые "невменяемыми", сплошь и рядом помещались в специальные психиатрические больницы с максимально строгим режимом.

- в. Ни один из пациентов, осмотренных делегацией, не был госпитализирован за последний год в результате ареста по "политическим статьям".
- г. Хотя проблема "неотложной госпитализации" не могла быть изучена досконально, некоторые факты свидетельствуют о том, что на протяжении последнего полугодия имело место ее использование в отношении лиц, чье поведение было по сути политическим и не представляло опасности ни для них самих, ни для окружающих. Эта практика очевидно противоречит принципам, провозглашенным Министерством здравоохранения и исключаящим принудительную госпитализацию, если пациент не "представляет непосредственной опасности для себя или окружающих".

2. Процессуальная защита

- а. По словам практически всех опрошенных делегацией пациентов (как остававшихся в стационаре, так и выписанных), которые были госпитализированы после признания их "невменяемыми" и "общественно опасными", они не играли никакой роли в уголовном процессе, приведшем к их

стационарному. За исключением одного случая, они никогда не встречались с адвокатом, даже если он и был назначен по их делу. Только три из опрошенных по этому вопросу пациентов сообщили, что видели материалы следствия, и никто из них, по их словам, не был ознакомлен с актом судебно-психиатрической экспертизы. Всех их, за исключением одного, судили заочно.

- б. Хотя статус пациента, находящегося на принудительном лечении, в соответствии с требованием закона пересматривается психиатрической комиссией каждые полгода, эти переосвидетельствования, судя по всему, весьма кратки (обычно длятся менее 10 минут), формальны и не обеспечивают независимого вынесения решений. У пациентов практически нет реальной возможности оспорить решение врачебного персонала оставить их в стационаре.
- в. До принятия нового закона в январе 1988 г. гражданская процедура "неотложной госпитализации" рассматривалась в основном как прерогатива психиатра. Согласно общему мнению, новые правила представляют собой важную реформу, поскольку они обнародованы и устанавливают юрисдикцию закона над этой процедурой. Однако, судя по имеющейся информации, положения нового закона не

обеспечивают должной защиты от необоснованной госпитализации, и даже провозглашенные новым законом юридические гарантии (в том числе представительство адвоката, периодические психиатрические освидетельствования и возможность обжалования в суд) пока не приведены в действие.

3. Права пациентов

- а. Основываясь на сообщениях пациентов и своих наблюдениях, делегация считает, что условия в большинстве специальных психиатрических больниц, за исключением Ленинградской СПБ, являются необоснованно суровыми и ограничивающими. Несмотря на частично осуществленную передачу СПБ Министерством внутренних дел в ведение Министерства здравоохранения и очевидную добрую волю со стороны администрации больницы, посещенных делегацией, эти учреждения сохраняют многие черты психиатрических тюрем. Пациентам отказывают в фундаментальных правах; судя по всему, имеет место применение медицинских препаратов с карательной целью, и пациенты опасаются мести за жалобы на применяемое лечение, на грубое обращение персонала, на ограничивающие больничные правила и практику. Иными словами, переход к более гуманному режиму только начался.

- б. Хотя знакомство делегации с психиатрическими больницами общего типа было ограниченным, из бесед с пациентами и другой информации явствует, что эти лечебные заведения гораздо более гуманны и лучше в терапевтическом отношении, чем специальные психиатрические больницы.
- в. Характерной чертой стационарной психиатрической помощи в Советском Союзе, особенно в специальных психиатрических больницах, является то, что пациенты не участвуют в сколько-нибудь значительной степени в процессе принятия решений об их собственном лечении.
- г. Советские власти провозгласили намерение сократить число лиц, состоящих на учете в психиатрических диспансерах, и требовать постановки на учет только лиц, представляющих непосредственную опасность для себя или окружающих. Однако этот процесс пока еще находится на начальной стадии. В настоящее время, судя по всему, множество людей сталкивается с социальными и юридическими трудностями из-за наличия у них диагноза психического заболевания.

Д. Рекомендации

1. Широкая концепция "общественной опасности" способствовала возникновению в СССР практики госпитализации людей, не

страдающих психическими заболеваниями. В силу этой и иных причин делегация рекомендует принять дальнейшие меры по пересмотру советского уголовного законодательства с целью устранения всех запретов на выражение политических и религиозных идей.

2. Новый закон и правила, судя по всему, необходимы для того, чтобы позволить Министерству здравоохранения претворить в жизнь провозглашенное им намерение ограничить принудительную административную госпитализацию ("неотложную госпитализацию") случаями больных, представляющих непосредственную опасность для себя или окружающих, и таким образом снизить риск использования ее для подавления инакомыслия.
3. Адвокаты должны назначаться на ранней стадии уголовного процесса до проведения судебно-психиатрической экспертизы для решения вопроса о психическом заболевании и невменяемости. Лицам, подлежащим судебно-психиатрической экспертизе по уголовным делам, должны предоставляться права, уже сформулированные в советском уголовно-процессуальном законе (т.е. право играть роль в процессе следствия, быть информированными о выдвигаемых против них обвинениях, иметь доступ к материалам следствия и судебно-психиатрической экспертизы и присутствовать на судебном заседании).
4. Ввиду чрезмерно длительных сроков госпитализации некоторых пациентов в СПБ следует придать

- больше весомости периодической проверке необходимости дальнейшей госпитализации для принудительного лечения; эта проверка должна включать реальный и независимый пересмотр комиссиями или другими органами контроля с последующим обязательным рассмотрением дела в суде.
5. В правила, регулирующие "неотложную госпитализацию", осуществляемую в гражданском порядке, следует внедрить дополнительные процессуальные гарантии. В их число входят обязательные периодические пересмотры необходимости госпитализации и обязательное судебное рассмотрение не позднее, чем через полгода после госпитализации. Ввиду того, что недавняя статистика документирует лишь 10 случаев обжалования в суд из 71 тысячи случаев госпитализации в Москве в 1988 г., необходимо обеспечить возможность осуществления права на юридическое представительство и облегчить процесс обжалования. Судя по всему, эти рекомендации одобряются видными советскими юристами.
6. В соответствии с проектом свода принципов и гарантий защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи Комиссии ООН по правам человека, лечебный режим в специальных психиатрических больницах следует сделать менее ограничительным; пациентам должно быть предоставлено больше прав и возможностей для нормальной деятельности. Должно быть меньше запретов и ограничений, таких как
- ограниченный доступ к писчебумажным принадлежностям, цензура корреспонденции, пристальное наблюдение за визитами и отсутствие личных вещей.
7. Госпитализированные пациенты должны информироваться об их правах, и эти права должны гарантироваться законом и правилами. Пациенты должны в большей степени привлекаться к принятию решений об их лечении. Следует установить механизм подачи жалоб и организовать службы защиты пациентов, использующие посредников, представляющих их интересы, либо иные формы защиты.
8. В согласие с предложениями, уже выдвинутыми в СССР, делегация поддерживает дальнейший пересмотр медицинских показаний к постановке пациентов на учет в психдиспансере. Должны быть введены правила, предотвращающие постановку людей на учет без их ведома. Для того, чтобы психиатрические диагнозы, поставленные в прошлом лицам, не являющимся психически больными, не препятствовали их полному возвращению в общество, эти диагнозы должны сниматься.
9. Следует организовать совместные американско-советские исследования, касающиеся судебно-психиатрической практики, определения незыблемости и роли закона в обеспечении защиты прав пациентов.

Е. Перспективы

1. Для облегчения диалога по вопросам, поднятым в ходе визита, делегация надеется как можно скорее получить отчет о статусе каждого из пациентов, опрошенных ею в СССР.
2. Американская группа, посетившая больницы, выявила 20 пациентов, чья госпитализация и лечение были сомнительными, даже при том, что принадлежность их к "политическим случаям" остается неясной. Имена этих пациентов представлены советской стороне. Делегация США запросила дальнейшую информацию об исходе этих дел.
3. Делегация рекомендует, чтобы США и СССР незамедлительно приступили к дискуссиям с целью:
 - а) разработать детали посещения советской делегацией психиатров и других экспертов больниц и судебно-психиатрических учреждений в США;
 - б) подготовить следующий визит делегации США в Советский Союз, чтобы позволить ей встретиться с пациентами, опрошенными в ходе первого посещения;
 - в) установить постоянное сотрудничество в форме обменов и совместных исследований, рекомендованных в настоящем докладе.
4. Делегация рекомендует образовать международную комиссию, включающую представителей США, СССР и других стран, для проверки предполагаемых злоупотреблений психиатрией в любой стране. Там, где это необходимо, комиссия должна иметь непосредственный доступ к пациентам и документам для целей проверки.

ПРИЛОЖЕНИЯ А

СОСТАВ ДЕЛЕГАЦИИ США И КОРРЕСПОНДЕНЦИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО УЧАСТИЯ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ

Руководитель делегации США

Роберт У. Фарранд
Заместитель помощника
Государственного Секретаря
по Правам Человека и Гуманитарным
Вопросам
Государственный Департамент США

Руководитель психиатрической группы

Лорен Х. Рот, Доктор Медицины,
Магистр Общественного
Здравоохранения
Профессор психиатрии
Медицинская школа Питтсбургского
университета

Директор по научной части

Даррел А. Регир, Доктор Медицины,
Магистр Общественного
Здравоохранения
Директор Отдела Клинических
Исследований
Национальный Институт Психического
Здоровья

Руководитель группы, посетившей больницы

Харольд М. Высоцки, Доктор Медицины
Профессор и Заведующий Кафедрой
Кафедра психиатрии
Медицинская школа университета
Нортуэстерн

Научные группы

Группа No. 1

Сэмюэль Дж. Кит, Доктор Медицины -
руководитель группы
Заместитель Директора по общим
вопросам и по программе
"Шизофрения"
Отдел Клинических Исследований
Национальный Институт Психического
Здоровья

Владимир Г. Левит, Доктор Медицины,
Доктор медицинских наук Психиатр,
владеющий русским языком
Штатный психиатр
Роклендский Психиатрический Центр

Джонас Р. Раппепорт, Доктор
Медицины - судебный психиатр
Главный медицинский сотрудник
Окружной Суд города Балтимора

Алла Арсенян-Климова - переводчик
Кэролин Смит - переводчик

Группа No. 2

Уильям Т. Карпентер, Доктор
Медицины - руководитель группы
Профессор психиатрии
Медицинская школа Мерилендского
Университета
Директор Мерилендского
Психиатрического Научно-
исследовательского Центра

Давид Б. Лозовский, Доктор
Медицины, Доктор Философии,
Доктор медицинских наук
Психиатр, владеющий русским языком
Научно-медицинский администратор
Национальный Институт по Вопросам
Злоупотребления Алкоголем и
Алкоголизма

Джозеф Д. Блум, Доктор Медицины -
судебный психиатр

Профессор и заведующий кафедрой
психиатрии
Орегонский Университет
Здравоохранения

Уильям Хопкинс - переводчик
Галина Туник - переводчик

Группа No. 3

Роберт М.А. Гиршфельд, Доктор
Медицины - руководитель группы
Руководитель сектора по
исследованию аффективных
заболеваний
Отдел Клинических Исследований
Национальный Институт Психического
Здоровья

Феликс Клейман, Доктор Медицины
Психиатр, владеющий русским языком
Ассистент по клинической психиатрии
Нью-Йоркский Медицинский Колледж

Джон Монахан, Доктор Философии -
судебный психолог
Профессор права кафедры Генри и
Грейс Доерти
Юридическая Школа Университета
Вирджинии

Джон Файнерти - переводчик
Кирилл Борисов - переводчик

Группа, посетившая больницы

Ричард Дж. Бонни
Профессор права кафедры Джона С.
Бэттла
Директор Института Права,
Психиатрии и Общественной
Политики
Юридическая Школа Университета
Вирджинии

Джозель Клайн
Адвокатская Контора "Оник, Клайн и
Фарр"

Эллен Мерсер
Директор Отдела Международных
Связей
Американская Психиатрическая
Ассоциация

Питер Б. Реддауэй
Профессор политологии и
международных отношений
Институт Китайско-Советских
исследований
Университет Джорджа Вашингтона

Элмор Ф. Ригамер, Доктор Медицины
Заместитель Помощника
Государственного Секретаря по
Службе Психического Здоровья
Отдел медицинских служб
Государственный Департамент США

Леон Стерн, Доктор Медицины
Психиатр, владеющий русским языком
Медицинский директор
Служба Психического Здоровья
Рокауэй

Консультанты

Нэнси Эндрисен, Доктор Медицины,
Доктор Философии
Профессор психиатрии
Медицинский Колледж Айовского
Университета

Джек Д. Берк, Доктор Медицины,
Магистр Общественного
Здравоохранения
Директор Отдела Биометрии и
Прикладных Наук
Национальный Институт Психического
Здоровья

Питер Хенри, Доктор Философии
Директор Сектора Европы и Китая
Отдел Международного
Здравоохранения
Служба Общественного
Здравоохранения

Эдвард Дж. Келти, Доктор Философии
Помощник Директора по Международным
Программам
Национальный Институт Психического
Здоровья

Даррел Керч, Доктор Медицины
Медицинский Директор
Невропсихиатрическая
исследовательская больница
Национальный Институт Психического
Здоровья

Арманд Лоранджер, Доктор Медицины
Профессор психиатрии
Корнельский Медицинский Центр

Розалинд Манс, Доктор Медицины
Ассистент психиатрии
Университет Эмори

Сюзан Мэтьюз
Координатор Национального Плана по
Исследованию Шизофрении
Отдел Клинических Исследований
Национальный Институт Психического
Здоровья

Майкл Новаков, Доктор Медицины
Научный сотрудник
Медицинский Центр Даунстэйт

Уильям Поттер, Доктор Медицины,
Доктор Философии
Руководитель Секции Клинической
Фармакологии
Национальный Институт Психического
Здоровья

Энн Х. Розенфельд
Специалист по Связям с
Общественностью
Канцелярия Директора
Национальный Институт Психического
Здоровья

Салим А. Шах, Доктор Философии
Старший Научный Сотрудник
Отдел Биометрии и Прикладных Наук
Национальный Институт Психического
Здоровья

Дэвид Дж. Стернбах, Магистр Музыки,
Дипломированный Клинико-Социальный
Работник
Сильвер Спринг, Мериленд

Старшие Консультанты по Политическим
Вопросам

Посол Ричард Шифтер
Помощник Государственного Секретаря
по Правам Человека и
Гуманитарным Вопросам
Государственный Департамент США

Льюис Л. Джадд, Доктор Медицины
Директор
Национальный Институт Психического
Здоровья

Фредерик К. Гудвин, Доктор Медицины
Администратор
Управление по Вопросам
Злоупотребления Алкоголем и
Наркотиками и Психического Здоровья

Харольд Томпсон
Директор Отдела Международного
Здравоохранения
Служба Общественного
Здравоохранения

Мелвин Сабшин, Доктор Медицины
Медицинский Директор
Американская Психиатрическая
Ассоциация

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

ВАШИНГТОН

15 декабря 1988 г.

Достопочтенному Отису Р. Боуэну
Секретарю по Здравоохранению и
Социальным Службам

Дорогой Отис!

Как Вам известно, в последние годы права человека являются одной из четырех главных тем нашего диалога с Советским Союзом. В этом диалоге мы не просто касаемся общих вопросов. Мы занимаемся конкретными делами. Одним из конкретных вопросов, касающихся прав человека, является вопрос о злоупотреблении психиатрией, помещении в психиатрические учреждения вполне здоровых психически людей, вызвавших неудовольствие властей своими политическими взглядами или религиозной деятельностью.

Советские власти молчаливо признают, что злоупотребления психиатрией действительно имели место в их стране, и указывают, что они приняли меры по исправлению положения, включая пересмотр всех сомнительных случаев госпитализации с последующим освобождением тех, чья госпитализация была сочтена неоправданной. В ответ мы представили список лиц, все еще находящихся в психиатрических больницах, о которых нам было сообщено, что они госпитализированы по политическим мотивам. Тогда советская сторона предложила американским психиатрам осмотреть этих пациентов и сделать свои собственные заключения.

Это советское предложение важно не только в плане наших собственных отношений с СССР, но также в

контексте обзорной сессии Конференции по Вопросам Безопасности и Сотрудничества в Европе, которая сейчас проходит в Вене. Для того, чтобы мы могли согласиться на завершение Венской встречи, нам необходимо создать механизм для рассмотрения таких спорных вопросов, как случаи психиатрических пациентов, относительно которых у нас есть информация, что они, возможно, были госпитализированы по политическим мотивам.

Очевидно, что наш Департамент не компетентен решать подобные проблемы. Поэтому мы обращаемся за помощью к Национальному Институту Психического Здоровья, а именно, к его директору д-ру Льюису Джадду. Я был информирован о том, что д-р Джадд оказал неоценимую помощь в разработке продуманной программы проведения эффективной профессиональной проверки советской системы психиатрической помощи. При поддержке и руководстве д-ра Джадда предварительная делегация психиатров США недавно провела переговоры в Москве под эгидой Государственного Департамента. Эти предварительные переговоры привели к согласию советской стороны на условия двухнедельного визита в начале 1989 г. 20 американских судебных психиатров, специалистов по психиатрии и владеющих русским языком переводчиков для освидетельствования в соответствии со строгими профессиональными стандартами отобранной группы советских граждан, ныне госпитализированных или недавно выписанных из психиатрических больниц. Важную роль в успехе этой предварительной делегации сыграл д-р Даррел Регир, Директор Отдела Клинических Исследований НИПЗ.

Поэтому я хочу выразить свою благодарность не только за отличную работу д-ра Джадда и ресурсы НИПЗ, уже затраченные на эту инициативу, но

и за еще предстоящие серьезные усилия. Трудно переоценить возможный положительный эффект, который это уникальное предприятие может возыметь на многообещающую новую стадию в наших отношениях с Советским Союзом. В связи с этим будет исключительно важно, чтобы делегация американских специалистов в области психиатрии посетила Советский Союз в самом ближайшем будущем.

Участие НИПЗ в этом проекте важно сейчас и в дальнейшем для того, чтобы убедить советских психиатров в объективности и научной обоснованности проведенных обследований. Поэтому мы надеемся на дальнейшее участие Департамента Здравоохранения и Социальных Служб, включая помощь клинической группы НИПЗ, чье присутствие гарантирует заинтересованным организациям как в Соединенных Штатах, так и в Советском Союзе, что эта работа будет проведена в соответствии со строгими профессиональными стандартами.

Мы благодарны за большой вклад, внесенный Министерством Здравоохранения и Социальных Служб в осуществление этого крупного шага вперед на благо прав человека.

Искренне Ваш,

Джордж П. Шульц

14 декабря 1988 г.

От Помощника Секретаря по
Здравоохранению

По вопросу об участии Службы
Общественного Здравоохранения в
посещении советских психиатрических
учреждений

Администратору Управления по Вопросам
Злоупотребления Алкоголем и
Наркотиками и Психического Здоровья

В продолжение нашего недавнего разговора я хочу уведомить Вас, что я разделяю взгляд Государственного Департамента, согласно которому участие Службы Общественного Здравоохранения в совместном мероприятии по инспекции советских психиатрических учреждений представляет собой весьма важный шаг в процессе установления более положительных отношений между нашими двумя странами. Я уверен, что это мероприятие принесет долгосрочные положительные результаты не только для внешней политики США, но также и для создания более положительного фундамента, на котором будет базироваться американо-советское сотрудничество в области психического здоровья и наук, изучающих нервную систему, в соответствии с нашим двусторонним соглашением в области здравоохранения.

Сотрудничество, поддержка и личное участие Директора Национального Института Психического Здоровья (НИПЗ) представляет собой весьма важный элемент в достигнутых до сих пор успехах наших усилий. Предоставление им персонала, необходимого для осуществления этого отнимающего немало времени проекта, и его готовность оказать необходимую

финансовую поддержку вызывают глубокую благодарность.

На мой взгляд, весьма важно как можно скорее приступить к планированию главного визита в феврале. Как я отмечал в нашей беседе, дальнейшее участие д-ра Даррела Регира и д-ра Сэмюэля Кита исключительно важно для успеха этого второго визита.

Для Вашего сведения прилагаю копию меморандума, посланного мной Секретарю для уведомления его о предстоящей просьбе Государственного Департамента о поддержке; эта просьба, как мне стало сейчас известно, посылается нам в форме письма.

Держите меня, пожалуйста, в курсе развития этого важного мероприятия.

Роберт И. Уиндом, Доктор Медицины
Приложение

ПРИЛОЖЕНИЯ Б

МЕМОРАНДУМ О ВЗАИМОПОНИМАНИИ И ФОРМЫ СОГЛАСИЯ НА ОБСЛЕДОВАНИЕ АМЕРИКАНО-СОВЕТСКИЙ МЕМОРАНДУМ О ВЗАИМОПОНИМАНИИ
19 декабря 1988 г.

1. ДЕЛЕГАЦИЯ СМОЖЕТ ПОСЕТИТЬ КОНКРЕТНЫХ ОТОБРАННЫХ ЕЮ ПАЦИЕНТОВ

А. Делегация США опросит в СССР не менее 20 пациентов.

Б. Список имен, из которых делегация США выберет пациентов для опроса, будет передан советским коллегам не позднее, чем за шесть недель до ее визита.

В. Госпитализированные пациенты могут быть опрошены в специальных психиатрических больницах или психиатрических больницах общего типа. Пациенты, более не находящиеся в больницах, как стоящие, так и не стоящие на учете в психиатрическом диспансере, будут опрошены в подходящих для этого помещениях, предоставленных советской стороной по согласованию с пациентом и делегацией США.

Г. По крайней мере один из родственников пациента (или, если у пациента нет такого родственника, по крайней мере один из его друзей) будет перевезен за счет советской стороны на место осмотра пациента.

Д. Госпитализированные пациенты, удаленные от центра, будут перевезены в подходящие психиатрические больницы, либо

специальные, либо общего типа, поблизости от Москвы или Ленинграда; иными словами, несколько госпитализированных пациентов будут осмотрены в одном месте.

Е. Процедура отбора будет следующей:

1) Делегация США представит имена 45 человек в СССР, которые могут быть опрошены и истории болезни которых могут быть просмотрены.

2) Советская сторона установит местонахождение этих лиц и выяснит их согласие на беседу с делегацией США и на предоставление их историй болезни для просмотра делегации США.

3) Советская сторона выяснит у лиц, выписанных из больниц, согласны ли они приехать в Москву или Ленинград для беседы с делегацией США.

4) Аналогичная процедура будет осуществлена в отношении родственников или друзей, которых пациенты пожелают свести с делегацией США.

5) Затем советская сторона уведомит делегацию США о статусе каждого из 45 пациентов в американском списке, т. е., желают ли эти лица беседовать с делегацией США, согласны ли они на ознакомление с их историями болезни и хотят ли приехать в один из центральных городов для опроса. Аналогичный отчет будет представлен делегации США относительно

- родственников и друзей пациентов.
- 6) Затем, исходя из этой информации, американская сторона отберет для освидетельствования 20 пациентов, которых она сочтет "первоочередными", вместе с их родственниками и друзьями. Эти 20 пациентов и их родственники и друзья будут собраны в центральных городах для встречи с делегацией США.
- 7) Остальные пациенты из 45 в списке США и их родственники и друзья будут считаться "альтернативными". Советской стороне нет необходимости перевозить их для опроса делегацией США за исключением случая, если 20 "первоочередных" пациентов не изъявят согласия на психиатрическое обследование при опросе делегацией США после ее прибытия в Советский Союз.
- 8) Делегация США просмотрит истории болезни всех тех лиц из своего первоначального списка в 45 человек, которые дадут согласие на это (см. ниже).
- Ж. В составе делегации США будут три клинические группы. Каждая группа будет включать проводящего опрос психиатра, владеющего русским языком и обученного проведению структурированного психиатрического обследования; психиатра-исследователя, ответственного за диагностику; старшего судебного психиатра или психолога и переводчика, предоставленного делегацией США.
3. Каждая группа будет обследовать одного пациента и его родственников или друзей в день. Если за это время опрос не будет завершен, пациент или его родственники и друзья будут опрашиваться на следующий день. Клинические группы будут иметь достаточно времени для осмотра пациентов и опроса родственников.
- И. Пациентов попросят предоставить пробу мочи для токсикологического анализа.
- К. С разрешения пациентов будет проводиться видеозапись и звукозапись обследования. Делегация США предоставит необходимое видео- и аудиооборудование.
- Л. Делегация США получит от пациентов информированное согласие на осмотр, проведение видеозаписи и звукозаписи и на ознакомление и использование их медицинской документации (см. прилагаемые формы согласия). Если будет сообщено, что пациент из списка США отказывается от опроса, американская группа тем не менее предпримет в разумных пределах попытку встретиться с ним, чтобы удостовериться в его согласии или отказе. Подобная попытка может включать в себя объяснение пациенту его родственником или другом цели обследования.
- М. С согласия пациента при обследовании будет присутствовать советский

психиатр. Если пациент не даст согласия на присутствие советского психиатра при обследовании, советский психиатр представит вопросы американской клинической группе с тем, чтобы они были заданы пациенту. Ответы пациента на эти вопросы будут записаны на видеопленку.

2. ЧЛЕНЫ СЕМЬИ ПАЦИЕНТОВ (ИЛИ, ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА НЕТ РОДСТВЕННИКОВ, ТО ПО КРАЙНЕЙ МЕРЕ ОДИН ДРУГ) МОГУТ ПРИСУТСТВОВАТЬ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ, ЕСЛИ ПАЦИЕНТ ЭТОГО ПОЖЕЛАЕТ. ЭТИМ ЛИЦАМ БУДЕТ ПОЗВОЛЕНО ВСТРЕТИТЬСЯ С ДЕЛЕГАЦИЕЙ В ОТСУТСТВИЕ ПАЦИЕНТА.
 - А. Членов семьи или друга попросят рассказать о том, что случилось с пациентом, почему он был госпитализирован, какие у него были признаки и симптомы психического заболевания, как его лечили или лечат и т. д.
 - Б. Членов семьи или друга попросят дать информированное согласие на опрос и на магнитофонную запись.
3. ДЕЛЕГАЦИЯ И ПАЦИЕНТЫ СМОГУТ ПОЛЬЗОВАТЬСЯ СВОИМИ СОБСТВЕННЫМИ ПЕРЕВОДЧИКАМИ.
4. ДЕЛЕГАЦИЯ БУДЕТ ИМЕТЬ ДОСТУП КО ВСЕМ МАТЕРИАЛАМ, ОТНОСЯЩИМСЯ К ПАЦИЕНТАМ, В ТОМ ЧИСЛЕ К ПРОТОКОЛАМ СУДА, ЗАКЛЮЧЕНИЯМ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ КОМИССИЙ И НЕОБХОДИМЫМ ЮРИДИЧЕСКИМ ДОКУМЕНТАМ.
 - А. Фотокопии всех относящихся к пациентам документов (русских оригиналов), равно как и

английские переводы указанных документов, будут предоставлены делегации США (переданы посольству США) не позднее, чем за две недели до ее визита в Советский Союз. Переводу на английский язык подлежат: 1) первый акт судебно-психиатрической экспертизы данного пациента; 2) акт психиатрической экспертизы, относящийся к последней госпитализации; 3) медицинские назначения пациента; 4) выписной эпикриз (если пациент был выписан) и 5) соответствующие судебные документы (см. ниже пункт Б).

- Б. Полные фотокопии документов пациента должны включать все записи о его лечении, акты судебно-психиатрических экспертиз, заключения всех психиатрических комиссий и соответствующие юридические документы, в том числе изложение уголовных обвинений против пациента, решения суда, касающиеся виновности или невиновности, уголовной ответственности, помещения в больницу, освобождения и выписки.
- В. Для каждого пациента будут перечислены текущие медицинские назначения вплоть до дня осмотра.
5. ПАЦИЕНТЫ НЕ БУДУТ ПОЛУЧАТЬ МЕДИЦИНСКИХ ПРЕПАРАТОВ ИЛИ ДРУГИХ ВИДОВ ЛЕЧЕНИЯ, ИМЕЮЩИХ ЦЕЛЬЮ ИЗМЕНИТЬ ИХ ПОВЕДЕНИЕ НА ВРЕМЯ, КОГДА ОНИ БУДУТ ВСТРЕЧАТЬСЯ С ДЕЛЕГАЦИЕЙ. ИНЫМИ СЛОВАМИ, ДЕЛЕГАЦИЯ СУМЕЕТ ВСТРЕТИТЬСЯ С ПАЦИЕНТАМИ В НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЕ ДЛЯ НИХ ПЕРИОДЫ, НАСКОЛЬКО ЭТО

- ВОЗМОЖНО. (ЕСЛИ ПАЦИЕНТЫ ПОЛУЧАЮТ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ОНО БУДЕТ ПРОДОЛЖАТЬСЯ; ЕСЛИ ПАЦИЕНТЫ НЕ ПРИНИМАЮТ ЛЕКАРСТВ, ИМ НЕ СЛЕДУЕТ ИХ НАЗНАЧАТЬ).
6. СОВЕТСКИЕ И АМЕРИКАНСКИЕ ПСИХИАТРЫ И ЭКСПЕРТЫ БУДУТ ИМЕТЬ ВОЗМОЖНОСТЬ ОБСУДИТЬ КАЖДЫЙ СЛУЧАЙ ПОСЛЕ ОСМОТРА ПАЦИЕНТА И ОПРОСА ЕГО РОДСТВЕННИКОВ И ДРУЗЕЙ. АМЕРИКАНСКОЙ ДЕЛЕГАЦИИ БУДЕТ ПРЕДОСТАВЛЕНА ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОВЕСТИ ЭТО ОБСУЖДЕНИЕ С ПСИХИАТРАМИ, ДИАГНОСТИРОВАВШИМИ И ЛЕЧИВШИМИ ЭТИХ ПАЦИЕНТОВ.
7. ДЕЛЕГАЦИЯ США ПОСЕТИТ В СССР НЕ МЕНЕЕ ДВУХ СПЕЦИАЛЬНЫХ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНИЦ И ДВУХ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНИЦ ОБЩЕГО ТИПА ПОМИМО ТЕХ, В КОТОРЫХ БУДЕТ ПРОВОДИТЬСЯ ОСМОТР ПАЦИЕНТОВ. ЭТИ БОЛЬНИЦЫ БУДУТ НАЗВАНЫ ДЕЛЕГАЦИЕЙ ПОСЛЕ ЕЕ ПРИБЫТИЯ В СССР. ВИЗИТ В ЭТИ БОЛЬНИЦЫ БУДЕТ ВКЛЮЧАТЬ В СЕБЯ ДОСТУП В ПАЛАТЫ И ДРУГИЕ ЛЕЧЕБНЫЕ ПОМЕЩЕНИЯ; ПАЦИЕНТОВ МОЖНО БУДЕТ РАССПРАШИВАТЬ ОБ ИХ МНЕНИИ О ЛЕЧЕНИИ И СОДЕРЖАНИИ.
8. ВИЗИТ ДЕЛЕГАЦИИ США В СССР БУДЕТ ПРОДОЛЖАТЬСЯ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО ДВЕ НЕДЕЛИ.
9. В СОСТАВЕ ДЕЛЕГАЦИИ США БУДЕТ 24 ЧЕЛОВЕКА.
- А. Список членов делегации США будет представлен советской стороне за месяц до прибытия делегации в Советский Союз.
- Б. По получении имен членов американской делегации советская сторона представит в Посольство США в Москве имена своих психиатров и других лиц, которые будут принимать участие в клиническом освидетельствовании пациентов (т.е. советских психиатров, ответственных за их лечение) и в двухдневной дискуссии.
10. ДЕЛЕГАЦИЯ США ОПЛАТИТ ВСЕ СВОИ РАСХОДЫ В СССР. СОВЕТСКАЯ СТОРОНА ОБЕСПЕЧИТ БРОНИРОВАНИЕ БИЛЕТОВ И МЕСТ В ГОСТИНИЦАХ.
11. ПО ЗАВЕРШЕНИИ ВИЗИТА БУДЕТ ОПУБЛИКОВАНО СОВМЕСТНОЕ АМЕРИКАНО-СОВЕТСКОЕ КОММЮНИКЕ О ТОМ, ЧТО ТАКОЙ ВИЗИТ ИМЕЛ МЕСТО.
12. ДЕЛЕГАЦИЯ США НАПИШЕТ ПИСЬМЕННЫЙ ДОКЛАД О СВОЕМ ВИЗИТЕ.
- А. По возвращении в США американская делегация составит заключительный доклад. Этот заключительный доклад не будет опубликован, пока советские коллеги не получат возможности его прокомментировать. Эти комментарии будут распространены делегацией США.
- Б. Заключительный доклад, включающий соответствующие сведения из бесед с пациентами и их семьями, а также из рассмотренных документов, не будет конфиденциальным. Однако в заключительном докладе не будут упомянуты имена пациентов и членов их семей.
- В. Звукозаписи и видеозаписи бесед с родственниками и друзьями пациентов будут использоваться только в помощь делегации США и ее консультантам в подготовке их доклада. Эти записи останутся конфиденциальными и

не будут распространяться, если только не будут выражены сомнения в правильности самого процесса обследования.

ДОБАВЛЕНИЕ К СОГЛАШЕНИЮ

В результате последующей дискуссии 15 февраля 1989 г. в СССР между советскими и американскими психиатрами были произведены изменения в меморандуме о взаимопонимании от 19 декабря 1988 г.

Поскольку советская сторона не смогла предоставить английские переводы запрошенных документов, было договорено, что вместо этого она предоставит полный текст соответствующих документов на русском языке, таблицу с их оглавлением, список с указанием ключевых документов и краткое резюме каждого случая по-английски.

Было также согласовано, что пациентам предоставят возможность

выбора в вопросе о присутствии советского психиатра в ходе американского психиатрического освидетельствования. В случае желания пациента быть опрошенным только американской делегацией у советского психиатра будет возможность опросить его по завершении американского обследования (см. формы, подтверждающие согласие на проведение обследования).

Далее было согласовано, что если пациент разрешит американской стороне провести видеозапись обследования, ее копия будет позднее предоставлена советским психиатрам. В подобных случаях пациент также получит копию этой видеозаписи, если того пожелает. Без согласия пациента видеозапись проводиться не будет.

И, наконец, было согласовано, что американская делегация попытается, если возможно, обследовать в СССР более 20 пациентов.

СОГЛАСИЕ БОЛЬНОГО НА ПРОВЕДЕНИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ (А)

Этот документ составлен в связи с посещением Советского Союза группой американских психиатров и других специалистов, связанных с правительством США. На основании договоренности между советским и американским правительствами эти специалисты в области психического здоровья знакомятся с системой психиатрической помощи в СССР.

В связи с тем, что Вы госпитализированы или были госпитализированы в психиатрическом учреждении, медицинская документация, касающаяся Вас, была предоставлена этой американской группе. Члены этой группы хотят ознакомиться с этой документацией и обследовать Вас. Наряду с беседой с Вами, обследование включает анализ мочи. У американских специалистов может также возникнуть необходимость опросить о Вашем психическом состоянии и лечении Ваших родственников или друзей, а также диагностировавших или лечивших Вас врачей.

Американские психиатры, входящие в состав этой группы, ни в коей мере не будут принимать участие в Вашем лечении. Их цель состоит в том, чтобы составить мнение о Вашем психическом состоянии, об основаниях для Вашего помещения в больницу и о Вашем лечении. Заключение, сделанное американскими специалистами на основании этого обследования, будет доступно для всеобщего ознакомления.

Если Вы согласитесь подвергнуться обследованию, факты, касающиеся Вашего случая, могут быть включены в заключение, сделанное американскими специалистами, но Ваши фамилия и имя при этом упомянуты не будут.

Американские специалисты хотят также сделать видео- и звукозаписи Вашего обследования. Эти видео- и звукозаписи будут использованы

членами американской группы и их консультантами в качестве вспомогательного средства при составлении заключения. Американская группа не будет распространять эти видео- и звукозаписи среди каких-либо других лиц, не связанных с обследованием. Единственным исключением может быть случай, когда кто-либо поставит под сомнение, что само обследование было проведено надлежащим образом. Копии этих видео- и звукозаписей будут предоставлены советскому психиатру и Вам, если Вы этого пожелаете. В обследовании, которое будет проведено в течение одного дня, примет участие приблизительно шесть человек.

Настоящим я даю свое согласие на то, чтобы группа американских специалистов, связанная с правительством Соединенных Штатов Америки, ознакомилась с касающейся меня медицинской документацией и обследовала меня в присутствии советского психиатра.

Настоящим я даю свое согласие на то, чтобы мои родственники или друзья были опрошены группой американских специалистов, связанной с правительством Соединенных Штатов Америки.

Настоящим я даю свое согласие на проведение видеозаписи и звукозаписи моего обследования.

Дата _____

СОГЛАСИЕ БОЛЬНОГО НА ПРОВЕДЕНИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ (Б)

Этот документ составлен в связи с посещением Советского Союза группой американских психиатров и других специалистов, связанных с правительством США. На основании договоренности между советским и американским правительствами эти специалисты в области психического здоровья знакомятся с системой психиатрической помощи в СССР.

В связи с тем, что Вы госпитализированы или были госпитализированы в психиатрическом учреждении, медицинская документация, касающаяся Вас, была предоставлена этой американской группе. Члены этой группы хотят ознакомиться с этой документацией и обследовать Вас. Наряду с беседой с Вами, обследование включает анализ мочи. У американских специалистов может также возникнуть необходимость опросить о Вашем психическом состоянии и лечении Ваших родственников или друзей, а также диагностировавших или лечивших Вас врачей.

Американские психиатры, входящие в состав этой группы, ни в коей мере не будут принимать участие в Вашем лечении. Их цель состоит в том, чтобы составить мнение о Вашем психическом состоянии, об основаниях для Вашего помещения в больницу и о Вашем лечении. Заключение, сделанное американскими специалистами на основании этого обследования, будет доступно для всеобщего ознакомления.

Если Вы согласитесь подвергнуться обследованию, факты, касающиеся Вашего случая, могут быть включены в заключение, сделанное американскими специалистами, но Ваши фамилия и имя при этом упомянуты не будут.

Американские специалисты хотят также сделать видео- и звукозаписи Вашего обследования. Эти видео- и звукозаписи будут использованы

членами американской группы и их консультантами в качестве вспомогательного средства при составлении заключения. Американская группа не будет распространять эти видео- и звукозаписи среди каких-либо других лиц, не связанных с обследованием. Единственным исключением может быть случай, когда кто-либо поставит под сомнение, что само обследование было проведено надлежащим образом. Копии этих видео- и звукозаписей будут предоставлены советскому психиатру и Вам, если Вы этого пожелаете. В обследовании, которое будет проведено в течение одного дня, примет участие приблизительно шесть человек.

Настоящим я даю свое согласие на то, чтобы группа американских специалистов, связанная с правительством Соединенных Штатов Америки, ознакомилась с касающейся меня медицинской документацией и обследовала меня без участия советского психиатра. По окончании этого обследования американские и советские психиатры будут иметь возможность дополнительно побеседовать со мной совместно.

Настоящим я даю свое согласие на то, чтобы мои родственники или друзья были опрошены группой американских специалистов, связанной с правительством Соединенных Штатов Америки.

Настоящим я даю свое согласие на проведение видеозаписи и звукозаписи моего обследования.

Дата _____

СОГЛАСИЕ РОДСТВЕННОГО ИЛИ ДРУГА БОЛЬНОГО (А)

Этот документ составлен в связи с посещением Советского Союза группой американских психиатров и других специалистов, связанных с правительством США. На основании договоренности между советским и американским правительствами эти специалисты в области психического здоровья знакомятся с системой психиатрической помощи в СССР.

Ваш родственник (родственница) или друг, _____, согласился (согласилась), чтобы эти специалисты обследовали его (ее). Он (она) также согласен (согласна), чтобы эти специалисты обсудили с Вами вопросы, касающиеся помещения его (ее) в больницу. Целью американских специалистов является обследование психического состояния Вашего родственника или друга и оценка обоснованности его (ее) госпитализации и лечения.

Заключение, сделанное американскими специалистами, будет доступно для всеобщего ознакомления.

Если Вы согласитесь на эту беседу, сведения, сообщенные Вами, могут быть включены в заключение. Однако фамилии и имена больного, его родственника или друга при этом упомянуты не будут. Американские специалисты хотят также сделать звукозапись беседы с Вами. Эта звукозапись будет использована членами американской группы и ее

консультантами в качестве вспомогательного средства при составлении заключения. Американская группа не будет распространять эту звукозапись среди каких-либо других лиц, не связанных с обследованием. Единственным исключением может быть случай, когда кто-либо поставит под сомнение, что сама беседа была проведена надлежащим образом. Копии звукозаписи будут предоставлены также советскому психиатру и Вам, если Вы этого пожелаете. В обследовании примет участие приблизительно шесть человек.

Настоящим я даю согласие на беседу с группой американских специалистов, связанной с правительством Соединенных Штатов Америки, в присутствии советского психиатра.

Настоящим я даю согласие на проведение звукозаписи беседы со мной.

Дата _____

СОГЛАСИЕ РОДСТВЕННИКА ИЛИ ДРУГА БОЛЬНОГО (Б)

Этот документ составлен в связи с посещением Советского Союза группой американских психиатров и других специалистов, связанных с правительством США. На основании договоренности между советским и американским правительствами эти специалисты в области психического здоровья знакомятся с системой психиатрической помощи в СССР.

Ваш родственник (родственница) или друг, _____, согласился (согласилась), чтобы эти специалисты обследовали его (ее). Он (она) также согласен (согласна), чтобы эти специалисты обсудили с Вами вопросы, касающиеся помещения его (ее) в больницу. Целью американских специалистов является обследование психического состояния Вашего родственника или друга и оценка обоснованности его (ее) госпитализации и лечения. Заключение, сделанное американскими специалистами, будет доступно для всеобщего ознакомления.

Если Вы согласитесь на эту беседу, сведения, сообщенные Вами, могут быть включены в заключение. Однако фамилии и имена больного, его родственника или друга при этом упомянуты не будут. Американские специалисты хотят также сделать звукозапись беседы с Вами. Эта звукозапись будет использована членами американской группы и ее

консультантами в качестве вспомогательного средства при составлении заключения. Американская группа не будет распространять эту звукозапись среди каких-либо других лиц, не связанных с обследованием. Единственным исключением может быть случай, когда кто-либо поставит под сомнение, что сама беседа была проведена надлежащим образом. Копии звукозаписи будут предоставлены также советскому психиатру и Вам, если Вы этого пожелаете. В обследовании примет участие приблизительно шесть человек.

Настоящим я даю согласие на беседу с группой американских специалистов, связанной с правительством Соединенных Штатов Америки, без участия советского психиатра. По окончании этой беседы американские и советские психиатры будут иметь возможность дополнительно побеседовать со мной совместно.

Настоящим я даю согласие на проведение звукозаписи беседы со мной.

Дата _____

ПРИЛОЖЕНИЯ В

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Типы опросов и группы, проводящие обследование

Были проведены два типа обследования с использованием структурированных опросов: сокращенное и полное. Целью сокращенного обследования было определить, обнаруживались ли у пациента психопатологические признаки тяжелого психического заболевания и имели ли место явные нарушения его прав. Процедура сокращенного опроса варьировалась в зависимости от наличия времени, оснований для отбора конкретного пациента для обследования и предоставленных для ознакомления медицинских документов. Сокращенный опрос никогда не продолжался менее 2 часов, а в большинстве случаев он был значительно более длительным (приведенное ниже описание дается только для полного обследования).

Каждая обследующая группа состояла из психиатра-исследователя (руководитель группы), судебного психиатра или психолога, психиатра-гражданина США, владеющего русским языком и получившего советское образование, и двух переводчиков.

2. Рассмотрение историй болезни

Согласно первоначальному плану (согласованному на переговорах предварительной американской группы в ноябре 1988 г.) перед обследованием американской группе должны были быть предоставлены два документа: копия полной психиатрической истории болезни и английский перевод оговоренных выписок из истории болезни. Эти материалы подлежали обзору владеющими русским языком американскими психиатрами и резюмированию ими в виде подробной

сводки истории болезни по разработанной для этой цели форме. Было предложено, чтобы каждая группа собиралась поздно вечером или рано утром для ознакомления с материалами, относящимися к обследуемым в этот день пациентам.

На практике этот план был осуществлен не полностью по следующим причинам: истории болезни не были доставлены вовремя, они были объемистыми и их трудно было просмотреть заранее (см. приложение Г относительно выполнения условий советской стороной); в историях болезни иногда отсутствовали важные материалы (например, акты судебно-психиатрической экспертизы Института им. Сербского); отмены и переносы обследований в зависимости от наличия пациентов препятствовали необходимой подготовке; краткие резюме каждого случая по-английски, составленные советской стороной, не были подготовлены или изредка предоставлялись делегации США лишь после обследования и по-русски. Хотя порой эта неполнота подготовительных документов нарушала процесс, ни одно из освидетельствований не было из-за этого отменено. Эти отклонения от заранее достигнутого соглашения создавали проблемы, но важнейшим аспектом процесса обследования был, по общему мнению, непосредственный доступ к пациентам.

3. Представление пациента обследующей группе

Обследование начиналось со знакомства пациента с американской группой; госпитализированных пациентов большей частью представлял советский психиатр, а выписанных - руководитель американской делегации. После этого советского психиатра просили покинуть помещение на время, пока обследуемому и сопровождающему его родственнику или другу, если таковой

присутствовал, объясняли смысл информированного согласия на обследование.

4. Согласие на обследование

В самых общих чертах большинство обследуемых уже имели представление о цели визита делегации США. Многие согласились приехать в Ленинград или в Москву, чтобы встретиться с делегацией. Большинству госпитализированных пациентов процедура уже была вкратце объяснена советскими психиатрами; по отношению к выписанным пациентам это было сделано руководителем американской психиатрической группы или третьим лицом.

Официальная процедура получения информированного согласия на обследование включала в себя устное объяснение, а также подписание формы согласия на русском языке и следовала сразу же после знакомства. Возможные варианты проведения обследования объяснялись в нейтральном тоне, оставляя выбор полностью на усмотрение пациента. Даже в тех случаях, когда пациент говорил, что оставляет решение на усмотрение американской делегации, ему объясняли, что оно должно приниматься только им самим.

Варианты информированного согласия были следующими:

- А. Подробно описывалась процедура обследования, в том числе видеозапись и магнитофонная запись всей процедуры. Объяснялось, что если пациент согласится быть обследованным американской группой, советский психиатр будет иметь возможность задать ему вопросы по завершении американского обследования.

Б. Пациенту разъясняли, что советский психиатр может присутствовать при обследовании только с его согласия. Около половины опрошенных выбрали этот вариант.

В. Пациента спрашивали, согласен ли он на видеозапись обследования. Разъяснялось, что в случае его согласия будут сделаны три копии - одна для американской группы, одна для советской стороны и одна для него самого. Если пациент возражал против изготовления и раздачи трех копий, видеозапись отменялась.

Г. Пациента спрашивали, есть ли у него родственник или друг, которого он (она) хотел бы рекомендовать для опроса американской группе. Если да, то его просили назвать это лицо.

Д. Родственникам или друзьям предоставлялся тот же выбор, что и пациентам, за исключением того, что их не просили предоставить пробу мочи.

Формы согласия и их содержание были приняты американской и советской стороной в ходе визита предварительной американской группы в ноябре 1988 г., с изменениями, согласованными в феврале 1989 г. (см. приложение Б).

5. Клиническое/психиатрическое обследование

а. Общий обзор

Для получения психопатологической или симптоматической информации о пациентах были отобраны три

структурированных вопросника:
Структурированный клинический
вопросник по DSM-III-R для
психотических заболеваний;
Международный вопросник по
расстройствам личности и Краткое
освидетельствование психического
состояния. Кроме того использовался
контрольный список DSM-III-R для
вызывающих затруднения
диагностических проблем.

б. Методики (вопросники)

1). Структурированный клинический
вопросник по DSM-III-R, психотические
расстройства (SCID-PD)

Этот вариант вопросника (29: 1985)
был разработан Робертом Спитцером и
Дженет Уильямс в сотрудничестве с
Мириам Гиббон, Джеком Берком,
Сэмюэлем Китом и Ниной Скулер для
использования в исследовании НИПЗ
"Стратегия лечения шизофрении" (28),
в котором он был применен на
материале 500 с лишним больных.
Помимо этого другие варианты SCID
использовались в международных
исследованиях в Китае, Франции,
Греции, Японии, Португалии, Испании,
Нидерландах и Италии. Этот вопросник
ориентирован на последнюю по времени
госпитализацию. После апробации
вопросника в США в нем были
произведены небольшие изменения,
позволившие сделать его более удобным
в обращении. Вопросник выявляет
клиническую информацию для постановки
следующих диагнозов DSM-III-R:

Шизофрения
Шизофреноподобное заболевание
Шизоаффективное заболевание
Краткий реактивный психоз
Бредовое заболевание
Иное неспецифизированное
психотическое заболевание

Эссенциальный депрессивный
синдром ("большой депрессивный
синдром")
Маниакальный синдром

Все обследования начинались с
краткого обзора психиатрического
анамнеза пациента и его последней по
времени госпитализации с
использованием вводной части
вопросника.

2). Международный вопросник по
расстройствам личности (IPDE)

Этот структурированный клинический
вопросник был разработан Арманом
Лоранджером (16: 1988) для личностных
расстройств. Он ориентирован на
психопатологию, постоянно
присутствовавшую на протяжении пяти
предыдущих лет, и считается менее
достоверным применительно к лицам в
возрасте до 25 лет. Вариант этого
вопросника сейчас проходит широкие
международные полевые испытания.
После апробации в США он был в
значительной степени видоизменен с
целью сокращения длительности опроса
и сведения числа диагнозов к наиболее
важным с точки зрения целей
обследования:

Расстройства личности по DSM-III-R:

Параноидное
Шизоидное
Шизотипичное
Пограничное
Нарциссистское

Расстройства личности по ICD-10:

Диссоциальное
Импульсивное

3). Краткое обследование
психического состояния

Этот вопросник был разработан
Маршаллом Фолстейном с коллегами (12:
1975) для быстрой оценки степени
органических (мозговых) нарушений.

Он ориентирован на текущий опрос и статус. Вопросник был использован во многих исследованиях, в том числе в эпидемиологическом территориальном обследовании, проведенном НИПЗ, в котором он был стандартизован на тысячах людей с психиатрическими диагнозами и без таковых. Он содержит 30 вопросов со следующей оценочной шкалой:

<u>Число верных ответов</u>	<u>Познавательные процессы</u>
0-17	Выраженное органическое нарушение
18-24	Мягкое органическое нарушение
25-30	Отсутствие органических нарушений

Краткое освидетельствование психического состояния было опущено в ряде случаев, в которых вопрос о наличии органических нарушений не возникал.

6. Социально-юридическая оценка

а. Цель

Цель юридической части обследования состояла в том, чтобы определить, соблюдались ли соответствующим образом советские законы, правила и ведомственные постановления в следующих аспектах:

принудительная госпитализация в гражданском порядке (неотложная госпитализация)

принудительная уголовная госпитализация

процесс госпитализации, лечения, выписки и возвращения в общество.

Это юридическое обследование, ввиду специфического характера его задачи, отличалось от типичного предсудебного опроса, проводимого для юридических целей в США.

б. Методика (вопросник)

Юридический вопросник (FIS) был полуструктурированным, чтобы дать возможность говорящим по-русски психиатрам учитывать социально-культурные особенности пациента и оставить на их собственное усмотрение, как строить опрос, чтобы получить ясные и полные ответы. Задаваемые вопросы имели целью получить описание основных элементов ключевых событий, ситуаций и опыта пациентов. Этот вопросник с соответствующими изменениями был также предназначен для опроса родственников и друзей пациентов с тем, чтобы подтвердить информацию, полученную от пациентов, из их историй болезни и при структурированных диагностических обследованиях (SCID-PD и IPDE).

Вопросник был разделен на несколько следующих разделов, в основном отражающих типичный юридический процесс:

- I. Вступление. Во вступлении была дана основная информация об опросе для того, чтобы обследуемые поняли его цель и могли получить необходимые пояснения.
- II. Поведение и события, приведшие к госпитализации. Этот раздел имел целью выяснить, что именно произошло, в результате чего

- последовал последний арест и принудительная госпитализация.
- III. Арест и процесс госпитализации. Этот раздел восстанавливал последовательность происшедших событий, чтобы выяснить причины и основания для настоящей или последней по времени неотложной госпитализации или уголовного следствия и госпитализации.
- IV. Эпизод госпитализации. Этот раздел имел целью выяснить общие условия госпитализации пациента и характер лечения и ухода за ним в период настоящей или последней по времени госпитализации.
- V. История "общественной опасности". Этот раздел давал возможность заполнить пробелы и/или получить дополнительную нужную информацию об истории опасного поведения пациента.
- VI. Процесс и условия выписки и возвращения в общество. Название этого раздела говорит само за себя.
- VII. История психиатрических госпитализаций. Этот раздел давал возможность получить недостающую важную дополнительную информацию.
- VIII. Заключение. Этот раздел давал возможность опрашиваемому задать вопросы и сообщить дополнительную информацию.
- Общий анализ и оценка судебно-психиатрических вопросов основывались не только на результатах этого обследования, но также и на информации, полученной из историй болезни пациентов, бесед с родственниками и друзьями и при диагностическом освидетельствовании.

в. Опрос родственника / друга

В дополнение к материалу, полученному с помощью социально-юридического обследования пациента, была предпринята попытка устранить расхождения между симптоматологией, записанной в истории болезни и отмеченной в ходе опроса, и принять к сведению дополнительные личные наблюдения, которые счел нужным сообщить его друг или родственник.

7. Советское психиатрическое освидетельствование и формулировки

В целом, советское психиатрическое обследование было кратким (около получаса или менее), и какая бы то ни было структурированная форма опроса не применялась. Делегация США надеялась, что при освидетельствовании будет присутствовать поставивший диагноз и/или лечащий советский психиатр. За немногими исключениями, однако, лечащий психиатр отсутствовал, а диагностировавший психиатр не присутствовал ни в одном из случаев. Таким образом, вопросы, адресованные делегацией США советским психиатрам, никак не помогали прояснению прежних диагнозов, поскольку эти психиатры не были знакомы с пациентами. Советские психиатры имели доступ ко всем документам, в том числе и к тем, к которым американская делегация доступа не имела. При некоторых опросах они наблюдали весь процесс; при других они отсутствовали по просьбе пациента. Их просили прокомментировать каждый случай и дать любую формулировку по их желанию. Делегация США не давала на этом этапе своих окончательных диагнозов, считая, что из-за вышеупомянутых проблем с подготовкой освидетельствований члены группы не имели достаточного времени, чтобы

свести воедино информацию, полученную из многих источников.

Была также возможность обсудить пациентов (в форме общих заключений, иллюстрированных несколькими случаями) в конце визита, когда американская и советская группы провели совместное полуторадневное заседание вместе с другими экспертами для общего обсуждения вопросов советской судебной психиатрии.

Ежедневно по завершении обследования диктовались или печатались резюме по каждому пациенту.

8. Аудиозапись и видеозапись

С целью получения полной документации по обследованию и возможности вновь проанализировать каждый опрос по его окончании с согласия пациентов производилась видеозапись и звукозапись освидетельствования. Видеозаписи были сделаны при 21 обследовании из 27; еще для трех пациентов были сделаны звукозаписи, что дало делегации США видео-или звукозаписи записи 24 (89%) из 27 случаев.

ПРИЛОЖЕНИЯ Г

СОБЛЮДЕНИЕ СОВЕТСКОЙ СТОРОНОЙ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ДОГОВОРЕННОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ В ПРОВЕДЕНИИ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Несмотря на сотрудничество советской стороны в предоставлении делегации США доступа к пациентам, в проведении обследования возникало много проблем. Некоторые из них были весьма серьезными.

Во-первых, имела место проблема с документацией. В ходе визита предварительной американской группы в ноябре 1988 г. советская сторона согласилась предоставить копии всех медицинских документов и приготовить английские переводы ряда конкретных выдержек из них, а именно: первого и последнего акта психиатрической экспертизы, всех медицинских назначений, выписного эпикриза и соответствующих судебных документов. Однако за несколько недель до визита советская сторона сообщила, что она не может предоставить английских переводов из-за ограниченного времени и ресурсов. Тогда, за неделю до визита было согласовано, что советская сторона предоставит копии всех документов, их оглавление, таблицы для нахождения важнейших документов и краткое изложение каждого случая по-английски. Было также согласовано, что советская сторона приложит и другие усилия, чтобы облегчить делегации США ознакомление с документами до встречи с пациентами. К сожалению, советская сторона выполнила не все условия этого соглашения.

За неделю до визита делегации США было обещано, что все документы (либо оригиналы, либо фотокопии) будут предоставлены для просмотра в день ее прибытия в Советский Союз. (Это дало бы делегации США гораздо меньше времени для просмотра материалов, чем

две недели, как было условлено ранее). Но даже это измененное расписание не было соблюдено советской стороной: большинства документов по прибытии делегации в наличии не было и для получения обещанных материалов пришлось приложить большие усилия. Документы всех пациентов, подлежащих освидетельствованию, были предоставлены на самом деле лишь за три-четыре дня до начала обследований. Это, конечно, привело к большой нагрузке на американских психиатров, владеющих русским языком, которые должны были ознакомиться с этими документами. И, вопреки соглашению, советская сторона вообще не доставила копии документов семи из 44 пациентов пересмотренного списка.

Полностью масштаб проблем, связанных с документами, стал очевидным лишь позднее. Некоторые части документов прибыли с опозданием; акты судебно-психиатрической экспертизы, проведенной Институтом общей и судебной психиатрии им. Сербского, иногда отсутствовали; другие важные части из больничных историй болезни (например, данные о лечении во время последней по времени госпитализации в СПб и ОПБ) отсутствовали для нескольких пациентов. В некоторых случаях нужные отсутствующие документы были впоследствии предоставлены советской стороной, но не своевременно, до обследования пациента. Эти проблемы с документацией весьма осложнили работу делегации. Однако делегация вернулась в США с фотокопиями документов практически для всех опрошенных пациентов.

Во-вторых, в нарушение соглашения, достигнутого в ноябре 1988 г., советская сторона в целом не обеспечила доступа к родственникам и друзьям пациентов, подлежащих обследованию. Американским

клиническим группам удалось опросить родственников и друзей примерно половины пациентов. За исключением родственников и друзей трех пациентов в Ленинграде, контакт с остальными удалось установить, в основном, благодаря собственным усилиям делегации после того, как она прибыла в Москву. В некоторых случаях, особенно в случаях госпитализированных пациентов, в ходе опросов выяснилось, что пациенты хотели, чтобы их родственники были опрошены, но советская сторона не попросила этих лиц о присутствии и не оказала в этом содействия родственникам и друзьям пациентов.

В-третьих, в ноябре 1988 г. было согласовано, что советская сторона обеспечит присутствие при обследовании лечащих и поставивших диагноз психиатров для обсуждения соответствующих пациентов с американскими клиницистами. Более того, советская сторона подчеркнула важность таких дискуссий как способа предоставления американским клиницистам всей необходимой информации о пациентах. Этого также по большей части не произошло, за исключением двух полезных бесед с лечащими психиатрами пациентов, опрошенных в Ленинграде. Вместо этого советская сторона предоставила экспертов по судебной психиатрии из Института им. Сербского и психиатров-исследователей, которые были специалистами по диагностике, но были мало знакомы с конкретными делами пациентов. Хотя было полезно обсудить пациентов с этими экспертами, ценная возможность провести более конкретные беседы с их лечащими психиатрами была потеряна.

Были довольно сложные проблемы с выяснением согласия или отказа некоторых пациентов. Эти трудности наложились на различные проявления давления и манипуляции с советской стороны, явно имевшие целью

отговорить некоторых пациентов и помешать их встрече с делегацией США. При последующих беседах с пациентами или иным образом американским клиническим группам стало известно по крайней мере о пяти таких случаях. Так, например, пациенты рассказали, что местные психиатры пытались отговорить их от встречи с американской делегацией или сказали, что их не будут обследовать. Однако в результате усилий делегации удалось встретиться практически со всеми намеченными пациентами.

Один в прошлом госпитализированный пациент был стационарирован вновь (в порядке неотложной госпитализации) в декабре 1988 г. Он сообщил, что во время его последней госпитализации ему было сказано, что ему не позволят встретиться с делегацией США. Однако он был освидетельствован. Делегация следила за местонахождением пациента через посольство США и другие источники и могла указать его точное местонахождение, тогда как советская сторона первоначально сообщила, что оно неизвестно.

В двух случаях советская сторона сообщила делегации, что пациенты отказываются от опроса. В одном из них, когда это заявление было поставлено под сомнение на основе других сведений, имевшихся у делегации, оно оказалось не соответствующим истине, и пациент был опрошен. В случае другого пациента, который был выписан примерно в то время, на которое пришелся визит делегации, и который, как было сообщено, отказался от обследования, делегации удалось разыскать его. Пациент подтвердил свое желание быть освидетельствованным и сказал, что когда его выписывали, ему заявили, что в больницу прибывают американские журналисты (а не психиатры).

Еще в одном случае делегации сказали, что пациент слишком болен для переезда и может быть опрошен

лишь в отдаленном городе. Впоследствии выяснилось, что это не так. Пациента, который согласился на опрос, вовсе и не спрашивали, не слишком ли он болен, чтобы приехать. Интересно отметить, что этот пациент, который показался здоровым американской клинической группе, приехал в Москву вместе с женой за свой счет и был освидетельствован.

Следует отметить, что очень немногие пациенты сказали во время обследования, что они опасаются возможных последствий или репрессий. Большинство было полно решимости подвергнуться освидетельствованию и высказали большое удовлетворение тем, что получили такую возможность.

И, наконец, тоже вопреки заранее достигнутому соглашению, в некоторых случаях медикаментозное лечение пациентов было изменено - либо прекращено, либо, в одном случае,

усилено. Одному пациенту лекарственный препарат был так явно передозирован, что он не мог дать пробу мочи. Клиническое состояние этого пациента явно понизило достоверность его освидетельствования; поэтому рекомендуется последующее обследование его независимыми психиатрами при более благоприятных условиях.

В целом, если бы делегация США не следила активно за местонахождением пациентов и не имела своих источников информации в Советском Союзе, очевидно, что ряд пациентов не удалось бы опросить. Как видно из вышеприведенных фактов, советская сторона фактически пыталась "подогнать пробу", что, по мнению делегации, не соответствует степени прогресса, провозглашаемого советской психиатрией.

ПРИЛОЖЕНИЯ Д

ДОПОЛНЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ ПОСЕЩЕНИЯ БОЛЬНИЦ

1. Вопросы, направленные в каждую больницу перед посещением

1. Количество пациентов в больнице на конец 1987 и 1988 г.г.
 2. Количество коек и количество больных в каждой больнице на момент посещения, площадь в квадратных футах и число палат
 3. Число поступивших и выписанных в 1988 г.
 4. Район обслуживания
 5. Число добровольно госпитализированных
 6. Число принудительно госпитализированных
 7. Число поступивших в результате уголовного процесса
 8. Число зданий, в которых размещены пациенты
 9. Число психиатров, другого персонала - медсестер, других работников системы психиатрической помощи, зубных врачей и т. д. ("работники системы психиатрической помощи" - это лица, получившие специальную подготовку)
 10. Сколько заключенных работает у вас в качестве санитаров? Работали ли они у вас когда-либо?
 11. Увеличился или сократился ваш штат в этом году?
 12. Список персонала охраны, их звания и стаж работы
 13. Истории болезни - что они представляют собой? Получить чистый бланк истории болезни
 14. Больничный бюджет
 15. Основной диагноз при поступлении в больницу
 16. Пять наиболее распространенных диагнозов
 17. Типы используемых медицинских препаратов - какие из них применяются наиболее часто?
 18. Планировка больницы
 19. Руководства, регламентирующие работу больничного персонала
 20. Схема организационной структуры
 21. Подчиненность начальника/главного врача больницы
2. Схема посещения "специальных" и "обычных" больниц
- 1). Физические параметры
 - А. Размеры: общее число коек, общее число больных, площадь в квадратных футах в пересчете на койку.
 - Б. Внешний вид: чистота, наличие достаточного места для больничных программ и процедур.
 - В. Палаты: одиночные палаты, изоляторы, помещения для больничных программ и процедур.
 - Г. Отопление, системы обеспечения безопасности, помещения для физических упражнений, дворы.
- Примечание: Попытаться сделать поэтажный план больницы. Планы этажей и рисунки будут дополнены фотографиями.
- 2). Документы
 - А. Истории болезни: форма и характер записей при поступлении, записи о соматическом обследовании, о предыдущих госпитализациях, о

течении заболевания, о лечении (включая медикаментозные препараты и процедуры), записи, сделанные врачом. Частота записей медицинского и социального характера. Выписные эпикризы и данные катамнестического наблюдения. Записи об особых происшествиях.

Примечание: Следует дать общее описание историй болезни и помещения, где они хранятся. При возможности следует получить экземпляры бланков истории болезни.

- Б. Юридическая документация, например, документы, относящиеся к принудительной госпитализации и обосновывающие ее, определения суда.
- 3). Персонал и штатное расписание
 - А. Фамилии и численность медицинского персонала: врачей, психиатров, зубных врачей и другого медицинского персонала, врачей, проходящих практику.
 - Б. Средний медицинский персонал со специальным образованием, младший медицинский и вспомогательный персонал.
 - В. Работники социальных служб, медицинские психологи или психотерапевты и их статус.
 - Г. Диетологи, административный и хозяйственный персонал, работники прачечной, секретарский персонал.
 - Д. Служба охраны или военный персонал.

Примечание: В отношении всего персонала следует запросить и проанализировать материалы, позволяющие оценить степень профессионального обучения и подготовки

4). Организация

- А. Схема организации больницы или, если таковая отсутствует, воссоздать ее путем опроса.
- Б. Численное соотношение между больными и персоналом.

5). Структура и программы

- А. Доступные виды лечения. Как составляются планы лечения?
- Б. Процесс оценки эффективности планов лечения.
- В. Планирование выписки и последующего наблюдения.
- Г. Планирование и доступные методы реабилитации больных.

6). Процедуры

- А. Руководства и правила для администрации и персонала больницы.
- Б. Процедуры, касающиеся пациентов, например, содержание в одиночных палатах, ограничение подвижности, предупреждение самоубийств.
- В. Свидания и право на свидания, корреспонденция, посылки.

7). Бюджет

- А. Размер больничного бюджета.
- Б. Как устанавливается бюджет?
- В. Как определяются размеры штата, как производится поиск и отбор персонала?
- Г. Лечебно-трудовые мастерские, программы трудотерапии.

8). Вопросы компетентности

- А. Серьезные медицинские осложнения, процедуры в случае чрезвычайных обстоятельств.
- Б. Как запрашиваются и осуществляются консультации по вопросам, касающимся

психического состояния,
соматического состояния,
познавательной и
интеллектуальной деятельности?

Другие вопросы, подлежащие проверке:

Правила и процедуры, касающиеся персонала (местные и центральные).
Наблюдение за уходом за пациентами - записи наблюдения.

Права пациентов, изложенные в письменном виде.

Процесс поступления, осмотр, планы лечения, особые лечебные процедуры.

Консультационные службы: существуют ли руководства или бланки? (см. выше просьбу о предоставлении бланков).

Зубоврачебное обслуживание: наличие зубных врачей и оборудования.

Служба лечебного питания: обеспечение специальными диетами.

Аварийные службы: аварийное оборудование, реанимационное оборудование, противопожарные правила и правила безопасности, оборудование.

Библиотека, отдых и развлечения, физические упражнения - имеется ли необходимое место и оборудование?

Аптека: помещение, устройство, ассортимент лекарств и препаратов, наличие фармацевта.

Радиология: оборудование и обученный технический персонал.

Образование: ресурсы, помещение, книги, учителя.

Здание и территория

Функциональная безопасность и санитарно-гигиеническая характеристика.

Лечебные условия.

Хозяйственные службы.

Профилактика инфекций.

Стерильные материалы и оборудование.

Готовность персонала к сотрудничеству, общие и конкретные наблюдения и комментарии об отношении и реакциях персонала, отношения в среде персонала и между персоналом и пациентами.

3. Описание посещенных больниц

а. Казанская специальная психиатрическая больница

Казанская специальная психиатрическая больница, переданная в январе 1989 г. Министерством внутренних дел (МВД) в ведение Министерства здравоохранения, имеет 1020 коек. В 1987 г. в ней было 1069 пациентов, тогда как на первое января 1989 г. - 956, на 11% меньше. Бюджет предусматривает примерно 8,48 доллара на пациента в день (по официальному курсу 1 рубль приблизительно равен 1,64 доллара США), включая все затраты на персонал, питание и др. В штате - 25 старших психиатров и 13 начальников отделений. Около 20% психиатров работают в этой больнице по 5 лет или меньше.

Больница состоит из двух старых зданий, находящихся в плохом состоянии, хотя здания и были недавно покрашены. Атмосфера скорее тюремная, чем больничная. Территория окружена кирпичной стеной в 16-18 футов высотой, по всей стене стоят сторожевые башни с охранниками МВД. На некоторых из наружных стен сверху натянута колючая проволока и электрический провод. Все входы в отделения закрываются дверями со стальной решеткой или из сплошной стали. Двери в комнаты и палаты для пациентов - стальные, со стеклянными смотровыми окошками. Койки стоят тесно, и во многих палатах по шесть или более коек, стоящих почти или совсем вплотную. Каждое отделение имеет свой двор для физических упражнений. На них отводится от

полтора до двух с половиной часов в день, но в очень холодную погоду это становится невозможным. Дворы окружены сплошными заборами, чтобы воспрепятствовать контакту между отделениями.

Всего в больнице 13 отделений. Мужские отделения No 1-7 - закрытые. (В данной больнице это означает, что все двери запорты). Отделения No 8 и 9 - для лечения и реабилитации. Отделение No 10 - закрытое женское; женщинам, однако, разрешена работа в лечебно-трудовой мастерской (Казанская СПБ - одна из двух СПБ в СССР, имеющих пациентов-женщин). Отделения No 11 и 12 - рабочие отделения для мужчин. Они считаются открытыми, т. е. двери в комнаты и палаты не запираются, однако для выхода в коридор необходимо разрешение. Имеется закрытое отделение для женщин с острыми психотическими состояниями или с нарушениями поведения.

Согласно данным, предоставленным администрацией больницы, среднее пребывание в ней составляет от двух с половиной до трех лет, и 78% пациентов поставлен диагноз шизофрении. Другие диагнозы включают эпилепсию и органическое заболевание мозга. Помимо лечения нейролептиками к 15-16 пациентам применяется инсулин-коматозная терапия. Электросудорожная терапия (ЭСТ) применяется лишь в исключительных случаях к пациентам, которые "сильно возбуждены" и по отношению к которым другие формы лечения неэффективны.

б. Вильнюсская психиатрическая больница общего типа

Вильнюсская больница, всегда находившаяся в ведении Министерства здравоохранения, построена в 1903 г. В больнице 2010 коек, хотя 120 из них находятся в помещениях, которые во время визита были на ремонте. На

территории, обслуживаемой этой больницей, проживает 1 135 000 человек, что составляет треть населения Литвы. На 3 марта 1989 г. в больнице было 1817 пациентов, большинство из которых было госпитализировано добровольно. Находившиеся на принудительном лечении (по определению суда) размещались в палатах вместе с добровольными пациентами. Из 85 человек, принятых с целью освидетельствования в 1988 г., 34 были госпитализированы принудительно в связи с уголовными обвинениями. По неотложной госпитализации в гражданском порядке статистики не было; таких случаев было менее 20 в год. Средняя продолжительность госпитализации составляла примерно 60 дней, хотя от 200 до 300 пациентов находились в больнице более года. В этой больнице не было отдела охраны.

Больничные строения напоминают общественные больницы в Соединенных Штатах. Старые двухэтажные здания располагаются на большой территории, поросшей лесом. У входа в административное здание - привлекательная современная мраморная скульптура. Имеется шесть отделений для взрослых мужчин и женщин, подростковое отделение на 60 коек и детское на 120 коек, не считая еще одного отделения на 120 коек, находившегося на ремонте. Отделения чистые, хотя несколько перенаселенные. Ванне комнаты и уборные старые и несовременные; многие туалеты представляют собой просто отверстия в полу. Кабинеты врачей отделения и медсестер - на том же этаже, что и палаты для пациентов; коридоры меблированы стульями и скамьями. Пациенты, одетые в разноцветные пижамы и халаты, могут передвигаться свободно; многим разрешено ходить по территории. Имеется кафетерий, открытый для персонала и пациентов с определенным

режимом, если они не хотят питаться в столовой отделения и согласны платить за еду. Есть также магазин, где продаются журналы, газеты и разные мелочи.

В этой больнице имеются большие лечебно-трудовые мастерские, в том числе семь больших и производительных теплиц. Нынешние и бывшие пациенты состоят в специальном обществе, которое позволяет им зарабатывать деньги для больницы. Это общество, имеющее членов по всей Литве, владеет фабрикой, производящей больничное белье, белые халаты и платья, а также товары, продаваемые за пределами больницы. Трудовые мастерские производят около 50 различных наименований изделий. Работающие там пациенты получают плату, а также пенсию по инвалидности. (Дети могут начинать работать в этих мастерских с восьмилетнего возраста). Для тех пациентов, которые не могут участвовать в этих программах, имеются общие комнаты с телевизорами. Пациенты также общаются друг с другом в коридорах.

в. Каунасская психиатрическая больница общего типа

Каунасская психиатрическая больница общего типа с ее основания в 1950 г. находится в ведении Министерства здравоохранения. Само здание построено в XVII веке; в нем тогда располагался монастырь. В главных корпусах, расположенных в старой части города Каунаса, находится 300 пациентов; еще примерно 350 человек размещены в других помещениях, за пределами старого города, для лечения алкоголизма и наркомании.

Здания главных корпусов небольшие и ввиду их старости их трудно поддерживать в хорошем состоянии. Здания, расположенные за пределами старого города, - новее и их состояние лучше. Администрация

надеется в ближайшем будущем построить более современную больницу. В главных корпусах помещаются четыре отделения - два мужских (по 90 коек в каждом) и два женских (по 60 коек) с больными в возрасте от 18 до 70 лет. Палаты переполнены, между койками почти нет места. Персонал хотел бы иметь смешанные отделения, но ввиду нынешних физических условий это невозможно. Дворы для прогулок очень невелики и голы, но иногда больничным персоналом выводит пациентов на прогулки по городу. Организованные занятия спортом отсутствуют, и развлечения пациентов ограничиваются кинофильмами, телевидением и игрой на пианино. Судя по всему, это обусловлено недостатком места на территории больницы.

Отделение для лечения алкоголизма и наркоманий, строительное отделение и фабричное отделение насчитывают вместе примерно 350 коек для мужчин и женщин. Средний возраст наркоманов - 30 лет, а алкоголиков - от 30 до 45 лет. Средняя продолжительность госпитализации составляет 26 дней для наркоманов, 45 - для алкогольных психозов, 78 - для алкоголиков - мужчин и 87 - для алкоголиков-женщин. По больнице в целом средняя продолжительность госпитализации составляет несколько месяцев.

Свидания предоставляются три дня в неделю, и нет никаких ограничений на входящую и исходящую почту и посылки. С целью помощи пациентам в их реабилитации в ограниченной степени практикуется семейная терапия, но персонал отмечает недостаток времени для такого рода работы. Судя по всему, ЭСТ не используется в больнице с 1974 г., а инсулиновые комы применяются лишь изредка. Нейролептические препараты используются, но сульфозин, как было сообщено, не применялся с 1970 г. из-за трудности приобретения его ингредиентов.

Лечебные программы Каунасской больницы ограничены отчасти из-за недостатка места. Многие проблемы могут быть разрешены с постройкой новой больницы; больничная администрация надеется, что ее строительство будет завершено в 1993 г.

г. Черняховская специальная психиатрическая больница

Черняховская специальная психиатрическая больница, помещения которой были построены немцами в Восточной Пруссии для использования в качестве тюрьмы строгого режима, существует с 1965 г. Эта СПБ была передана Министерством внутренних дел в ведение Министерства здравоохранения в январе 1989 г. В период визита в больницу было 650 коек и 446 пациентов. У 338 из них был диагноз шизофрении. В 1978 г. здесь было 740 пациентов (максимальное зарегистрированное число) и им приходилось спать на нарах. В 1987 г. их было 579, а в 1989 - 446, на 23% меньше.

В больнице всего 18 психиатров и 90 охранников, подчиненных МВД. Охранники служат по сменам в 12 часов через сутки, на страже всегда по 15 охранников - по одному на каждое отделение. Годовой бюджет больницы составляет 1 296 000 рублей.

При переходе от тюрьмы к больнице тюремная атмосфера здесь полностью сохранилась. Здания, входы, сторожевые вышки, окружающие стены и стальные двери в отделениях и палатах являются свидетельством того, какое большое внимание уделяется вопросам охраны. Мало что здесь напоминает больницу, лечебное учреждение. Больница построена за деревообделочной фабрикой и окружена высокими кирпичными стенами с колючей проволокой, натянутой между металлическими столбами. Вдоль стены

вокруг всей территории стоят сторожевые вышки. Строятся отдельные помещения для отдыха персонала и новое больничное отделение. Здания старые и находятся в плохом состоянии, хотя и заново окрашены. В больнице шесть отделений, и палаты переполнены, хотя общее число пациентов уменьшается. Койки стоят вплотную друг к другу; ванны и уборные примитивные. Пациентов запирают в палатах; они должны просить разрешения пройти в ванную или туалет, зажигая наружный свет над дверью палаты. В трудовых мастерских некоторые пациенты производят строительные материалы для нового больничного отделения; другие пациенты работают в швейной мастерской или в мастерской по изготовлению электротоваров. Вспомогательные помещения (лаборатории, конторские помещения, помещения для свидания, аптека) представляются несоразмерно тесными для больницы таких размеров, хотя имеется библиотека, насчитывающая 12 000 томов. Дворы для прогулок отгорожены друг от друга стенами; летом пациентов выводят на двух-трехчасовые прогулки, но зимой продолжительность прогулки зависит от погоды.

Диагноз шизофрении был поставлен более, чем 75% пациентов. Другие диагнозы включали алкоголизм, реактивный психоз, параноидное расстройство личности, эпилепсию, умственную отсталость, органическое заболевание мозга и психопатию. В 1988 г. перечень правонарушений, совершенных судебно-психиатрическими пациентами, включал 63 преступления против государственной собственности, 297 убийств или покушений на убийство, 255 преступлений против общественного порядка и 55 других преступлений. Лечение осуществляется, в основном, нейролептическими препаратами, хотя

временами используется ЭСТ; сульфозин используется в редких случаях, когда больнице удастся получить его.

ПРИЛОЖЕНИЯ Е

ВЫДЕРЖКИ ИЗ СОВЕТСКОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

1. Соответствующие статьи Уголовного кодекса РСФСР¹

Статья 11. Невменяемость. Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, т. е. не могло отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими вследствие хронической душевной болезни, временного расстройства душевной деятельности, слабоумия или иного болезненного состояния. К такому лицу по назначению суда могут быть применены принудительные меры медицинского характера (статьи 58 - 61).

Не подлежит наказанию также лицо, совершившее преступление в состоянии вменяемости, но до вынесения судом приговора заболевшее душевной болезнью, лишаящей его возможности отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими. К такому лицу по назначению суда могут быть применены принудительные меры медицинского характера, а по выздоровлении оно может подлежать наказанию.

(Эта статья приводится в Общей части, Главе третьей: О преступлении).

Статья 70. Антисоветская агитация и пропаганда. Агитация или пропаганда, проводимая в целях подрыва или ослабления Советской власти либо

совершения отдельных особо опасных государственных преступлений, распространение в тех же целях клеветнических измышлений, порочащих советский государственный и общественный строй, а равно распространение либо изготовление или хранение в тех же целях литературы такого же содержания - наказываются лишением свободы на срок от шести месяцев до семи лет и со ссылкой на срок от двух до пяти лет или без ссылки или ссылкой на срок от двух до пяти лет.

Те же действия, совершенные лицом, ранее осужденным за особо опасные государственные преступления, а равно совершенные в военное время, - наказываются лишением свободы на срок от трех до десяти лет и со ссылкой на срок от двух до пяти лет или без ссылки.

(Эта статья приводится в Особенной части, Главе первой: Государственные преступления. I. Особо опасные государственные преступления²).

Статья 83. Незаконный выезд за границу и незаконный въезд в СССР. Выезд за границу, въезд в СССР или переход границы без установленного паспорта или разрешения надлежащих властей - наказываются лишением свободы на срок от одного года до трех лет.

Действие настоящей статьи не распространяется на случаи прибытия в СССР иностранных граждан без установленного паспорта или разрешения для использования права убежища, предоставленного Конституцией СССР.

¹Цитировано по 3: Bergan, 1972

²Указом Президиума Верховного Совета СССР от 8 апреля 1989 г. статья 70 была пересмотрена

(Эта статья находится в Особенной части, Главе первой: Государственные преступления. II. Другие государственные преступления).

Статья 142. Нарушение законов об отделении церкви от государства и школы от церкви. Нарушение законов об отделении церкви от государства и школы от церкви - наказывается исправительными работами на срок до одного года или штрафом до пятидесяти рублей.

Те же деяния, совершенные лицом, ранее судимым за нарушение законов об отделении церкви от государства и школы от церкви, а равно организационная деятельность, направленная к совершению этих деяний, - наказываются лишением свободы на срок до трех лет.

(Эта статья находится в главе четвертой: Преступления против политических и трудовых прав граждан).

Статья 190-1. Распространение заведомо ложных измышлений, порочащих советский государственный и общественный строй. Систематическое распространение в устной форме заведомо ложных измышлений, порочащих советский государственный и общественный строй, а равно изготовление или распространение в письменной, печатной или иной форме произведений такого же содержания - наказывается лишением свободы на срок до трех лет, или исправительными работами на срок до одного года, или штрафом до ста рублей.

(Эта статья приводится в главе девятой: Преступления против порядка управления³).

Статья 209-1. Злостное уклонение от выполнения решения о трудоустройстве и прекращении паразитического существования. Злостное уклонение лица, ведущего антиобщественный образ жизни, от выполнения решения исполнительного комитета районного (городского) Совета депутатов трудящихся о трудоустройстве и прекращении паразитического существования - наказывается лишением свободы на срок до одного года или исправительными работами на тот же срок.

То же деяние, совершенное лицом, ранее судимым по части первой настоящей статьи, - наказывается лишением свободы на срок до двух лет.

(Эта статья приводится в главе десятой: Преступления против общественной безопасности, общественного порядка и здоровья населения⁴).

Статья 227. Посягательство на личность и права граждан под видом исполнения религиозных обрядов. Организация и руководство группой, деятельность которой, проводимая под

³Эта статья была отменена 8 апреля 1989 г.

⁴Указом Президиума Верховного Совета РСФСР от 7 августа 1975 г. эта статья была исключена. Ответственность за ведение паразитического образа жизни в настоящее время предусмотрена ст. 209 УК РСФСР в редакции 1975 г.

видом проповедования религиозных вероучений или исполнения религиозных обрядов, сопряжена с причинением вреда здоровью граждан или с иными посягательствами на личность и права граждан, либо с побуждением граждан к отказу от общественной деятельности или исполнения гражданских обязанностей, а равно с вовлечением в эту группу несовершеннолетних, - наказывается лишением свободы на срок до пяти лет или ссылкой на тот же срок с конфискацией имущества или без таковой.

Активное участие в деятельности группы, указанной в части первой настоящей статьи, а равно систематическая пропаганда, направленная к совершению указанных в ней деяний, - наказывается лишением свободы на срок до трех лет или ссылкой на тот же срок, или исправительными работами на срок до одного года.

Примечание: Если деяния лиц, указанных во второй части настоящей статьи, и сами лица, их совершившие, не представляют большой общественной опасности, к ним могут быть применены меры общественного воздействия.

(Эта статья приводится в главе десятой: Преступления против общественной безопасности, общественного порядка и здоровья населения).

2. Соответствующие статьи Уголовно-процессуального кодекса РСФСР, касающиеся прав обвиняемых и подсудимых.⁵

Статья 46. Обвиняемый. ... Обвиняемый имеет право: знать, в чем он обвиняется, и давать объяснения по предъявленному ему обвинению; представлять доказательства; заявлять

ходатайства; знакомиться по окончании предварительного следствия или дознания со всеми материалами дела; иметь защитника с момента, предусмотренного статьей 47 настоящего Кодекса...

(Глава третья: Участники процесса, их права и обязанности).

Статья 47. Участие защитника в уголовном судопроизводстве. Защитник допускается к участию в деле с момента объявления обвиняемому об окончании предварительного следствия и предъявления обвиняемому для ознакомления всего производства по делу...

По делам о преступлениях: несовершеннолетних, немых, глухих, слепых и других лиц, которые в силу своих физических или психических недостатков не могут сами осуществлять свое право на защиту, защитник допускается к участию в деле с момента предъявления обвинения.

(Глава третья).

Статья 49. Обязательное участие защитника. Участие защитника в судебном разбирательстве обязательно по делам:

- 1) в которых участвует государственный или общественный обвинитель;...
- 3) немых, глухих, слепых и других лиц, которые в силу своих физических или психических недостатков не могут сами осуществлять свое право на защиту...

(Глава третья).

⁵Цитировано по 3: Bergman, 1972

Статья 58. Обязанность разъяснения и обеспечения прав участвующим в деле лицам. Суд, прокурор, следователь и лицо, производящее дознание, обязаны разъяснить участвующим в деле лицам их права и обеспечить возможность осуществления этих прав.

(Глава третья).

Статья 148. Предъявление обвинения. Предъявление обвинения должно последовать не позднее двух суток с момента вынесения постановления о привлечении в качестве обвиняемого, а в случае привода - в день привода...

Следователь, удостоверившись в личности обвиняемого, объявляет ему постановление о привлечении в качестве обвиняемого и разъясняет сущность предъявленного обвинения. Выполнение этих действий удостоверяется подписями обвиняемого и следователя на постановлении о привлечении в качестве обвиняемого с указанием времени предъявления обвинения.

(Глава одиннадцатая: Предъявление обвинения и допрос обвиняемого).

Статья 149. Разъяснение обвиняемому его прав на предварительном следствии. При предъявлении обвинения следователь обязан разъяснить обвиняемому его права, предусмотренные статьей 46 настоящего Кодекса, о чем делается отметка на постановлении о привлечении в качестве обвиняемого, которая удостоверяется подписью обвиняемого.

(Глава одиннадцатая).

Статья 201. Ознакомление обвиняемого со всеми материалами дела. Признан собранные доказательства достаточными для составления обвинительного заключения и выполнив требования

статьи 200 настоящего Кодекса, следователь объявляет обвиняемому, что следствие по его делу окончено, и что он имеет право на ознакомление со всеми материалами дела как лично, так и с помощью защитника, а равно на заявление ходатайства о дополнении предварительного следствия.

(Глава семнадцатая: Приостановление и окончание предварительного следствия).

Статья 246. Участие подсудимого в судебном разбирательстве. Разбирательство дела в заседании суда первой инстанции происходит с участием подсудимого, явка которого в суд обязательна.

Разбирательство дела в отсутствие подсудимого может быть допущено лишь в исключительных случаях, если это не препятствует установлению истины по делу...

(Глава двадцать первая: Общие условия судебного разбирательства).

Статья 264. Протокол судебного заседания. ...Председательствующий обязан обеспечить участникам процесса возможность ознакомиться с протоколом.

(Глава двадцать первая).

Статья 405. Участие защитника. По делам лиц, совершивших общественно опасные деяния в состоянии невменяемости, а также лиц, заболевших душевной болезнью после совершения преступления, участие защитника является обязательным.

Защитник допускается к участию в деле с момента установления факта душевного заболевания лица, совершившего общественно опасное деяние.

(Раздел восьмой: Производство по применению принудительных мер медицинского характера. Глава тридцать третья: Производство по применению принудительных мер медицинского характера).

ЛИТЕРАТУРА

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual—DSM-III-R*, Third Edition, Revised. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1988.
2. Babayan, E.A. Legal Aspects of Psychiatry in the Soviet Legislation. Mimeo (undated), p. 22.
3. Berman, H.J. *Soviet Criminal Law and Procedure. The RSFSR Codes*, 2nd ed., Cambridge, MA: Harvard University Press, 1972.
4. Buyanov, M.I. Heal Thyself, Medicine. *Uchitelskaya gazeta*, November 19, 1988.
5. Bloch, S. and Reddaway, P. *Russia's Political Hospitals: The Abuse of Psychiatry in the Soviet Union*. London: Victor Gollancz Ltd., 1977.
6. Bloch, S. and Reddaway, P. *Soviet Psychiatric Abuse: The Shadow over World psychiatry*. Boulder, Colorado: Westview Press, 1985.
7. Centre for Human Rights. *Human Rights: A Compilation of International Instruments*. New York: United Nations, 1988.
8. Churkin, A. Interview in "Psychiatry and Politics." *New Times* #43, pp. 41-43, October 1988.
9. Cooper, J.E., Kendall, R.E., Gurland, B.J., Sharpe, L., Copeland, J.R.M. and Simon, R. *Psychiatric Diagnosis in New York and London*. New York: Oxford University Press, 1972.
10. Criminal Justice Mental Health Standards, American Bar Association, Washington, DC., 1986.
11. Draft Body of Principles and Guarantees for the Protection of Mentally Ill Persons and for the Improvement of Mental Health Care, Economic and Social Council of the United Nations Commission on Human Rights, Sub-Commission on Prevention of Discrimination and Protection of Minorities, 1988.
12. Folstein, M.F., Folstein, S.E. and McHugh, P.R. "Mini-Mental State:" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 12: 189-198, 1975.
13. Holland, J. and Shakhmatova-Pavlova, I.V. Concept and classification in the Soviet Union. *Schizophrenia Bulletin* 3: 277-287, 1977.
14. Kazanetz, E.P. Differentiating exogenous psychiatric illness from schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 36: 740-745, 1979.
15. Koryagin, A. Unwilling patients. *Lancet*, p. 821-824, April 11, 1981.
16. Loranger, A.W. *Personality Disorder Examination (PDE) Manual*. Yonkers: DV Communications, 1988.
17. Melekhin, G. In: Yakovlev, Others View Human Rights Roundtable, *Tass*, April 7, 1988. In: *Worldwide Issues*, FB15-SOV-88-068, April 8, 1988.
18. Morozov, G.V. and Kalashnik, I. M. (eds). *Forensic Psychiatry*. White Plains, New York: International Arts and Sciences Press, 1970.
19. National Institute of Mental Health. *Mental Health, United States, 1985*. Taube, C.A., Barrett, S.A., eds. DHHS Pub. No. (ADM) 85-1378. Washington, D.C., Superintendent of Documents, U.S. Govt. Printing Office, 1985.
20. Novikov, A., Razin, S., and Mishin, M. "Does Soviet Psychiatry Need a Tighter Rein?" *Komsomolskaya pravda*, November 11, 1987, p. 4. Condensed in *The Current Digest of the Soviet Press*, December 16, 1987.
21. Perlin, M.L. Patients' Rights, Chapter 25 in: Klerman, G.L., Weissman, M.M., Appelbaum, P.S., Roth, L.H. (eds). *Psychiatry, Social, Epidemiologic and Legal Psychiatry*, Vol. 5. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1986, pp. 402-422.
22. Polubinskaya, S.V. Quoted in *Komsomolskaya Pravda*, July 16, 1988, Reproduced: *International Association on the Political Use of Psychiatry Information Bulletin*.
23. *Pravda*, Psychiatry: Law and Practice, March 1, 1989.
24. Protchenko, B., and Rudyakov, A. Painful Theme #3. *Kommunist Magazine*, 1989.
25. Provisional Guidelines on the Procedure for Immediate Hospitalization of the Mentally Ill, Appendix #17 to Decree #225 of the U.S.S.R. Ministry of Public Health, March 21, 1988.
26. Reatig, N. Fiscal Year 1987 Report on Activities under P.L. 99-319. The Protection and Advocacy for Mentally Ill Individuals Act, Mimeo: Available from the National Institute of Mental Health, 1987.
27. Reich, W. The case of General Grigorenko: A psychiatric reexamination of a Soviet dissident. *Psychiatry* 43: 303-323, 1980.
28. Schooler, N., Keith, S., Severe, J. and Matthews, S. Treatment strategies in schizophrenia. *Psychopharmacology Bulletin* (in press).

29. Spitzer, R.L. and Williams, J.B.W. *Structured Clinical Interview for DSM-III-Psychotic Disorders Version*. New York, N.Y.: Biometrics Research Department, 1985.
30. Statute on Conditions and Procedures for the Provision of Psychiatric Assistance, Ratified by a Decree of the Presidium of the U.S.S.R. Supreme Soviet, January 5, 1988.
31. Urgent Hospitalization of the Socially Dangerous Mentally Ill. Instruction of the Ministry of Public Health of the U.S.S.R., August 26, 1971, No. 06-14-43.
32. U.S. Department of State Country Reports on Human Rights Practices for 1988, Union of Soviet Socialist Republics, p. 1215.
33. *Washington Post*, Associated Press. "2 Million to Quit Soviet Mental-Patient Rolls," February 12, 1988.
34. Weicker, L. Federal response to institutional abuse and neglect: The Protection and Advocacy for Mentally Ill Individuals Act. *American Psychologist* 42: 1027-28, 1987.
35. Weiner, B.A. Rights of Institutionalized Persons, Chapter 5, in: Brakel, S.J., Parry, J., Weiner, B.A. *The Mentally Disabled and the Law*. Chicago: American Bar Foundation, 1985, p. 287.

к докладу "Оценка последних изменений в советской психиатрии", подготовленному делегацией США по результатам визита в СССР (март-апрель 1989 года)

Визит американской делегации в СССР стал новым свидетельством существенного улучшения международной обстановки и конструктивного развития диалога между СССР и США по всему спектру вопросов, представляющих взаимный интерес, в том числе в гуманитарной области и по правам человека. Этот визит явился проявлением процессов демократизации и гласности, разворачивающихся в Советском Союзе, политики СССР, направленной на гуманизацию международных отношений. Благодаря практической реализации нового политического мышления в СССР, американской делегации были предоставлены, по собственной оценке ее участников, содержащейся в докладе, беспрецедентные возможности для выполнения стоящих перед ней задач.

Советская сторона выражает удовлетворение самим фактом состоявшегося визита, ставшего важным шагом в установлении конструктивного советско-американского сотрудничества в области психиатрии. Результаты визита продемонстрировали плодотворность диалога между специалистами обеих стран в области психиатрии и необходимость его дальнейшего развития. В этой связи мы приветствуем предложения американской делегации о безотлагательном начале обсуждения вопросов, связанных с поездкой советских специалистов в области психиатрии в США, об организации постоянного обмена информацией на основе сотрудничества, проведении совместных научных исследований, а также о создании международной комиссии с участием представителей

США и других стран для рассмотрения предполагаемых злоупотреблений в психиатрической практике в любой стране.

В результате происходящих в Советском Союзе перестройки и демократизации всех сфер общественной жизни осуществлен ряд мер по совершенствованию системы оказания психиатрической помощи и защиты прав и законных интересов психически больных. В марте 1988 года принят известный Указ Президиума Верховного Совета СССР, ставший первым законодательным актом в области психиатрии, регламентирующим на уровне закона все важнейшие аспекты оказания психиатрической помощи и правового положения лиц с психическими расстройствами. Указанные позитивные изменения нашли свое отражение в докладе американской делегации.

В рамках Всесоюзного научного общества психиатров создан этический комитет для решения ряда спорных вопросов, в том числе и по правам больных. Кроме того в Москве независимо от Всесоюзного общества психиатров организуется общественная комиссия в составе психиатров, юристов и др. специалистов, которая будет рассматривать индивидуальные обращения больных и их родственников. Сказанное свидетельствует о поступательном развитии процессов, происходящих в нашей стране, подчеркивает необходимость перестройки советской психиатрии.

Деятельность делегации и ее рабочих групп касалась преимущественно судебно-психиатрических аспектов советской психиатрии и через эту призму оценивались некоторые другие ее аспекты.

Отчет делегации касается в основном двух главных проблем: правовых и клинических. В связи с этим наши комментарии касаются именно этих аспектов.

В том, что касается юридических аспектов доклада, то их можно прокомментировать следующим образом.

В докладе, представленном по итогам визита и переговоров американской делегации с советскими представителями, содержится две группы вопросов юридического характера. Первая группа касается уголовного и уголовно-процессуального законодательства, где определены основания применения принудительных мер медицинского характера, а также процессуальная форма принятия судебных решений. Во вторую группу входят случаи применения общего законодательства об оказании психиатрической помощи, в частности, неотложной госпитализации лиц, страдающих психическими расстройствами, без совершения ими общественно опасных деяний, предусмотренных в законе как преступления.

В свою очередь, первая группа включает: законодательное определение невменяемости, оценку определенных форм поведения как преступного, законодательное определение критериев для помещения в психиатрические больницы с разным типом наблюдения, соблюдение норм уголовно-процессуального законодательства, в том числе и процессуальных прав лиц, к которым применяются принудительные меры медицинского характера.

К проблемам применения общего законодательства об оказании психиатрической помощи, особенно неотложной госпитализации, относятся: ее основания, контроль за деятельностью врачей - психиатров со стороны юридических (правоохранительных) органов, права пациентов, находящихся на лечении в психиатрических стационарах.

Выводы, содержащиеся в докладе, приводят к заключению о необходимости совершенствования советского уголовного и уголовно-процессуального

законодательства, равно как и законодательства об оказании психиатрической помощи. Кроме того также отмечены серьезные недостатки правоприменительной практики, требующие ее совершенствования, в частности, усиления прокурорского надзора за применением принудительных мер медицинского характера.

С рядом выводов и рекомендаций, содержащихся в докладе, можно согласиться. Однако некоторые итоговые положения, по нашему мнению, вызывают возражения и требуют дополнительных пояснений.

Рассмотрим последовательно юридические вопросы, затронутые в докладе американских специалистов. Вначале остановимся на уголовно-правовых и уголовно-процессуальных проблемах применения принудительных мер медицинского характера.

По мнению американской делегации, советская концепция невменяемости является довольно широкой и ее следовало бы ограничить только теми ситуациями, когда психическое расстройство препятствует пониманию или контролю поведению преступного поведения.

Между тем, уголовный закон (ст. 11 Основ уголовного законодательства Союза ССР и союзных республик, ст. 11 УК РСФСР и аналогичные статьи уголовных кодексов других союзных республик) устанавливает, что не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими вследствие хронической душевной болезни, временного расстройства душевной деятельности, слабоумия или иного болезненного состояния. Фактически невменяемость и определяется как непонимание общественной опасности и характера своих действий или невозможность

руководить ими из-за психического расстройства. Невменяемость - это неспособность лица в момент совершения общественно опасного деяния, предусмотренного уголовным законом, отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими, вызванная психическим заболеванием или иным расстройством психики.

Как можно судить по докладу, американские специалисты знакомы с советской концепцией невменяемости, однако они ограничились только изучением работ судебных психиатров. Это вряд ли можно признать достаточным, поскольку невменяемость - юридическое понятие и ее критерии должны быть описаны так, как это делает уголовный закон. Для невменяемости необходимо установить два критерия: медицинский и юридический. Именно эти критерии и ограничивают понятие невменяемости.

Признаки медицинского критерия, как указано в уголовном законе, следующие: хроническая душевная болезнь; временное расстройство душевной деятельности; слабоумие; иное болезненное состояние (например, некоторые виды психопатий, психические расстройства, вызванные инфекционными заболеваниями или опухолями мозга, и др.).

Юридический критерий состоит из двух признаков: интеллектуального (неспособность лица отдавать себе отчет в своих действиях) и волевого (неспособность лица руководить своими действиями).

Для признания лица невменяемым закон считает достаточным хотя бы одного из признаков юридического критерия, естественно, в сочетании с хотя бы одним из признаков медицинского критерия.

Вопрос о вменяемости или невменяемости возникает лишь тогда, когда лицо совершает общественно опасное деяние (действие или бездействие), предусмотренное

уголовным законом. Поэтому в юридический критерий (интеллектуальный признак) входит не только неспособность понимать фактический характер своего поведения, но и его общественную опасность. Кроме того закон требует установления состояния вменяемости или невменяемости во время совершения общественно опасного деяния.

Изложенное свидетельствует о том, что советская концепция невменяемости, как она описывается в законе и юридической теории, не является чрезмерно широкой, а имеет четко очерченные уголовным законом содержательные и временные границы. Вопрос же применения уголовного закона на практике, если какие-либо случаи дают основания оценить их как расширительное толкование законодательного понятия невменяемости, не связан с концепцией невменяемости а скорее - с недостатками в деятельности правоприменительных органов, например, с неполным исследованием всех обстоятельств дела в судебном заседании или с отсутствием должного прокурорского надзора за применением судами принудительных мер медицинского характера.

В докладе отмечается, что уголовный закон в нашей стране запрещает выражение некоторых политических и религиозных убеждений, поэтому это запрещение создает почву для помещения так называемых "диссидентов", признанных невменяемыми, в психиатрические больницы за их убеждения. Здесь же указывается, что любое нарушение уголовного закона считается "общественно опасным деянием".

Прежде всего, надо отметить, что связь между общественной опасностью поведения и уголовным законом иная. Не любое уголовно-правовое нарушение автоматически считается общественно опасным, а наоборот - только

общественно опасное поведение может стать преступным и уголовно-наказуемым. Для того, чтобы криминализировать какое-либо деяние (действие или бездействие), оно должно быть общественно опасным, т.е. должно причинять или содержать угрозу причинения существенного вреда общественным отношениям. Общественная опасность является материальным признаком преступления. И деяние не потому общественно опасно, что оно запрещается уголовным законом, а запрещается им потому, что общественно опасно.

Что касается ст.ст. 70 и 190-1 УК РСФСР и соответствующих статей уголовных кодексов других союзных республик, по которым наиболее часто раньше привлекались к уголовной ответственности т.н. "диссиденты", то надо иметь в виду, что ст. 70 УК РСФСР (антисоветская агитация и пропаганда) действительно относилась к особо опасным государственным преступлениям и, следовательно, попадала в категорию тяжких преступлений (ст. 7-1 УК РСФСР). Ст. 190-1 УК РСФСР никогда не считалась тяжким преступлением и распространение заведомо ложных измышлений, порочащих советский государственный и общественный строй, находилось в главе девятой УК РСФСР "Преступления против порядка управления". Эта статья была введена в УК РСФСР в 1966 г., в то время как антисоветская агитация и пропаганда была предусмотрена в Законе СССР "Об уголовной ответственности за государственные преступления" 1958 г.

Формулировки ст.ст. 70 и 190-1 УК РСФСР критиковались советскими юристами как довольно широкие и неопределенные, дающие возможности для произвольного их толкования на практике. 8 апреля 1989 г. был принят Указ Президиума Верховного Совета СССР "О внесении изменений и дополнений в Закон СССР "Об уголовной

ответственности за государственные преступления" и некоторые другие законодательные акты СССР". На прошедшей сессии Верховного Совета СССР были внесены дальнейшие уточнения и дополнения в редакцию этой статьи.

Таким образом, была дана новая редакция бывшей ст. 7 Закона СССР "Об уголовной ответственности за государственные преступления" (ст. 70 УК РСФСР). Теперь закон не использует понятий "агитация" и "пропаганда", а прямо говорит о публичных призывах к насильственному свержению или изменению советского государственного и общественного строя, закрепленного Конституцией СССР, а также распространении с этой целью материалов такого содержания (ст. 7 Указа Президиума Верховного Совета СССР от 8 апреля 1989 г. в редакции от 31 июля 1989 г.). Нельзя не увидеть несомненного шага вперед по сравнению с ранее действовавшей ст. 70 УК РСФСР. Закон более четко называет конкретные действия, направленные на свержение или изменение государственного или общественного строя. Новая редакция ст. 7 Закона СССР "Об уголовной ответственности за государственные преступления" (ст. 70 УК РСФСР) в принципе согласуется с аналогичными нормами уголовного законодательства других стран.

8 апреля 1989 г. был принят и Указ Президиума Верховного Совета РСФСР "О внесении изменений и дополнений в Уголовный и Уголовно-процессуальный кодексы РСФСР", который исключил из УК РСФСР ст. 190-1. Указ был введен в действие с 10 апреля 1989 г.

Более того, Съезд народных депутатов СССР отменил ст. 11-1 Закона СССР "Об уголовной ответственности за государственные преступления", введенную Указом Президиума Верховного Совета от

8 апреля 1989 г., где была предусмотрена ответственность за оскорбление или дискредитацию государственных органов и общественных организаций либо должностных лиц, которая была расценена общественностью как попытка ограничить гласность. Таким образом, этой статьи, приведшей, как написано в докладе, "к замешательству и открытым спорам в Советском Союзе", в уголовном законодательстве больше нет.

Как можно видеть, в нашей стране предприняты конкретные шаги по совершенствованию уголовного законодательства для исключения на будущее возможности привлечения к уголовной ответственности за политические убеждения, расходящиеся с общепринятыми, не выражающиеся в строго обозначенных в уголовном законе действиях. Здесь надо заметить, что в проекте нового УК РСФСР, подготовленном в рамках общей реформы советского уголовного законодательства, предлагается исключить ст. 227 УК РСФСР (посягательство на личность и права граждан под видом исполнения религиозных обрядов) и дать новую редакцию ст. 142 и ст. 143 УК РСФСР (нарушение законов об отделении церкви от государства и школы от церкви и воспрепятствование совершению религиозных обрядов). Предлагаемые изменения уголовного закона и в этой сфере также направлены на исключение возможности привлечь лицо к уголовной ответственности за религиозные убеждения.

Американские специалисты указывают также и на необходимость изменения законодательства для более четкого определения критериев принудительной госпитализации и в особенности помещения в психиатрические больницы со строгим наблюдением ("специального типа"). Этот вопрос заслуживает

рассмотрения, тем более, что определенные шаги для этого предпринимаются.

В декабре 1988 г. для всенародного обсуждения был опубликован проект новых Основ уголовного законодательства Союза ССР и союзных республик. В нем содержится специальный раздел IX "Принудительные меры медицинского характера", ранее отсутствовавший в общесоюзном уголовном законодательстве. Регулирование этих вопросов являлось компетенцией союзных республик. По ряду причин (важность единого законодательного регулирования применения принудительных мер медицинского характера на всей территории СССР, единство принципов оказания психиатрической помощи во всех союзных республиках и др.) при подготовке проекта и был предложен специальный раздел в общесоюзных Основах уголовного законодательства.

Однако в опубликованном проекте не содержится достаточно четких критериев для направления в больницы с разным типом наблюдения. Это следует учесть при доработке проекта в соответствии с предложениями и замечаниями, полученными в ходе его обсуждения самыми широкими кругами населения. Некоторые из них уже разработаны и представлены в комиссию Президиума Верховного Совета СССР.

В докладе отмечаются случаи нарушения уголовно-процессуального законодательства, регулирующего применение принудительных мер медицинского характера. Так, указывается на то, что пациенты никак не участвовали в судебном заседании, не встречались с адвокатами, не знакомились с заключением судебно-психиатрической экспертизы и т.п.

Производство по применению принудительных мер медицинского характера является одной из форм осуществления правосудия по уголовным делам и на него распространяются

общие правила советского уголовного процесса, а также специальные нормы, установленные в разделе восьмом УПК РСФСР. Так, предусмотрено обязательное участие адвоката по делам лиц, совершивших общественно опасные деяния в состоянии невменяемости, а также заболевших душевной болезнью после совершения преступления с более ранней стадии, чем по большей части уголовных дел. Адвокат допускается к участию в деле с момента установления факта душевного заболевания лица (ст. 405 УПК РСФСР), в то время как по общему правилу защитник допускается к участию в деле либо с момента объявления обвиняемому об окончании предварительного следствия и предъявления для ознакомления всех материалов дела (ст. 47 УПК РСФСР), либо с момента предъявления обвинения по делам несовершеннолетних или лиц, страдающих физическими или психическими недостатками (ст. 49 УПК РСФСР).

При производстве по делам о применении принудительных мер медицинского характера обязательно проводится предварительное следствие (ст. 404 УПК РСФСР), также обязательным является и получение заключения судебно-психиатрической экспертизы, на которую лицо направляется лишь при наличии достаточных данных о том, что именно это лицо совершило общественно опасное деяние, по поводу которого возбуждено уголовное дело (ст.ст. 184-194, 404 УПК РСФСР).

Уголовно-процессуальный закон содержит общие предписания, касающиеся всех видов экспертиз в уголовном процессе. Поэтому в соответствии со ст. 184 и 185 УПК РСФСР при назначении и производстве экспертизы лицо имеет право заявлять отвод эксперту, просить о назначении эксперта из числа указанных им лиц, давать объяснения эксперту,

представлять дополнительные вопросы для получения по ним заключения эксперта, знакомиться с его заключением и, конечно же, знать о самом назначении экспертизы. Постановление о назначении судебно-психиатрической экспертизы не объявляется лицу, если его состояние делает это невозможным.

Судебное разбирательство при производстве по применению принудительных мер медицинского характера производится с обязательным участием защитника и прокурора (ст. 408 УПК РСФСР).

Народный судья или председатель суда вправе сделать распоряжение о вызове в судебное заседание лица, в отношении которого рассматривается дело о применении принудительных мер медицинского характера, если этому не препятствует характер его заболевания (ст. 407 УПК РСФСР).

Определение суда о применении принудительных мер медицинского характера может быть в течение семи суток обжаловано защитником, потерпевшим и его представителем, близким родственником самого лица, опротестовано прокурором в вышестоящий суд (ст. 411 УПК РСФСР).

На основании ст. 412 УПК РСФСР суд рассматривает и вопросы отмены или изменения принудительной меры медицинского характера по представлению главного психиатра органа здравоохранения по подчиненности больницы. Ходатайство об отмене или изменении меры могут возбуждать близкие родственники лица, признанного невменяемым, а также иные заинтересованные лица. Такие дела разрешаются с обязательным участием прокурора.

Как можно видеть, уголовно-процессуальное законодательство содержит достаточно подробные правила судопроизводства по этой категории дел и предусматривает дополнительные процессуальные гарантии прав лиц, к

которым могут быть применены принудительные меры медицинского характера. Однако в отдельных случаях на практике эти нормы закона ранее не всегда соблюдались. В настоящее время используется три способа изменения этого положения. Во-первых, принятие определенных мер к усилению прокурорского надзора. Уже сейчас предполагается освободить прокуроров от других обязанностей с тем, чтобы они занимались только надзором за законностью, в том числе в уголовном процессе. Во-вторых, это законодательное решение важнейших вопросов процессуальных гарантий прав граждан и, прежде всего, вопроса о допуске адвоката к участию в уголовном деле с более ранней стадии, чем это было возможно раньше (с момента ареста либо с момента обвинения). И, наконец, необходимо совершенствование и других процессуальных норм, регламентирующих производство по применению принудительных мер медицинского характера. Так, считается целесообразным сделать вызов лица, в отношении которого ведется уголовное дело, в судебное заседание обязательным, если это позволяет его психическое состояние.

Несколько замечаний относительно правовых вопросов применения общего законодательства об оказании психиатрической помощи.

В докладе затрагиваются вопросы применения неотложной госпитализации лиц, страдающих психическими расстройствами и не совершивших общественно опасных деяний, предусмотренных уголовным законом. Отмечено, что имеются некоторые признаки использования неотложной госпитализации лиц, поведение которых имело преимущественно политический характер. Это серьезный вопрос оснований для применения неотложной госпитализации в психиатрические стационары.

В принятом в 1988 г. Положении об условиях и порядке оказания психиатрической помощи установлено, что в психиатрическую больницу без их согласия, согласия их родственников либо законных представителей могут быть госпитализированы только больные, представляющие по своему психическому состоянию непосредственную опасность для себя или окружающих (ст.16). Временная инструкция о порядке неотложной госпитализации психически больных (утверждена приказом Министра здравоохранения СССР No 225 от 21 марта 1988 г. и согласована с Прокуратурой СССР, Министерством внутренних дел СССР и Министерством юстиции СССР) дает более подробные показания к неотложной госпитализации. При этом называются социальные показания - общественная опасность больного (агрессивные действия, психомоторное возбуждение, суицидальное поведение и др.) и обуславливающие их медицинские показания (п.2). Представляется, что действующий закон в этом вопросе стоит на правильной позиции: только непосредственная опасность больного для себя или окружающих может и должна быть основанием для его неотложной госпитализации.

Поскольку Положение об условиях и порядке оказания психиатрической помощи не содержит достаточно жестких юридических гарантий защиты прав и законных интересов граждан, очевидно потребуются дальнейшая его доработка.

Американская делегация обращает внимание на этот недостаток действующего законодательного акта. Правовые институты, содержащиеся в нем, не могут быть в полной мере реализованы из-за отсутствия в Положении необходимых норм о процедурах и механизмах их действия. Здесь следует согласиться с рекомендациями американской стороны, что требуется введение дополнительных

процедур для защиты прав и законных интересов личности. Такие предложения высказывались советскими юристами и в печати, и во время бесед с членами американской делегации на переговорах в Москве.

В докладе специально отмечается также неурегулированность прав пациентов и, следовательно, их недостаточная правовая защищенность. Здесь указывается на неоправданно суровые условия содержания в психиатрических больницах, особенно, "специального типа", цензуру почты, жесткий контроль за посещениями и т.п. С этими замечаниями можно в основном согласиться.

По нашему мнению, эти вопросы требуют решения в законодательном порядке. В законе следует установить специальные нормы о правах лиц, находящихся в психиатрических стационарах, об информированном согласии на методы лечения и возможность отказа от определенных препаратов и процедур, прямо закрепив, что лекарства могут быть использованы только для лечения психически больных, а не для их наказания или удобства медицинского персонала. Министерством здравоохранения СССР издан приказ о возможном применении такого препарата как сульфозин в малых дозах лишь в целях преодоления терапевтической резистентности. Причем это может быть сделано лишь только при согласии самого больного или его родных.

Кроме того необходимы и нормы об обязанностях администрации психиатрических учреждений, в частности, информировать больных, их родственников или законных представителей о предоставляемых им законом правах, порядке и сроках подачи жалоб в органы здравоохранения, прокуратуру или суд.

Введение этих норм в советское законодательство не только позволит реально защитить права пациентов от

возможных злоупотреблений недобросовестных медицинских работников, но и будет находиться в соответствии с рекомендациями Организации Объединенных Наций, изложенными в проекте Свода принципов и гарантий защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи.

По вопросам, относящимся преимущественно к клинической проблематике, хотелось бы отметить следующие моменты. В этом плане основное внимание в докладе сосредоточено на таких вопросах, как диагностика психических расстройств, методы лечения, судебно-психиатрическая экспертиза, принудительное лечение и некоторые другие. Анализ, проведенный делегацией США, представляет несомненный интерес для членов советской делегации, поскольку некоторые из содержащихся в нем положений могут оказаться полезными для решения вопросов, связанных с дальнейшим совершенствованием психиатрической помощи в СССР, а также послужить основой для последующих научных контактов сторон. С рядом положений и выводов доклада советская сторона может согласиться, однако другие вызывают возражения или требуют дополнительных разъяснений.

Перед авторами доклада стояли вполне определенные и четко сформулированные ими задачи. Именно этими задачами были определены и выбор обследовавшихся пациентов, и характер изучавшихся вопросов. Все анализировавшиеся аспекты советской психиатрии рассматривались в контексте сформулированных задач и только на ограниченной группе пациентов. При таком подходе к исследованию весьма сложно давать обобщенные оценки и осуществлять какие-либо широкие экстраполяции. Вместе с тем, в докладе в ряде случаев содержатся подобные

обобщенные оценки, часть из которых в связи с этим нуждается в дополнительных уточнениях.

В докладе содержится ряд критических замечаний в плане диагностики психических заболеваний, принятой в СССР. Американская сторона формулирует свои выводы на основании обследования 27 пациентов. В 13 случаях были констатированы диагностические расхождения. Однако при оценке указанных случаев следует иметь в виду, что речь идет о состояниях, чрезвычайно сложных в диагностическом отношении. Трудности понимания позиции американских психиатров для советской стороны усугубились также и тем, что в докладе, к сожалению, не содержатся клинические разборы каждого случая.

В докладе утверждается, что американская группа не смогла поставить диагноза некоторым пациентам в соответствии с принятыми в США или на международном уровне критериями. При этом делается ссылка на разрабатываемый Всемирной Организацией Здравоохранения проект МКБ-10. Однако хорошо известно, что в большинстве стран мира в настоящее время используется международная классификация болезней МКБ-9, принятая Всемирной Организацией Здравоохранения. МКБ-10 является пока что только проектом и не принята окончательно Всемирной Организацией Здравоохранения в качестве международного диагностического инструмента. Данное обстоятельство, на наш взгляд, не в полной мере было учтено американской стороной.

При ознакомлении с содержанием доклада по оценке психических особенностей обследованных лиц обращает на себя внимание, что нередко отчетливые психотические состояния в анамнезе больных американскими специалистами либо не учитывались, либо учитывались

недостаточно. Одновременно переоценивались данные субъективного анамнеза, в том числе отрицание самими больными имевшихся в прошлом патологических состояний, зафиксированных в историях болезни. Высказывания больных о том, что они якобы симулировали психические расстройства, видимо, расценивались как не вызывающие сомнений. Подробное клиническое обоснование причин диагностических расхождений имело бы в связи с этим большое значение для сопоставления различий в диагностических подходах. Это тем более важно, что в докладе содержатся утверждения о существующей в СССР гипердиагностике психических расстройств. Уместно отметить, что главный психиатр Минздрава СССР уже заявлял об имевшихся ранее отдельных случаях гипердиагностики психических заболеваний. Мы не исключаем, что в ряде случаев диагнозы были усилены из-за не всегда адекватной клинической оценки того или иного пациента. Это подтверждается пересмотром ряда диагнозов в ходе подготовки и проведения визита американских психиатров в СССР.

Имея в виду случаи гипердиагностики психических расстройств, авторы доклада упоминают вялотекущую форму шизофрении, являющуюся, по их мнению, "туманным" понятием. Термин "латентная шизофрения" был, как известно, предложен в начале этого века Е.Блейлером, а понятие "псевдоневротическая шизофрения", соответствующее вялотекущей шизофрении А.В.Снежневского, было предложено в 1949 г. американскими психиатрами Хохом и Палатиным. Термин "вялотекущая шизофрения" фактически включен в МКБ-9. Наконец, и в проекте МКБ-10 содержится понятие "латентной шизофрении", имеющее свои достаточно четкие границы. Не имея далее возможности вступить в дискуссию о правомочности

использования понятия вялотекущей шизофрении, хотелось бы подчеркнуть, что данный вопрос может явиться предметом совместного обсуждения.

В качестве другого примера гипердиагностики в докладе упоминается диагноз психопатии. Так, в частности, отмечается, что "... советская система диагноза психопатии, видимо, подразумевает антиобщественный или несовместимый с общественными интересами вид поведения...", которое не учитывается в концепции расстройств личности по классификациям ДСМ-3 или МКБ-10. Однако следует подчеркнуть, что в советской классификации психопатий не существует видов, которые определялись бы исключительно социальной установкой личности. Социальные характеристики могут быть учтены лишь в контексте описания внешнеповеденческих проявлений психических расстройств, которые должны быть обоснованы с помощью психопатологических понятий.

Теперь о ситуации с диагностикой в судебной психиатрии и о некоторых других проблемах судебно-психиатрической экспертизы, обсуждающихся в докладе.

Так, в докладе звучит мысль о том, что гипердиагностика является чуть ли не основной причиной признания некоторых из включенных в исследование лиц невменяемыми. Однако здесь обращает на себя внимание не совсем точное отражение понятия невменяемости, существующее в советском уголовном праве и используемое в советской судебной психиатрии. В дополнение к тому, что говорилось выше о проблеме невменяемости, хотелось бы сделать следующее пояснение. Вопреки упомянутой точке зрения авторов доклада, будто гипердиагностика психопатии или даже шизофрении являются основными причинами констатации невменяемости, в

действительности в советской судебной психиатрии вопросы об экспертной оценке и нозологической диагностике не находятся в жесткой, однозначно интерпретируемой связи. Для констатации невменяемости недостаточно наличия в период совершения уголовно наказуемых действий той или иной психической патологии (медицинский критерий невменяемости). Необходимо также установить соответствующую глубину, степень патологических нарушений психики, определяемых с помощью юридического критерия невменяемости. На практике это положение означает, что при одних и тех же нозологических диагнозах возможна различная экспертная оценка. В определенной степени расхождения в нозологической диагностике снимаются в процессе судебно-психиатрической оценки с помощью упомянутого юридического критерия, позволяющего с совершенно определенных позиций как бы измерить имеющуюся у лица психическую патологию. В подтверждение сказанного можно сослаться на результаты экспертной практики, согласно которым некоторые больные шизофренией признаются вменяемыми, а при психопатиях встречаются случаи, когда констатируется невменяемость. Таким образом, нозологический диагноз еще не предопределяет экспертного решения. В свете сказанного, наверное, нет смысла комментировать содержащееся в докладе утверждение, что "... любое прошлое или нынешнее психическое расстройство или симптом у лица, обвиняемого в незаконном поведении..." является основанием невменяемости.

В докладе содержится ряд утверждений, из которых явствует, что игнорируется и другое кардинальное для советского уголовного права и судебной психиатрии положение, согласно которому вопрос о невменяемости решается исключительно

по отношению к конкретному уголовно наказуемому деянию и только ко времени его совершения. Существует, как известно, принципиальная возможность различных экспертных оценок в отношении одного и того же лица применительно к разным криминальным эпизодам, имевшим место в разные периоды времени. Таким образом, просто факт наличия психического заболевания и даже то обстоятельство, что данное лицо, ранее привлекавшееся к уголовной ответственности, уже признавалось неизменяемым, вовсе не означает автоматически вытекающей из этого идентичной экспертной оценки применительно к другому уголовно наказуемому деянию.

В докладе встречается также ряд других обобщающих положений, которые не совсем точно отражают истинную ситуацию с судебно-психиатрической экспертизой в СССР.

В докладе американской делегации содержится подробное описание организации и проведения принудительного лечения психически больных, в частности, в больницах специального типа (ныне больницы с усиленным наблюдением МЗ СССР). В ряде случаев высказанные критические замечания совпадают с нашей озабоченностью состоянием этого вопроса. Американской стороне было известно о предпринятых и предпринимаемых мерах по гуманизации принудительного лечения и правовой защищенности психически больных. Уже во время визита американской делегации и предварительного обсуждения ее работы в Москве советские психиатры были согласны с тем, что ряд больных, не представляющих физической угрозы окружающим, неоправданно долго находились на принудительном лечении. И по окончании визита советская сторона предпринимает необходимые меры по пересмотру ранее вынесенных

заклучений о необходимости продолжения принудительного лечения.

Советской стороной принимаются критические замечания по поводу применения сульфозина и атропиновых ком. В настоящее время Министерством здравоохранения СССР разработаны указания о запрещении использования этих препаратов в психиатрии. Что касается применения инсулинокоматозной терапии, следует отметить наличие большого числа литературных данных и практического опыта о значительном улучшении психического состояния и наступлении ремиссий после проведения этого лечения у больных шизофренией. Во всяком случае инсулинотерапия никогда не применяется для вызывания судорог, как отмечают в своем докладе американские психиатры. Препараты лития применяются при лечении психически больных, в том числе и в судебно-психиатрической практике. Однако его применение ограничено недостаточным количеством пламенных фотометров в больницах.

В медицинской практике СССР вообще, а не только в психиатрии, не принято обсуждать с пациентами методы их лечения, за исключением случаев, когда пациентом является врач. Вопрос о том, насколько это оправдано, нам представляется предметом для предстоящих дискуссий. В этой связи американский опыт является весьма интересным.

Что касается проблемы постановки и снятия с психиатрического учета, советская сторона считает необходимым дать некоторые разъяснения. Исходя из понимания того, что в ряде случаев постановка на учет приводит к неблагоприятным социальным и правовым последствиям, в СССР уже изменены подходы к решению этой проблемы. Так, в 1988 г. снято с обязательного наблюдения 734 тыс. человек. Этот процесс имеет правовые гарантии и носит активный характер. Вместе с

этим получают развитие новые формы психиатрической помощи, основанные на сугубо добровольном принципе обращения к психиатру.

Таким образом, доклад американской делегации является полезным документом, т.к. "взгляд со стороны" позволяет советским психиатрам оценить процессы, происходящие в советской психиатрии, и наметить пути по преодолению имевших место недостатков. Поэтому широкое

сотрудничество советских и американских специалистов необходимо для достижения конечной цели - совершенствования психиатрической помощи на правовой основе.

Ю. Решетов
Начальник Управления
по международному гуманитарному
сотрудничеству и правам человека
МИД СССР

О
Б
С
Т
А
Т
И
С
Т
И
К
И