

*ISBN 5 – 900513 – 16 – 5*

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ  
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION

---

**НЕЗАВИСИМЫЙ  
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT  
PSYCHIATRIC  
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА  
IPA HERALD**

**II**

**1996**

**МОСКВА**

Издательство Независимой психиатрической ассоциации  
и Таймс

# Независимая психиатрическая ассоциация и Таймс

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

**Ю. С. Савенко** (гл. редактор)

**Ю. Н. Аргунова**

**В. Г. Батаев**

**А. Н. Богдан**

**М. Е. Бурно**

**Л. Н. Виноградова**

**С. С. Гурвиц**

**В. Е. Каган**

**Н. И. Сафонова** (лит. редактор)

Сдано в набор 2.6.96. Подп. в печ. 5.7.96. Формат 60×90 1/8.  
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура «Таймс». Печать офсетная.  
Усл.-печ. л. 11,0 Уч.-изд. л. 11,3. Тираж 3 000 экз. Заказ № 2746  
Отпечатано в ИПК "Московская правда". Зак. 2746. Т. 2000.  
Цена свободная

Издательство «Независимой психиатрической ассоциации», 103982, Москва, Лучников пер., 4

Оригинал-макет подготовлен в издательстве «Литература и политика»: тел. 917-47-31, 917-47-36



Настоящий выпуск осуществлен при финансовой поддержке  
Европейского Союза в рамках программы Тасис и  
Института «ОТКРЫТОЕ ОБЩЕСТВО»

© НПА, 1996

# СОДЕРЖАНИЕ

## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

Бред ревности. К вопросу: «развитие личности» или «процесс»? – Карл Ясперс ..... 5

## ПСИХИАТРИЯ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЯ

Слово и образ – Н. Н. Николаенко (Санкт-Петербург) ..... 14

Эволюция высших психических функций – Т. Г. Визель (Москва) ..... 19

## ПСИХОТЕРАПИЯ

Хозяин и собака или что такое драматическая психоэлевация –

Ирина Медведева, Татьяна Шишкова (Москва) ..... 25

Выражение эмоций средствами языка в клиентоцентрированной разговорной психотерапии –

Пауль Мехериль, Лилли Кеммлер (ФРГ) ..... 31

## ПСИХИАТРИЯ И ПРАВА ЧЕЛОВЕКА

### *Психиатрия в III-ем Рейхе и ГДР*

Ключевые моменты истории немецкой психиатрии –

Клеменс Дикхофер (Бонн) ..... 39

Были ли политические злоупотребления психиатрией в бывшей ГДР? –

Штефан Хаас (Айхберг) ..... 43

### *Психиатрия в СССР и России*

Российская психиатрия: тенденции развития –

Ю. С. Савенко, Л. Н. Виноградова (Москва) ..... 50

Российская психиатрия сегодня – В. Е. Каган (Санкт-Петербург) ..... 52

## ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Психиатризация массового сознания – Ю. С. Савенко ..... 55

«Против лома нет приема»? – В. Г. Батаев ..... 56

## ЮРИДИЧЕСКИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ

О социальной защите инвалидов в Российской Федерации – Ю. Н. Аргунова ..... 57

## ХРОНИКА

VIII цикл образовательной программы НПА (Клязьма) ..... 61

ОБРАЩЕНИЕ В ГОСУДАРСТВЕННУЮ ДУМУ И ПРАВИТЕЛЬСТВО РФ ..... 62

Поездки в регионы (Ярославль, Воронеж) ..... 64

Философия и психиатрия (Малага, Москва) ..... 66

Первый симпозиум российских психиатров на съезде АПА (Нью-Йорк) ..... 67

Возобновление открытых клинических разборов ..... 69

Дар библиотеке НПА ..... 69

## РЕЦЕНЗИИ И ОТКЛИКИ

Норман Сарториус об ICD-10 ..... 70

## ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

Патографический очерк о Данииле Хармсе – А. В. Шувалов (Фрязино) ..... 74

Стихи – Г. К. ..... 78

НЕКРОЛОГИ ..... 79

РЕКОМЕНДАЦИИ ..... 81

АННОТАЦИИ ..... 82

# CONTENTS

## URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY

- Jealousy Delirium. On the issue: «development of personality» or «process»? – Karl Jaspers ..... 5

## PSYCHIATRY AND NEUROPHYSIOLOGY

- Word and image: left and right cerebral hemispheres – N. Nikolaenko (St-Petersburg) ..... 14  
Evolution of the highest psychic functions and problem of their recovery – T. Visel (Moscow) ..... 19

## PSYCHOTHERAPY

### Master and his dog or what is dramatic psychoelevation? –

- I. Medvedeva, T. Shishkova (Moscow) ..... 25

### Expression of emotions by means of language in client-centered conversational psychotherapy –

- Paul Mekheril, Lilly Kemmler (FRG) ..... 31

## PSYCHIATRY AND HUMAN RIGHTS

### Psychiatry in the III-rd Reich and in GDR

- Key points of the history of German psychiatry - Klemens Dieckhofer (Bonn) ..... 39

- Were there political abuses of psychiatry in former GDR? – Stefen Haas (Eichberg) ..... 43

### Psychiatry in the USSR and in Russia

- Russian psychiatry: tendencies of development – Yu. Savenko, L. Vinogradova (Moscow) ..... 50

- Russian psychiatry today – V. Kagan (St.-Petersburg) ..... 52

## FROM AN EXPERT'S DOSSIER

### Psychiatrization in the mass-consciousness – Yu. Savenko ..... 55

### «With crowbar over your head you have no choice» – V. Bataev ..... 56

## LEGAL COUNSEL

### On social protection of disabled persons in the Russian Federation – Yu. Argunova ..... 57

## CHRONICLE

### VIII-th cycle of the IPA educational program (Klyazma) ..... 61

### ADDRESS TO THE RUSSIAN STATE DUMA AND THE GOVERNMENT OF THE RF ..... 62

### Visits to the regions (Yaroslavl, Voronezh) ..... 64

### Philosophy and psychiatry (Malaga, Moscow) ..... 66

### The first symposium of Russian psychiatrists at the APA Congress (New-York) ..... 67

### Renewal of open discussions of clinical cases ..... 69

### Grant to the IPA Library ..... 69

## REVIEW AND COMMENTS

### Norman Sartorius about ICD-10 ..... 70

## PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS

### Pathographic assay about Daniel Kharms – A. Shuvalov (Fryazino) ..... 74

### Poems – G. K. ..... 78

## OBITUARY ..... 79

## RECOMMENDATIONS ..... 81

## ABSTRACTS ..... 82

## БРЕД РЕВНОСТИ

К вопросу: «развитие личности» или «процесс»?

Карл Ясперс

Karl Jaspers – Eifersuchtwahn. Ein Beitrag zur Frage: «Entwicklung geiner Persönlichkeit» oder «Prozess»?  
(Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, 1910, Bd. 1, 567 – 637)

### Содержание

\*\*\*

Цель публикации обширных историй болезней.  
Обзор современного учения о бреде ревности.

1. Случай бреда ревности как «процесса».  
Юлиус Клюг.

\*\*\*

Макс Мор.

Общее в обоих случаях.

Отношение к паранойе Крепелина и, в частности,  
к бреду кверулянтов.

Понятия «процесс» и «развитие личности».

a. Понятия связей, возникающих путем «перемещения» (1. рационально; 2. посредством вчувствования) и «объективирования» с помощью процесса, лежащего в основе этого.

\*\*\*

«Понимание» и «постижение».

«Развитие» и «процесс».

b. Отношение «процесса» к мозговому процессу.

в. Схематические выводы.

Определение случаев Клюга и Мора в качестве  
«психических процессов».

2. Случай бреда ревности как «развития личности».  
Клара Фишер.  
Киприан Кнопф.

\*\*\*

Общее в обоих случаях.

3. Сравнение с бредом кверулянтов.

Отношение к «раннему слабоумию».

Отношение к «сверхценным идеям».

Случай сверхценной идеи ревности при циклотии.

Схема различных понятий «сверхценной идеи».

4. Следующие случаи бреда ревности.

Михаэль Бауэр.

1-й случай Бри.

2-й случай Бри.

Суть «переходов» между «процессом» и «разви-  
тием».

Макс Мор, родился в 1860 г., католик, учитель. Наследственность не отягощена, всегда был здоров, о детстве данных нет. В личном деле отмечено: он в 1881 и 1884 годах успешно выдержал оба учительских экзамена. В 1884 г. старший учитель отметил, что М. явно избегает его общества, здоровается с ним небрежно, но зато приятельствует с человеком, который известен как открытый враг старшего учителя, позволяя ему подстрекать себя. Хотя М. оставался прилежным, но отношения с ним стали невыносимыми. Впоследствии из другого источника стало известно, что М. создает «интриганскую оппозицию».

В том же 1884 г. М. был обручен. Свадьба состоялась в 1888 г. В браке у него было 5 детей, родившихся в 1890, 1891 (дочери), 1893 (сын), 1896 и 1903 (дочери) годах. Вскоре после свадьбы М. был оштрафован на 3 марки за то, что, поссорившись с консьержкой, которая стирала его белье, он ударил ее по лицу. Определение суда по этому делу первоначально было отсрочено, но вскоре (1889 г.) было вынесено. После этого он вновь был замешан в ссоры, в частности, с бургомистром селения. Последний жаловался на М. в связи с тем, что тот использует детей в личных целях, плохо следит за канцелярской перепиской общины и т. п. М. огласил эти жалобы в классе, после чего за оскорбление бургомистра снова был присужден к штрафу в 3 марки. Отношения

между ними стали совершенно невыносимыми; школьный инспектор сообщал о грубости и бес tactности М., а также о том, что у него вспыльчивый характер. После этого, в 1890 г. М. был переведен на новое место работы, где за три года его пребывания с ним не было никаких историй. Когда в 1893 г. его снова перевели в З., здесь опять начались неполадки, он пересорился с половиной жителей общины. Бургомистр вновь жаловался на то, что М. презрительно высказывался о сестре старшего учителя, позволял себе по отношению к ней такие выражения, которые невозможно повторить, допускал, что школьники в ее присутствии выкрикивали ругательства. Как ведущий канцелярские дела общины он плохо выполнял свои обязанности, совершенно расстроил делопроизводство, на него никогда ни в чем нельзя положиться. Вскоре стал жаловаться и пастор: воспитание школьников поставлено плохо, жители селения никогда еще не были столь разобщены и взбудоражены, и во всем этом виноват учитель М. Например, он в самый последний момент, явно с целью конкуренции, устроил особый новогодний праздник, не пригласив официальных лиц (бургомистра, пастора) и т. п. Наконец состоялся очередной перевод М., с нетерпением ожидавшийся всеми. В новом окружении обстоятельства сложились совершенно противоположным образом. Там вскоре воцарилось согласие, сменившее с приходом нового учителя существовавшие до этого раздоры. Позднее все подтверждали, говоря с ним, что он у всех пользовался уважением как преданный своему долгу учитель, хо-

Продолжение.

Показана разбивка текста в 4-х выпусках НПЖ.

Перевод сделан на личные средства В. Г. Остроглазова и Ю. С. Савенко.

роший органист и дальний канцелярский работник, выполнивший к тому же еще и дополнительную работу, отличаясь при этом усердием и энергичностью. Неизменно хорошими отношения оставались с 1895 по 1903 гг., т. е. в течение 8 лет.

В последнее время (к сожалению, установить, насколько давно – трудно) М. стал очень ревнивым. Сведения об этом из жандармерии относятся к маю 1903 г.: «М. всегда был ревнивым, так что его жена никогда не могла себе позволить заговорить ни с одним мужчиной, чтобы не избежать домашних скандалов. Жена М. всегда вела себя образцово». Некий поденщик, который впоследствии попал в заключение за это, сказал М., будто видел как некий Люстиг и еще двое мужчин имели половую связь с его женой, фрау М. В начале мая 1903 г. М. обвинил Люстига в соучастии в супружеской измене его жены. Люстиг пожаловался школьному инспектору и угрожал возбудить судебное дело против М. В том же день – это был четверг – М. сам явился к инспектору, обвинил свою жену в супружеской измене и сказал, что он обращался в суд по поводу возбуждения бракоразводного процесса и подал лично прокурору жалобу в связи с изменой жены. Между прочим, он рассказал невероятную историю с отравлением его, которая, якобы, произошла до 1897 г. Основной же целью его визита к инспектору была просьба о переводе его на другое место работы. В пятницу инспектор получил письмо от пастора, в котором тот сообщал, что отношения между супругами М. стали невыносимыми. В связи с этим в ту же пятницу инспектор поехал в селение, ознакомился с обстоятельствами дела и убедился, что жену М. упрекнуть не в чем, хотя М. уже давно ревнует ее и даже избивал. Все соседи были на стороне жены. Вызванный к инспектору, М. пообещал, что все изменится. У инспектора возникло впечатление, что у М. имеется бред, но он не подал вида.

Поведение М. становилось все более странным и в ночь с субботы на воскресенье у него развилось психотическое состояние. Собранные впоследствии высказывания очевидцев свидетельствовали о том, что он, стоя у открытого окна, точил топор и угрожающе поднимал его; в 11 часов ночи, а затем повторно в 1 час он звонил в школьный колокол. Его жена, родившая за несколько дней до этого, закрылась у себя в комнате. На следующий день от выгнал ее из дома. Она нашла приют у бургомистра, который посоветовал сторожу и еще одному мужчине оставаться при М. всю ночь, чтобы предотвратить несчастье. У нас имеется письмо, которое в ту ночь М. написал школьному инспектору (мы приводим его полностью, сохранив даже имевшиеся в нем ошибки): «Господин инспектор! Сейчас, когда я пишу эти строки, 12 часов ночи. Мне сообщили, что сегодня ночью или завтра утром ко мне придут два человека, чтобы убить меня.

Я пишу в магистрат. В 11 часов со стороны дома Люстига послышался шум.

Я пошел с фонарем и услышал внизу голоса двух мужчин; они смеялись, а один из них свистнул моей жене; она должна была им открыть, но не знала, продолжала ли я писать.

Лишь когда я дважды позвонил в колокол, эти двое ушли.

Я считаю, что бургомистру все это было известно, и он видел этих двоих, так как они стояли возле его дома. Пришел также Люстиг со своим тестем, который незадолго перед этим открыл дверь. Здесь находится также Вальтер Кюн и еще один мужчина. Вальтер чихнул. Цель моего письма – довести до сведения

окружного прокурора, что моя жена отправлена в родильный дом. (Прим.: Его жена, у которой заканчивалась беременность, родила несколько дней спустя.) Она позвала старшую дочь, чтобы открыть окно в кухне, которое я незадолго перед этим закрыл. О покушении на мою жизнь мне стало известно сегодня. Бургомистр Вейх также сожительствовал с моей женой, поэтому он заинтересован в том, чтобы меня обезвредили. Прискорбные обстоятельства! Я теперь не лягу всю ночь. Извините меня за почерк. Глубокоуважающий Вас и покорный Мор».

В воскресенье утром М. получил телеграмму от инспектора, которая пришла после отправки письма. В ней сообщалось, что инспектор обдумал сложившиеся обстоятельства и предоставляет М. отпуск, предлагая ему в связи с этим посетить его и школьный совет в соседнем городке. Вплоть до этого дня М. регулярно вел занятия в школе. Он поехал в соседний городок. Там, в понедельник, он написал письмо в жандармерию (почерк, как и в предыдущем письме, неровный, значительно крупнее, с меняющимся наклоном, в отличие от его обычного аккуратного учительского почерка):

«Г... 18., отель «Мартин Лютер». Я прошу взять меня под охрану на 14 дней, ибо после всего случившегося появился еще один подлец со своими мерзостями. Меня стали выдавать за сумасшедшего и пытаются замять все это дело. Я убедительно прошу Вас предпринять в связи с эти некоторые шаги в прокуратуре, чтобы разоблачить эту подлость. Само собой разумеется, я страшно измучен. 2. Позаботьтесь; пожалуйста, чтобы мои дети были подальше от этой женщины. Средь бела дня совершаются самые ужасные вещи, направленные на то, чтобы свести на нет все мои усилия. Сегодня я говорил с господином государственным советником Ф.; я отдаюсь Вам в Ваше полное распоряжение. В течение 14 дней я буду находиться здесь. Господин Р.....! Вы и я считаем, что должно наступить искупление. Сообщите мне, пожалуйста, где находятся мои дети. Скажите, пожалуйста, на почте в Л., чтобы письма ко мне направляли сюда, в отель «Мартин Лютер». 3. Позаботьтесь, пожалуйста, чтобы птицы мои были накормлены, а куры присмотрены. Мне очень стыдно за все это. Но скоро все станет очевидным. Наилучшие пожелания. Учитель Мор».

В тот же день М. вел переговоры со школьным инспектором. На следующий день, во вторник, 19 мая он явился в прокуратуру и попросил внести в протокол следующее: С прошлой недели он состоит в бракоразводном процессе со своей женой, так как она имела половые связи с восемью мужчинами, с двумя из которых еще до 1895 г. «На прошлой неделе я обнаружил, что меня хотят сжечь со света с помощью яда. В прошлый Четверг, 14 мая, когда я лег спать, я почувствовал ядовитый запах, исходивший от моего одеяла. Заподозрив что-то нехорошее, я сбросил с себя одеяло. На следующее утро у меня была рвота и кашель с выделением грязноватой вязкой мокроты. – В прошлую субботу, 16 мая, когда я собрался поужинать, жена подала мне тарелку с уже приготовленной пищей... У меня возникло какое-то подозрение, так как у моих детей пища (а это были блины) выглядела более свежей, чем у меня; моя пища выглядела явно несвежей и даже была покрыта какими-то точками. После первого же глотка я почувствовал горький привкус, после чего я не стал есть блины и съел несколько ложек салата». – Кроме жены, злоумышляли против него, якобы, ее любовники и некая прачка, которая посоветовала ей сжечь коробок с порошками, «о чем я сам услышал в суб-

боту, 17 мая, в 5 часов пополудни». У него, якобы, сохранились остатки этой коробки. Он назвал место своего нахождения. – Жандармерия получила эти сведения по телеграфу и в указанном месте была обнаружена коробка. Вскоре расследование было прекращено, т. к. по распоряжению администрации М. был помещен в больницу, откуда был переведен в психиатрическую клинику (20 мая 1903 г., в среду).

Как в больнице, так и при переводе он был спокоен; заявил своим сопровождающим, что он хочет показать, что вовсе не сумасшедший. При поступлении в психиатрическую больницу утверждал, что он вполне здоров; негодовал по поводу своего помещения в психиатрическую больницу, грозил обратиться с жалобой в министерство. Сведения о себе давал четкие и правильные. Громко рассказывал, не стесняясь присутствия больных и персонала, о поведении своей жены, которая, якобы, уже несколько лет изменяет ему.

События последних дней он излагает вполне логически связно. Поскольку сослуживцы обвиняли его в плохом отношении к своей жене (это действительно имело место, см. выше!), он решил, со своей стороны, все разоблачить и 15 мая подал заявление о разводе. С этого момента от него решили избавиться, чтобы не быть скомпроментированными. Бургомистр продолжал сожительствовать с его женой, склонив на свою сторону своего друга – школьного инспектора, а тот, в свою очередь, оказал давление на окружного врача, чтобы тот признал его (больного) душевнобольным, в связи с чем он бы уже ничего не смог предпринять против бургомистра. Но его не только лишили возможности юридически установить истину, но и неоднократно предпринимали попытки избавиться от него. При этом он рассказал упомянутую уже историю с отравлением. Однажды ночью на него пытались напасть; он слышал, как пришли какие-то люди, стоявшие под его окнами и шумевшие в доме. Именно в связи с этим он и вооружился.

В больнице он был упорядочен, в ясном сознании, ориентирован в окружающем. Рассказ его был несколько обстоятелен. Впрочем, увлекаясь деталями, он не терял основную мысль. Кроме повышенных рефлексов, со стороны соматики ничего не было обнаружено.

Я прерываю здесь хронологическое описание, чтобы показать, как события этого дня и сведения о попытке отравления и об измене жены, которые отчасти уже были приведены выше, впоследствии были использованы М. Предварительно я замечу, что впоследствии М. не находил никаких новых аргументов для бредообразования, что все его мышление, вплоть до последнего времени, концентрировалось в основном вокруг прежних событий и представлений, лишь слегка пролонгированных, и что новых психотических состояний, аналогичных состоянию в ту знаменательную ночь, больше не наблюдалось.

Эта ночь с субботы на воскресенье (16 – 17 мая), в течение которой он звонил в колокол, писал письмо и т. д., в последующих его описаниях и высказываниях играет большую роль. Его сообщения об этом, несомненно, остались прежними, хотя и были дополнены множеством подробностей. Конечно, невозможно определить, возникли ли они впоследствии как совершенно новая продукция или он просто в свое время забыл о них рассказать. 21 июля 1903 г. он писал инспектору: «В субботу, 16 мая, Люстиг хватался перед целой толпой детей, взрослых и моей женой, что он все вам сообщил». 23 марта 1904 г. в одной из записей он восклицает: «Что только произошло в ночь с 16 на 17 мая!» Далее следует: «В

связи с ужасной ночью с 16 на 17 мая я хочу лишь кратко упомянуть, что после одного глотка смородинового сока я скорее был мертв, чем жив. Я спас себе жизнь лишь благодаря холодному душу. Мою мокрую одежду видели свидетели». «Ни в словах, ни в поступках душевное расстройство не замечалось (он правильно ссылается на различные исследования). Однако после принятия упомянутого яда я стал нервным. У меня был напряженный пульс. Но нервный человек – это вовсе не сумасшедший». 18 февраля 1907 г. он полагал, что правильно расценивал «события с 16 на 17 мая 1903 г.». 20 октября 1907 г. он предлагал провести «расследование событий с 16 на 17 мая 1903 г.» в прокуратуре с использованием его тогдашних показаний. 19 ноября 1907 г. он писал инспектору: «Позвольте мне узнать еще раз, почему с Вашей стороны после ознакомления с моим письмом не было предпринято никакого расследования событий в ночь с 16 на 17 мая 1903 г.?» – Очевидно, что его воспоминания об этом были весьма точны и что происшедшие события сохранили для него всегда логическую взаимосвязь.

*Попытки отравления*, о которых он сообщил в жалобах прокурору и инспектору, описывались им в больнице в неизменном виде. О подобных покушениях на его жизнь он сообщал неоднократно и впоследствии. 23 марта 1904 г. он утверждал: «Всю зиму (1902 – 1903) мне подмешивали отвары», а 17 января 1907 г. он сказал врачу, что его жена всевозможными способами подмешивает ему в еду медикаменты, которые его очень ослабляют. Он нашел у нее нарезанные кубики какого-то зелья. Этому же врачу он рассказал, что в 1895 г. он заметил, что его жена подсыпает какое-то вещество в глинтвейн. Тогда она отказалась пить, а он выпил четверть литра, после чего всю ночь катался по полу и у него было рвота. Когда он захотел отнести рвотные массы в аптеку для исследования, она их вылила.

*О супружеских изменениях* со всеми подробностями он рассказал при первом же поступлении в больницу. По его словам, еще в 1894 г. он извлек из постели жены одного рисовальщика по фамилии Шмидт. Как и прочие истории, эта тоже повторялась. В 1907 г. он подробно рассказал об этом психиатру. В 1894 г. он, якобы, поймал свою жену с поличным. Это произошло в воскресное утро. Жена знала, что он должен быть в это время в трактире, а он там и услышал, что Шмидт находится у нее. Он пошел домой и обнаружил, что дверь была заперта. Ему все же удалось ее открыть и он застал их обоих в постели. Шмидт был, правда, одет, но без рабочего халата. Жена попросила мужа принести воды и он пошел за водой в кухню. Когда он вернулся, жена была уже чем-то занята. А тот улизнул.

На новом месте работы, куда его перевели в 1895 г., жена также встречалась с разными мужчинами. Уже в августе произошла следующая история. Во время праздничного обеда *певческого кружка*, которым он руководил, было объявлено, что к концу обеда мужчины по одному должны выходить в кухню, где фрау М. каждому приготовила сюрприз. Двенадцать мужчин во главе с бургомистром так и сделали. Последним в кухню зашел он, жена отдалась ему и он понял, что со всеми остальными мужчинами она проделала то же самое. Когда ему возразили, что это совершенно невероятная история, он стал приводить все новые подробности: что мужчин по одному вызывала 12-летняя девочка (он даже называет ее имя), что он схватил свою жену за горло, обнаружив, что она вся была потная, и т. д. Все это он рассказал в мае 1903 г.; впоследствии он пере-

сказывал этот эпизод в неизменном виде. Однако в 1907 г., рассказывая об этом врачу, он добавил, что когда он вошел в кухню, то застал там еще двух последних мужчин. В том же году он изложил эту историю в очередной жалобе, отметив, что также случалось часто. 22 ноября 1907 г. он предложил снять показания с 12-летней девочки, которая вызывала в кухню участников хорового кружка, а также показания одного из хористов, который тогда единственным отказался пойти в кухню. В том же году он сообщил нечто совершенно новое, а именно: участник хора Коль угрожал ему, что если он не будет молчать об этом, то они все добьются помещения его в психиатрическую больницу. Свидетелем этого разговора был, якобы, дядя этого хориста.

Затем, при поступлении в больницу, М. рассказал следующий эпизод: однажды он проснулся ночью и услышал, что жена принимает кого-то в своей постели, стоявшей у противоположной стены; однако прежде чем он успел подкрасться, мужчина исчез, как тень.

Супружеские измени жены с бургомистром, Люстигом и другими мужчинами продолжались и в последние месяцы. В 1907 г. он добавил, что еще 26 июля 1896 г. около 11 часов утра он застал Люстига в постели жены; об этом он рассказывал и в 1909 г.

Когда его спросили, как же он относился ко всему этому, М. ответил, что довольно долго все эти ужасы он переносил спокойно. Конечно, они причиняли ему страдания, но в таком небольшом селении главное, чтобы все было спокойно и тихо, тем более что место его устраивало и он не хотел, чтобы его переводили, но в конце концов его положение стало невозможным из-за поведения жены. В 1909 г. его пояснения звучали несколько по-иному: несмотря на все это бесстыдство он так долго воздерживался от вмешательства лишь потому, что он был связан тем особым положением, в котором находится учитель. Он не мог внезапно выгнать свою жену и поэтому первым его шагом было ходатайство о переводе.

Жена, эта «сатанинская женщина», всегда все отрицала, ругала его самыми страшными словами, называла негодяем и т. п. – В последующие годы он утверждал, что и другие люди тогда высказывали *за его спиной* ехидные замечания и пренебрежительные фразы, хотя при встречах с ним они были приветливы, в частности бургомистр, который дал ему хорошую рекомендацию, однако продолжал сожительствовать с его женой, оговаривал его и, наконец, распорядился, чтобы его поместили в психиатрическую больницу. – В 1907 г. М. рассказывал об особенностях характера своей жены и заявил, что она с самого начала превратила его жизнь в сплошной ад. «Поведение ее в замужестве ни в коем случае не соответствовало поведению любящей и верной жены. Когда я предостерегал ее и призывал опомниться, она обычно говорила, что это ее не касается, что она имеет право делать все, что ей захочется, или заявляла: «Хотя ты и умен, но я проведу тебя двадцать раз». Все ее поведение и поступки были поведением и поступками капризной, избалованной, коварной, хитрой и нетерпимой женщины. Хотя она и обращалась ко мне со всевозможными ругательствами, я вынужден был говорить с нею по-хорошему, чтобы сохранить в семье мир и спокойствие. В своем поведении жена зашла столь далеко, что потеряла всякое чувство стыда и уважение к должности учителя. У нее обнаружились такие черты, какие я наблюдал здесь у тяжело больных, например, ругань, неистовство, хлопанье дверями, порча вещей. Если я скажу Вам, г-н доктор, что я вынужден был каждое утро готовить для всей семьи кофе, помогал ей по

дому, занимался, наряду со службой в школе, канцелярскими делами, выполнял обязанности органиста, все работы в саду, учил троих детей игре на скрипке и пианино и вдобавок выслушивал от этой женщины всевозможные прозвища, то каждому станет ясно, какой злой была эта женщина».

С течением времени весь этот «ассортимент» пополнялся удивительными жалобами. 25 октября 1907 г. в одном из своих посланий в суд он сообщил (кажется, впервые) примерно следующее: в январе 1903 г. для починки водосточного жёлоба над кухней он пригласил некоего Коха. Когда тот пришел, тотчас же явилась жена, хотя никакой работы на кухне у нее не было. В ответ на замечание мужа в связи с этим она обругала его последними словами. «Мне стало стыдно и я ушел в гостиную заниматься своими делами». Вскоре у кухонного окна произошел следующий разговор между его женой и Кохом, который стоял на приставной лестнице снаружи (М. слышал его, стоя у входной двери, куда его подтолкнула свойственная ему подозрительность): Кох: «Вы – красивая женщина. Вот если бы у меня была такая!» Жена: «Так найдите ее!» Кох: «Где ж мне ее искать?» Жена: «Одна из них стоит перед Вами». Кох: «Мне можно войти?» Жена: «Да». После этого Кох влез в окно. М. хотел застать их врасплох, но дверь в кухню была заперта. На его требование открыть дверь жена ответила: «Подожди, пока я управляюсь». После этого М. отоспал Коха, который так и не закончил свою работу. – Вскоре (9 января 1903 г.) М. случайно услышал, как об этом эпизоде говорили два человека. – Между тем, обвиняемый им Кох был опрошен (1907 г.) и сообщил, что в это селение он вообще прибыл лишь в июне 1903 г., после окончания военной службы, и тогда он действительно занимался ремонтом в школе, правда, печных труб. С М. он никогда не имел деловых отношений и за все время своей работы в школе перебросился с ним лишь несколькими словами. Поэтому обвинение для него было полной неожиданностью. В связи с этим М. обвинил Коха во лжи, как впоследствии и повторял.

В январе 1907 г. М. писал: «Впоследствии мне удалось припомнить некоторые факты, которые ранее я не приводил. Так, я долго не замечал, что зимними вечерами жена регулярно в 8 часов выходит во двор в туалет, а до наступления 8 часов часто посматривает на часы. В это же время было слышно, как хлопала входная дверь дома соседа Люстига. Когда в один из вечеров она сказала мне, что ей надо выйти, мне сразу это показалось подозрительным; я последовал незаметно за нею и узнал, что жена и Люстиг были в туалете. Ходил туда и один из моих детей, который, вернувшись, сказал: «Там Люстиг и мама». В ответ на мое замечание по этому поводу он сказал, что ходил искать собаку. 28 января 1903 г. я застал Люстига, когда он занимался ею в гостиной. Мне он сказал, что хотел написать какую-то записку».

Далее в своем письме М. писал: «Всем было известно, что по субботам, когда я занимался с хоровым кружком, некоторые из его участников тайно посещали мою жену. У меня есть доказательства того, что ничего хорошего при этом не происходило. Так, однажды Альфонс Вилле сказал Карлу Кёнигу, когда тот вернулся оттуда и рассказал об этом остальным: «Послушай, парень, это плохо кончится». В другой раз пришел Р. и сказал, что бургомистр еще там, у нее. Дважды я следовал за одним из хористов, чтобы застать их. Кроме того, Р. рассказывал в моем присутствии об этих случаях нашему пастору Линднеру, которому было известно об этом, и он делал

все возможное, чтобы скрыть это». – «Я могу также рассказать еще об одном случае с Кохом (см. ниже), о двух табуретках на лестнице 2 мая 1903 г., о веселом сборище во время послеобеденного богослужения весной 1903 г.». – Тогда же (1907 г.) М. рассказал, что уже в первые дни супружеской жизни в 1888 г. далеко не все было благополучно: вечером во время свадьбы жена неожиданно удалилась с одним мужчиной. Наконец, 20 октября 1907 г. М. подал жалобу на Карла Кёнига в связи с тем, что тот вступил в половы связь с его дочерьми Ирмой и Кларой (13 и 12 лет). По словам М., 9 – 10 января 1903 г. в субботу Кёниг спустился вниз в школьный зал и сказал Р.: «Теперь мы имеем троих, с Ирмой все в порядке, я испробовал!». При этом он добавил, что получил от жены М. деньги, чтобы предварительно выпить стаканчик. «1 июля 1903 г. жена приказала дочери Кларе ничего не говорить, иначе это дойдет до Карла Кёнига и им будет плохо». Мы случайно обнаружили, что М. упоминал уже об этом в одном из писем жене в июле 1903, в связи с чем возникла необходимость быть осторожными и внимательными при возможных последующих находках.

– Изучение дела и беседы с пациентом показали, что с течением времени всплывали все новые истории, о которых он ранее не рассказывал. Правда, в общих чертах они были примерно идентичны прежним, но по совокупности частных подробностей их можно было считать новыми. Конечно, с полной уверенностью нельзя было решить, забыл ли М. рассказать о том или ином эпизоде раньше, как это было в последнем случае, или эти события и детали действительно заново возникали в его сознании. Во всяком случае достоверно было, что какого-либо существенного переформирования прежних историй не происходило; они оставались в первоначальном виде либо их место занимали новые. –

После этого краткого обзора бредообразования я продолжу рассказ в хронологической последовательности, прерванный маем 1903 г., когда больной поступил в психиатрическую клинику. Поведение его было упорядоченным, сон хорошим, аппетит достаточным; самочувствие, по его словам, было прекрасным. В первые дни довольно часто требовал выписать его домой. Считал, что окружной врач действовал под нажимом инспектора, а тот, в свою очередь, под влиянием бургомистра. В угоду последнему он и был принесен в жертву, ибо, если бы все вышло наружу, поднялся бы шум на всю провинцию.

28 мая в истории болезни отмечено: Настроение несколько приподнятое, эйфоричен; в стороне от больных пишет на доске каллиграфические пробы и исторические даты, с гордостью показывая затем их окружающим. Смирился с пребыванием в больнице. Считает, что сейчас ему уделяют должное внимание, т. к. видят, что он не больной. Отмечает, что в первые дни один из санитаров ворочался у стены, когда он проходил мимо, как бы намекая этим на то, что он страдает падучей болезнью. Он также слышал, как этот же санитар сказал: «Господин учитель хочет иметь падучую болезнь». Уже через несколько дней ему была предоставлена достаточная свобода. Он дал слово, что не сбежит, т. к. хочет выписаться домой, сохранив свое достоинство.

26 июня со слезами вспоминал о своих детях, просил жену сообщить ему о них и одновременно писал ей, что он ее прощает. Бредовые высказывания оставались неизменными. В обращении с окружающими всегда был вежлив и приветлив.

По желанию жены, которой теперь вся история представлялась безобидной, 29 июня он был выпи-

сан. Но уже 2 июля жена по телеграфу попросила, чтобы мужа приняли в больницу снова. Дело в том, что по прибытии домой он снова стал угрожать ей, так что она вынуждена была от него сбежать. Отправленные за ним санитары не застали его дома, т. к. он уехал к шурину. Накануне, 3 июля, он попросил предоставить ему месячный отпуск для укрепления здоровья и собирался провести его на родине. Школьный инспектор отметил при этом, что ни в его поведении, ни в речи не было возбужденности. Отпуск ему был предоставлен.

21 июля 1903 г. он попросил перевести его в другую школу. В его заявлении, между прочим, было указано: «У меня две дочери, 13 и 12 лет, и 10-летний сын, я учу их игре на скрипке и фортепиано, а также французскому языку; кроме того, сын занимается латинским языком для поступления в гимназию». Он просил учесть это при его переводе.

24 июля 1903 г. он представил данные о своем здоровье врачу, который обследовал его и месту жительства. В тот же день жена М. попросила снова госпитализировать его в психиатрическую больницу. Насколько она могла судить по его письмам, он был нездоров. В частности, в одном из писем он писал: «УстраниТЬ паутину лжи». «Я потребую установить за тобой полицейский надзор». «Тебе нужны деньги? Так пойди к бургомистру, которому ты давала денег на вино, чтобы он мог тебя лучше... Где же твоя верность? И Ирму уже соблазнили... Ты стала проституткой для всей деревни... Процветает проституция... Надо очистить стол... Я должен работать, а меня еще будут мучить, травить, убивать и преследовать... Лучше уж он (М.) поедет в провинцию и будет там очищаться».

30 июля 1903 г. М. написал в прокуратуру, а 31 июля явился в Шмерлинген к своей жене. Она снова сбежала от него вместе в детям. В последующие дни он был доставлен санитарами в больницу. – В своем письменном изложении событий после выписки из больницы он отметил, что на протяжении июля, когда он был в Шмерлингене, он обнаружил много примечательного. Бегство жены и факт, что его дочери ночевали у бургомистра, он истолковывал как сексуальные проступки в плане своего прежнего бредообразования. В течение тех недель, которые он провел у себя на родине, не произошло ничего особенного, не считая того, что он написал упомянутое письмо жене.

В больнице он сразу же снова стал просить выписать его, давая слово, что больше ничего не случится, что он не позволит себе впредь высказывать ничего подобного и что в третий раз он уже не поступит в больницу. В записи от 17 августа отмечено: Не хочет ехать на дачу, где, по его мнению, скучно. Занят чтением, после обеда ходит в павильон играть на фортепиано. Относительно своих обстоятельств говорит, как Христос, что Бог их простит. Совершенно некритичен, но настроен вполне благожелательно, полагает, что он сможет владеть собой и все перенесет. Во время беседы слегка взъерошен, но внешне спокоен и упорядочен. Запись от 25 сентября: В письмах к жене проявляет большое участие в вопросах здоровья и воспитания детей, просит жену снова посодействовать его выписке. 14 октября: В результате подтрунивания над ним одного из больных стал ажитированным, жалуется. 30 декабря: Всегда спокоен, сдержан, упорядочен, приветлив. Но после того, как сегодня неожиданно сорвались планы на обещанный ему отпуск, стал возбужденным. В связи с подозрением на возможность его побега (пытался одолжить денег у одного из больных)

был переведен в другое отделение. Заявил, что его жена уже давно беременна, а заметил он это при ее визите. В связи с этим хотел бы поехать к ней и добиться от нее выполнения супружеской обязанности, чтобы впоследствии она могла сказать, что именно он является отцом ее ребенка. Запись от 2 января 1904 г.: В последние дни стал более спокойным, сдержаным; сам заявил, что он заблуждался и что его жена вовсе не беременна.

23 марта 1904 г. подал пространное заявление с протестом против решения о его отставке. Сожалеет, что по его заявлению в прокуратуру от 14 и 19 мая 1903 г. не было проведено расследования, и поэтому его несправедливо интернировали. «И я с большим удовлетворением воспринял возможность в корне пресечь причиненную в отношении меня несправедливость». «Необходимо пролить свет на сложившиеся обстоятельства». Говорит о своем «поистине ангельском терпении», с которым он долго выносил «постоянные оскорблении». В конце концов его, якобы, вынудили вмешаться. «Сначала этой цели можно было добиться путем перевода с одного места работы на другое, хотя этот шаг был для меня достаточно трудным». Нашлись, якобы, лица, которые были заинтересованы в том, чтобы сорвать его план. 2 июля 1903 г. к своему изумлению он прочел в конторе бургомистра Шмерцингена при просмотре документов: «Мор – душевнобольной». Он объясняет, почему об этом не может быть даже речи, и патетически восклицает: «Разве можно лишать детей их короля в угоду фанатичной, сатанинской женщине, которая готовит погибель своему мужу и не брезгует никакими средствами, чтобы добиться этого?» Требует своей выписки, судебного расследования и т. п.

Несмотря на это, после тщательного изучения дела, 28 сентября 1904 г. последовало решение о переводе его на пенсию в связи с душевным заболеванием. 8 июля 1905 г. была назначена опека, но 15 ноября 1906 г. по его настоянию (в то время он был вне больницы) она была снята.

В больнице он вел себя упорядоченно, бредовых идей активно не высказывал. 28 апреля 1904 г. написал письмо жене, в котором просил простить его и забрать домой. Во время свиданий часто говорил ей, что он многому научился, что пребывание в больнице будет ему наукой на всю жизнь. Запись в истории болезни от 31 ноября 1904 г.: Несколько дней назад прочитал в газете, что на его место назначен новый учитель. Некоторое время был раздражительным. – 1905 г.: Часто ходит в церковь, всегда приветлив, предупредителен, послушен. Никогда не злоупотребляет предоставляемой ему свободой. В январе 1906 г. строил планы восстановления своих гражданских прав и возвращения ему любыми средствами детей. Прилежно трудился в конторе.

22 февраля 1906 г. М. был отпущен домой в отпуск. Жил у своего шурина. Прилагал все усилия, чтобы окончательно выписаться из больницы и добиться своего восстановления в должности учителя. Сообщил совету общины и врачу о том, будто бы он уже здоров. Местный пастор сказал ему, что он своим усердным посещением церкви является «поучительный пример». О его целенаправленном и упорядоченном поведении свидетельствовали следующие его поступки: после того, как М. получил отпуск из больницы, он попросил восстановить его на службе (27 апреля 1906 г.); попросил школьного инспектора дать ему хранившиеся у него жалобы Люстига и жены на него самого (28 мая 1906 г.), которых фактически не было, а также свидетельства пастора и бургомистра. 28 июня он подал заявление о снятии опеки, чего

и добился; 31 декабря 1906 г. пытался с помощью адвоката добиться восстановления в должности, поскольку, якобы, перевод его на пенсию был осуществлен с нарушением принятых положений, однако в этом он успеха не добился. 28 февраля 1907 г. он снова потребовал расследования событий с 16 на 17 мая 1903 г. («Печальные обстоятельства, при которых я потерял свое место, требуют выяснения»). Виновницей всего была опять-таки его жена.

22 марта 1907 г. он подал заявление о разводе. Процесс, сопровождающийся длительным и неоднократным снятием показаний, которые не обнаружили виновности жены, закончился отказом истцу. Во время этого процесса он написал школьному инспектору: «Поскольку все мои попытки восстановиться в должности оказались напрасными, мне не остается ничего иного, как разоблачить лживых обвинителей. В связи с этим я подал на жену в суд с требованием развода. Мой адвокат предъявит бургомистру обвинение во лжи» и т. д.

20 октября 1907 г. к адвокату поступило новое заявление с требованием наказать виновных. В нем было сказано: «Все мои усилия, направленные на восстановление в должности, и все просьбы в школьное управление о расследовании по поводу выдвинутых против меня клеветнических обвинений остались безрезультатными. Поэтому я направляю Вам, уважаемый г-н адвокат, жалобу на бургомистра Вейха из Шмерцингена, поскольку он объявил меня общественно опасным и содействовал помещению меня в психиатрическую больницу». Далее следовало подробное изложение данных и показаний, а также новые обвинения против соблазнителей его малолетних дочерей, против жены и директора психиатрической клиники. Он выражал свое сожаление по поводу того, что Клейн (который, как упоминалось, оклеветал перед ним Люстига в связи с супружеской изменой) из-за него был безвинно осужден, подчеркивал, что он психически совершенно здоров, и в заключение добавлял: «Я живу здесь уже год, даю частные уроки. Я потерял надежду на то, что когда-нибудь я буду признан невиновным, ибо уже скоро 4 года, как я лишился места».

Просьба о наказании за клевету последовала также 11 ноября 1907 г. и упоминался в ней «соучастник супружеской измены» Кох, который, якобы, согласился под присягой, рассказывая о своих поступках (подробности см. выше). М. ответили, что расследование не позволяет вменить в вину обвиняемому ничего наказуемого, в связи с чем дело закрыто.

Неслыханно резкое письмо к инспектору датировано 19 ноября 1907 г. По-видимому, неудачи озлобили его. Он настоятельно требовал предъявить ему поданную на него жалобу Люстига, требовал пересмотра дела. «Мой материал вызовет сенсацию. Служение дела сразу внесет ясность».

В более спокойном тоне он обратился 22 ноября 1907 г. с прошением о заслушивании дальнейших показаний в государственном суде: «Покорно прошу еще раз высшие судебные инстанции предоставить мне возможность доказать истинность моих показаний относительно моей невиновности и моего психического здоровья».

28 июля 1909 г. он снова подал прошение относительно клятвопреступлений многих свидетелей, допрос которых при бракоразводном процессе не подтвердил его бредовых представлений.

Во всех своих жалобах М. демонстрирует уверенность в себе и в своей победе, не выходя, однако, за рамки корректности и сдержанности. Он снова просит устроить ему очную ставку со своими про-

тивниками, чтобы доказать свою невиновность и возбудить, в свою очередь, дело против них. Поступки его всегда были упорядоченными и целесообразными. Всякий раз перед началом процесса он ходатайствовал о праве для бедных и не совершил опрометчивых поступков.

Во время бракоразводного процесса в 1907 г. и повторно в 1909 г. М. обращался в ближайшую психиатрическую лечебницу, чтобы предусмотрительно запастись свидетельством о своем здоровье. 17 января 1907 г. он пожелал отпечатать написанную им биографию своей жены, «хотя мне и тяжело извлекать на белый свет это грязное белье». Свои показания, приведенные выше, он заканчивает следующими словами: «В высшей степени прискорбно, что нет ни одного человека, который бы имел мужество вступиться за меня; я имею в виду жителей Шмерцингена».

Поведение М. было всегда упорядоченным, разумным и естественным. У него достаточно красочная манера держать себя, речь его изобилует подробностями и сопровождается выраженными эмоциями и богатой жестикуляцией. Настроение его, не считая эпизодов гневливого возбуждения, было в основном приподнятым, оптимистическим. Он был уверен в своем предстоящем торжестве. Несмотря на неудачи, преследующие его в течение 6 лет, его оптимизм не исчезает. Он очень чувствителен к сомнениям относительно правдивости его рассказа. Если он замечал это, то сразу же прерывал рассказ, а впоследствии был более сдержаным в своем рассказе. Наконец, он отказался посещать клинику. В октябре 1907 г. он прислал свою визитную карточку с надписью: «Поскольку я вчера имел случай ознакомиться по актам моего обследования с мнением господ психиатров, я отказываюсь от всех дальнейших собеседований. Даст Бог, я смогу доказать истинность моих показаний. Мне очень жаль. С уважением. Макс Мор».

Его самоуверенность была очевидной. Когда он рассказывал о своей жизни, он с гордостью подчеркивал свои достижения как учителя. Охотно говорит, что его всегда встречали с уважением. Каких-либо оснований для подозрения о наличии у него идей величия не было. Исследование в плане выявления других бредовых идей, не связанных с темой ревности, было безрезультатным. Ничего не свидетельствовало и о наличии у него идей отношения, кроме единственной его жалобы на то, что на одном из вечеров в его адрес кто-то сделал наглое замечание: «Дама танцует с душевнобольным». На вечере присутствовали люди, которые хорошо его знали. К тому же он и сам считает, что это была пустая болтовня, а вовсе не злой умысел. В дальнейшем удалось выяснить, что некий писарь, имевший возможность узнать что-то об М., действительно мог отпустить нечто подобное. По его словам, плохое лечение лишь нарушило всю его жизнь и не принесло никакой пользы. Когда его спросили о виновнике и причинах подобных обстоятельств, он ответил (1909 г.): «Мне это известно, но я ничего не скажу. Мысли ведь не облагаются пошлиной. А в них можно найти зацепку». У него нет никакого желания говорить об этом. Вероятно, здесь мы имели дело ни с чем иным, как с прежней идеей, будто люди, которые участвовали в супружеской измене его жены, являются причиной его стесненных обстоятельств, хотя сами они и остаются в тени. Сообщая те или иные сведения, М. достает записную книжку, зачитывает номера дел, даты и т. п., имеющие отношение к его рассказу.

Вне больницы Мор зарабатывал частными уроками, и даже прилично. Его пенсию получают жена и дети. У него были природные данные к преподава-

нию. Одет и выглядит он всегда как человек, у которого все благополучно. Его живое, энергичное лицо, уверенные движения производили впечатление, что он не знаком с жизненными трудностями и внимательно заботится о себе.

О колебаниях настроения, галлюцинациях и прочих психопатологических расстройствах сведений нет.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Учитель, неоднократно вызывавший замешательство во всей деревне из-за своей вызывающей заносчивости и «наступательного» нрава при выраженной вспыльчивости, но затем на другом месте работы воспринимавшийся как превосходный и миролюбиво настроенный педагог, в возрасте 43 лет начинает высказывать бредовые идеи ревности, а также логически связанные с ними идеи преследования. Он ярко описывает невероятные случаи супружеской измены своей жены, тяжелые состояния отравления, будучи вполне упорядоченным в своем поведении, которое лишь однажды ночью, в кульминационный момент его расстройств, произвело впечатление острого психотического состояния. Бредовые идеи существуют длительное время, частично дополняются, а в последние 7 лет планомерно и последовательно реализуются. Новых «приязак» обнаружено не было. Он живет отдельно от жены, упорядочен, достаточно успешно ведет свои дела, хотя, будучи освобожден от работы в школе, вынужден зарабатывать частными уроками.

Если сравнить два анамнеза в их совокупном психическом развитии, то едва ли можно будет обнаружить их полную идентичность, чего скорее можно ожидать при кратковременных психозах. Поэтому, хотя в обеих представленных биографиях очень много совершенно различного, мы считаем для себя более важным выявление того общего, что существует между ними. И в первую очередь мы и хотим выделить это общее:

1. Оба больных всегда были обычными, мало примечательными, своеобразными, раздражительными, легко возбудимыми людьми, не отличаясь в этом от тысяч подобных им людей.

2. В среднем возрасте (у одного в 43, а у другого в 54 года), в относительно короткий промежуток времени, который, однако, невозможно точно определить, во всяком случае в течение года, развился систематизированный бред (идеи ревности в сочетании с идеями преследования).

3. Бредообразованию сопутствовали разнообразные симптомы: беспокойство («Ты ничего не слышишь?»), идеи отношения («Сплетничают и насмехаются»), обманы воспоминания (словно пелена с глаз упала), соматические проявления с истолкованием их (головокружение, головная боль, кишечные расстройства).

4. Оба больных весьма ярко описывают случаи отравления и сопутствовавшие им состояния ужаса; Клюг говорит об этом несколько позже, Мор — почти сразу. Необходимо подчеркнуть, что у обоих не было обнаружено исходных моментов для галлюцинаций, хотя галлюцинации можно обнаружить только при наличии критики, которую эти больные столь редко проявляют.

5. Никаких внешних причин (каких-либо изменений жизненной ситуации или хотя бы незначительного события) для этого процесса не имелось.

6. В течение последующих лет (в одном случае прослежены 7, а во втором — 18 лет) не было обнаружено никаких новых зачатков бредообразования; наряду с этими прежние бредовые идеи сохраняются, не забываются, но в центре внимания находится

скорее их содержание, чем собственная жизненная судьба, в соответствии с чем и увязываются последующие поступки. Вероятно, бредовые образования в обоих случаях будут дополняться, однако неизменно с ретроспективным датированием по отношению к сравнительно коротким роковым эпизодам и прошлому времени, причем дополняться будут лишь подробности и детали, а не нечто новое по своей сути. Диссимиляции в обоих случаях не отмечалось.

7. Личность больных оставалась, насколько об этом можно было судить, неизменной, не говоря уже о том, что никаких признаков слабоумия не было и в помине. В обоих случаях имело место бредовое помешательство, которое определял в некотором роде один момент и над которым больной «работает», руководствуясь прежними чувствами и стремлениями.

8. Обе личности проявляют симптомокомплекс, который можно сравнить с гипоманиакальным: никогда не покидающее их сознание собственного достоинства, возбудимость, тенденция к гневливости или оптимизму с периодическим сдвигом в противоположную сторону, постоянная деятельность, предприимчивость.

Обе истории болезни, вроде бы, доказывают (что, впрочем, часто оспаривалось), что существуют случаи, к которым подходит определение Крепелиным понятия *паранойя* как болезненного состояния, которое заключается в том, что «при полной сохранности рассудка, ясности сознания и упорядоченности мышления медленно развивается стойкая бредовая система». Хотя Зимерлинг («Учебник психиатрии» Бинсвангера и Зимерлинга, стр. 140) и находит это определение неприемлемым, поскольку в такой формулировке ему не подходит ни один клинический случай, наши наблюдения могут служить эмпирическими возражением этому. – Но давайте сравним наши случаи с паранойей, которая наиболее типично воплощается в кверуляторном бреде: сущность ее заключается в *прогрессировании* бредообразования. Кверулянт никогда не бывает удовлетворен; там, где его постигает неудача, ему тотчас же приходят на помощь новые бредовые идеи, которые столь же прочны и некорректируемы, как и прежние, и в свою очередь создают исходный момент для дальнейшего движения вперед. Совершенно иначе дело обстоит в наших случаях. Бредовые идеи сформировались в относительно короткий промежуток времени, а более поздние дополнения не оказывали существенного влияния на поступки, обусловленные первоначальным бредом. После того как легальные юридические возможности были ими исчерпаны, наши пациенты ограничились ими, хотя внутренне негодовали и не могли забыть жестокую несправедливость; при этом в своем поведении они едва ли отличались от тех людей, которые вынуждены были терпеть подобные неудачи на почве сходных реальных событий и переживаний, в то время как у наших больных они были бредовыми. Таким образом, бредообразование не всегда присоединялось к новым переживаниям по реактивному типу, будучи обусловлено в течение относительно короткого периода времени совершенно эндогенно, а не как реакция на какое-либо событие или переживание.

Общим для наших случаев и кверуляторного бреда является *внутренняя связь в бредообразовании*, понятная логика, «метод». Хотя бредовые идеи и могут быть совершенно невероятными, в них всегда обнаруживается последовательность и связь. После того, как они возникли, между ними никогда не вторгается нечто совершенно чуждое, инкогерентное, непонятное. Следствием этого является то, что, как

у кверулянтов, так и у наших парапоников, непосвященный человек на первый взгляд может все принять за истину и отвергнуть предположение о наличии психического заболевания.

Мы не будем продолжать сравнение с кверуляторным бредом, но, чтобы по возможности определить своеобразие случаев с помощью ряда четких понятий, позволим себе некоторые логические рассуждения.

С одной стороны, мы расщепляем психические явления на «элементы», а с другой – приводим их к «единству» большей или меньшей сложности с различных точек зрения, так что элементы и понятия, составляющие единства, не находятся в одном ряду, но распадаются по различным рядам, в зависимости от точек зрения. Подобное единство связи в самом внутреннем содержании или только в форме мы определяем такими понятиями, как «манакальное состояние», «развитие личности», «форма течения», «процесс», «реакция» и т. п. Кроме этих чисто психологических понятий, составляющих единство, мы создаем этиологические понятия, когда, например, мы включаем все, что следует или может следовать в психической сфере после приема алкоголя, и другие понятия «единства». Наиболее всеобъемлющими единствами при всех обстоятельствах являются используемые нами нозологические единства, в идеальной форме которых определенным, закономерным образом должны сочетаться этиология, симптоматология, форма течения, исход и мозговой субстрат.

Однако в наших случаях мы не имеем дела с этими наиболее обширными единствами. Мы попытаемся как можно более четко выделить лишь некоторые более простые понятия единства, повседневно используемые в психиатрической практике, в том виде, в котором они служат нам для понимания наших случаев. Речь идет о понятиях «развитие личности» и «процесс», которые принято использовать в подобных случаях.

При рассмотрении психической жизни мы можем идти двумя путями: мы *переносим себя на место другого*, стремимся вчувствоваться, «понять» или рассматриваем отдельные элементы проявлений (которые, впрочем, как психологические элементы все равно будут рассматриваться «изнутри») как *данные в их связи и их последовательности*, не стремясь «понять» эту связь, как некую внутреннюю связь, посредством перенесения себя на место другого или вчувствования. Мы «постигаем» лишь, как мы понимаем связи физического мира, тем, что мы осмысливаем *объективный основополагающий процесс* («физический» или «неосознанный»), в сущности которого заключается то, что мы не можем перенести себя на место другого. Оба эти пути мы и должны теперь проследить более подробно. Первый должен привести нас к понятию «развитие личности», а второй – к понятию «процесс».

В первом случае, при перенесении себя на место другого, мы можем, в свою очередь, «понимать» двояким образом. Если нам, например, известна цель человека и мы знаем, какими знаниями средств для ее достижения он располагает, то мы можем, исходя из этой цели, «рационально» понять его поступки, например, в судебном процессе, и оценить, насколько они были сообразны с его знаниями. Конкретный человек должен был поступить именно так не по каким-то общим психологическим законам, а по логическим нормам в соответствии с знанием конкретных каузальных отношений со своей стороны, если он хотел добиться своей цели. Это поведение мы рассматриваем как рациональное. Там, где существует

подобная связь представлений, намерений, поступков, мы обнаруживаем особого рода единство, которое при имеющихся болезненных предпосылках расценивается как целесообразное и при всех обстоятельствах является «здоровым». Такое единство, которое имеет место при всех логических следствиях из здоровых или болезненных предпосылок, мы называем «рациональной связью». – От этого необходимо отличать второй способ перенесения себя на место другого и понимания. Если, например, некто узнает, что предмет его любви неверен, и после этого теряет самообладание, впадает в отчаяние и думает о самоубийстве, то мы не находим здесь никакой рациональной связи. Ведь никакая цель не будет этим достигнута, никакие средства не будут разумно привлекаться для этого, и все же мы все понимаем – путем вчувствования. В зависимости от обстоятельств мы можем проследить мельчайшие нюансы чувств и мимики и ни одно из этих бесчисленных качеств не будет нам непонятным. Все они включаются в некое единство, которое в таких случаях обычно называют реакцией. Однако она имеет при этом свои корни и тесные связи с чувством обманутой любви с многообразными отношениями и влечениями, отчасти ситуационно обусловленными, а отчасти высвобожденными. Такое единство нельзя определить целью и средствами, ни объяснить ссылкой на любовь и «реакцию», но в каждом случае оно неисчерпаемо и индивидуально. Все виды подобных единств весьма характерны для личности. Мы обычно относим их к тем или иным типам. Для психопатологических целей мы должны описывать эти единства в их основных моментах всегда индивидуально. Подобные единства, поддающиеся вчувствованию, мы хотели бы обозначить как «психологические связи» или «вчувствуемые связи».

Описанным здесь нами двум видам «понимания» посредством перенесения себя на место другого (т. е. вчувствования) мы противопоставили «постижение» связей аналогично каузальным связям в природе. Например, если в процессе психического развития, духовного роста в одни периоды жизни имеет место ускоренное, а в другие замедленное движение вперед, то это в столь же малой степени может выводиться посредством вчувствования, как не может выводиться при последовательности стадий развития последующая стадия из предыдущей. Там, где нам это доступно, мы обнаруживаем не предполагаемый духовный рост, а психологические связи, которые в качестве единств могут быть признаком определенного периода развития, а не самого духовного роста в строгом смысле. Подобные связи, примером которых является духовный рост, в большом количестве были открыты психологами. Здесь можно вспомнить о законе приобретения и утраты следов памяти, о явлениях утомления и т. д. При этом мы также имеем дело с единствами, каузальными рядами (что бывает редко), либо закономерно повторяющимися, относительно замкнутыми в себе последствиями проявлений. Единства такого рода мы хотели бы обозначить как «объективированные психологические связи». В то время как при рациональных, так и при психологических, связях мы имеем дело с перенесением себя на место другого, здесь перед нами всегда предстают только явления, «симптомы», лежащие в основе предполагаемой каузальной связи, независимо от того, мыслится ли она как физическая или психическая или как та и другая вместе. Эту противоположность можно выразить таким образом, что объективированные психологические связи мы «объясняем», но не «понимаем»; другие же можем только

«понимать», а «объяснять», самое большое, существование их общей связи в целом. Объясняющая психопатология могла бы рассматривать единства, поддающиеся пониманию, как «элементы».

При психических заболеваниях число поддающихся пониманию элементов обычно ограничивается в пользу объективированных непонятных психических связей, независимо от того, что поддающиеся вчувствованию психические связи будут немногочисленны, а рациональные будут выступать в большом количестве (тип параноика) или что рациональные связи исчезают, а поддающиеся вчувствованию доминируют (тип аффективного больного) и пр.

Кроме того, при психических заболеваниях объективированные психические связи, существовавшие до болезни, обычно претерпевают глубокие изменения. У здорового человека мы могли бы «понять», даже зная подробно его жизнь и характер, лишь отдельные связи; влечения, склонности, чувства должны восприниматься как нечто данное, из чего впоследствии рационально или путем вчувствования мы выводим соответствующие связи. Объяснимыми и воспринимаемыми как данное, а не поддающимися пониманию являются также последовательность тех или иных проявлений в течение жизни, возникновение склонностей и способностей, их взаимообусловленность и исчезновение. В некотором роде мы имеем дело с «объективированной связью», в которой заключены многочисленные «поддающиеся пониманию единства». По крайней мере, наши понятия простираются лишь до этих пределов. Однако в непосредственном понимании индивида мы идем дальше и используем это и в психиатрической практике; к этому необходимо обращаться, несмотря на отсутствие соответствующего понятия. Мы понимаем всего человека, его сущность, его развитие и его гибель – как «личность»; при знании человека мы воспринимаем ее как некое единство, которое мы не можем определить и можем лишь переживать. Там, где мы находим эту личность, это единство, оно является для нас важным признаком, который позволяет нам выявлять индивидуальное в небольшой группе психозов. В этих случаях обычно прибегали к психологическим обсуждениям: почему эта личность существовала как единство, почему ни один процесс не мог бы не внедриться в нее как нечто чуждое. Но все эти рассуждения имеют только одну цель – привести к указанному пониманию, даже если человек, желающий убедить (?), ничего не мог знать об этом. Если бы мы обладали законченным психологическим знанием, мы бы приблизились к понятийному определению единства. Мы могли бы выявить тысячи взаимоотношений между психологическими проявлениями, их целесообразную связь, их противоречия как следствие развития и имели бы, таким образом, теологическое единство личности как понятийное образование. Но речь не идет даже о намеке на это, хотя мы работаем и должны работать с указанным понятием личности, если говорим о «развитии личности» в противоположность «процессу».

(Примечание: Термин «процесс» мы используем здесь прежде всего без постулированного отношения к какому-либо физическому мозговому процессу, который эмпирически довольно часто не может быть подтвержден и, таким образом, не может служить в качестве эмпирического критерия при решении вопроса о том, обосновать или отвергнуть включение того или иного клинического случая в рамки этого понятия. См.: Вильман, «О тюремных психозах», 1908, стр. 49.)

Перевод А. В. Бруенка

(Продолжение следует)

# ПСИХИАТРИЯ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЯ

«ЯЗЫК РИСУНКА» – так называется книга, почти законченная рукопись которой лежит на столе доктора медицинских наук, заведующего лабораторией функциональной асимметрии мозга человека Института эволюционной физиологии и биохимии им. И. Сеченова РАН Николая Николаевича Николаенко. Лаборатория эта в созданном академиком Л. А. Орбели институте имеет давнюю и незыблемую традицию клинического изучения нейрофизиологии человека, последовательно развивающую Натальей Николаевной Трауготт, Львом Яковлевичем Балоновым, Вадимом Львовичем Деглиным и вот теперь – Николаем Николаевичем. Связанные между собой отнюдь не только формальной иерархией возраста и штата лаборатории, но в гораздо большей мере – интеллигентной дружбой в духе старых российских ученых, – они вносили и вносят этот дух в жизнь всей лаборатории, так что даже в самые трудные моменты продолжается праздник творчества. Придя в эту лабораторию, тогда еще руководимую Н. Н. Трауготт, в начале 70-х гг., молодым врачом-психиатром, Н. Н. Николаенко нашел свой интересный путь исследований, этапным итогом которого является эта книга.

Сегодня, когда мы входим в пору этического и правового осознания нашей работы, нелишне напомнить, что все исследования, положенные в основу книги, проводились в системе клинико-терапевтической работы. Больные не были «подопытными кроликами» – все обследования проводились на тех этапах и в те моменты лечения, в которых авторам удалось увидеть и экспериментальную ситуацию. Более того, именно лаборатория вместе с III психиатрической больницей С.-Петербурга была инициатором и остается единственным центром применения щадящей унилатеральной методики электро-судорожной терапии. По ней изданы книги и методические рекомендации, проводятся семинары.

Многие годы знакомства с работой лаборатории дают мне основания говорить о бесспорной ценности получаемых результатов для теоретической и практической психиатрии, нейрофизиологии и нейропсихологии. Они, однако, интересны и в гораздо более широких контекстах гуманитарных наук, что по достоинству оценивали сотрудничавшие в разное время с лабораторией П. Флор-Генри, Ю. М. Лотман, Вяч. Вс. Иванов и мн. др.

Мы попросили у Николая Николаевича, заканчивающего рукопись и ведущего издательские переговоры, несколько фрагментов будущей книги для публикации в нашем журнале. Надеемся, что они помогут читателям, а возможно – и издателям, определиться по отношению к будущей книге.

Проф. В. Е. Каган

## СЛОВО и ОБРАЗ: ЛЕВОЕ И ПРАВОЕ ПОЛУШАРИЯ МОЗГА

Н. Н. Николаенко (Санкт-Петербург)

«Каждое полушарие обладает своей собственной памятью и опытом познания, которые недоступны для воспроизведения другим полушарием. Во многих отношениях каждое из разъединенных полушарий имеет, по-видимому, отдельное «самосознание».

Роджер Сперри

Одна из главных идей Ю.М. Лотмана (1978) состоит в том, что обязательным условием любой интеллектуальной структуры является ее внутренняя знаковая неоднородность. Никакое мыслящее устройство не может быть однозычным: оно обязательно должно включать в себя разноязычные и взаимонепереводимые знаковые образования. Иными словами, в человеческой культуре существуют и находятся в конкурентных отношениях две модели языков: словесно-дискретный язык, связанный с дискретными (раздельными) знаковыми единицами, и с

линейной последовательностью организации текста, и язык зрительных пространственных образов, основанный на иконических или изобразительных знаках, и характеризуется непрерывностью (континуальностью) и пространственной организацией элементов. В случае, если нам потребуется передать текст средствами языка образного, точный перевод речи невозможен. В bipolarной организации на самых различных уровнях интеллектуальной деятельности можно условно выделить оппозиционные пары:

## Начало организации

**Сознание**

**Мышление**

**Творчество**

### Дискретно-линейное

взрослое  
историческое

словесное  
повествование

проза

→←

→←

→←

→←

### Континуальное

детское  
мифологическое

иконическое  
действие

стихи

Так мир детского сознания – по преимуществу мифологический – не исчезает и не должен исчезать в психике взрослого человека, и продолжает функционировать как генератор ассоциаций и один из активных моделирующих механизмов, игнорируя который невозможно понять поведение.

Невозможность точного перевода текстов с дискретных языков на континуальные и обратно вытекает из их принципиально различного устройства: в дискретных языках текст распадается на знаки, а в континуальных языках текст сам является знаком, или изоморфен знаку.

По мнению Ю. М. Лотмана (1977, 1978), человеческое переживание мира строится как постоянная система внутренних переводов.

«Перевод непереводимого и является механизмом создания новой мысли... Мы имеем в виду факт принципиальной асимметрии человеческого мозга – семиотическую специфиацию в работе левого и правого полушарий (Лотман, 1977, с. 16). Проблема заключается в том, как словесный язык и язык зрительных пространственных образов связаны с деятельностью левого и правого мозга.

Согласно одной из гипотез (Balanov et al., 1984; Николаенко, Деглин, 1984), есть непосредственное изоморфное восприятие действительности, которое опирается на иконическую знаковую систему. Механизмы такого восприятия сконцентрированы в правом полушарии. Есть понятийное отражение действительности, базирующееся на логической переработке чувственных впечатлений. Оно опирается на символическую знаковую систему. Его механизмы сосредоточены в левом полушарии.

Иначе говоря, человек обладает двумя знаковыми моделями мира, с помощью которых познает действительность. В процессе восприятия мира каждое полушарие использует свой язык, и их сложно проектирующий «диалог» определяет динамику мыслительных процессов. Постоянное взаимодействие и интерференция знаковых систем левого и правого полушарий представляется одним из кардинальных механизмов психической деятельности – «механизмом создания новой мысли» (Лотман, 1977).

Мы провели исследования рисунков больных в курсе лечения односторонними электросудорожными припадками, предлагая нарисовать «по памяти» различные объекты (дом, стол, цветок и др.) непосредственно по окончании право- или левостороннего припадка, когда больной уже понимает инструкции.

Опыт показал, что распространенное по всему миру лечение односторонними припадками – эффек-

тивная и безопасная терапия. При одинаковой лечебной эффективности одностороннее электрическое воздействие протекает легче. В частности, не развиваются сколько-нибудь выраженные нарушения памяти, возникающие в процессе традиционного метода лечения.

При этом угнетается деятельность преимущественно одного – раздражавшегося – полушария, в то время как функции другого быстро восстанавливаются и даже могут облегчаться (Балонов и др., 1979; Деглин и др., 1987). В курсе лечения право- и левосторонние припадки обычно чередуются, что дает возможность сопоставить особенности угнетения левого или правого полушарий у одного и того же больного, и сравнить их с данными, полученными до лечения (в контроле). Появляется уникальная возможность сравнивать, как у одного и того же человека функционируют правое или левое полушария.

Исследование показало, что правое полушарие нацелено на чувственное отображение предмета, а левое скорее стремится к созданию иероглифа, символа или понятийного представления предмета (Николаенко, 1983). Так, только в условиях сохранный деятельности левого полушария вместо целостного изображения человека испытуемые неожиданно рисуют какую-либо часть тела человека – кисть руки или глаза (рис. 1). Такие рисунки сопровождаются комментарием (спонтанным или в ответ на вопрос): «Это Бог». В данном случае изображение части тела человека приводит к выражению идеи, понятия духовного, божественного начала, а не к обозначению человека. Таким путем – заменой целого частью – образуется символ.

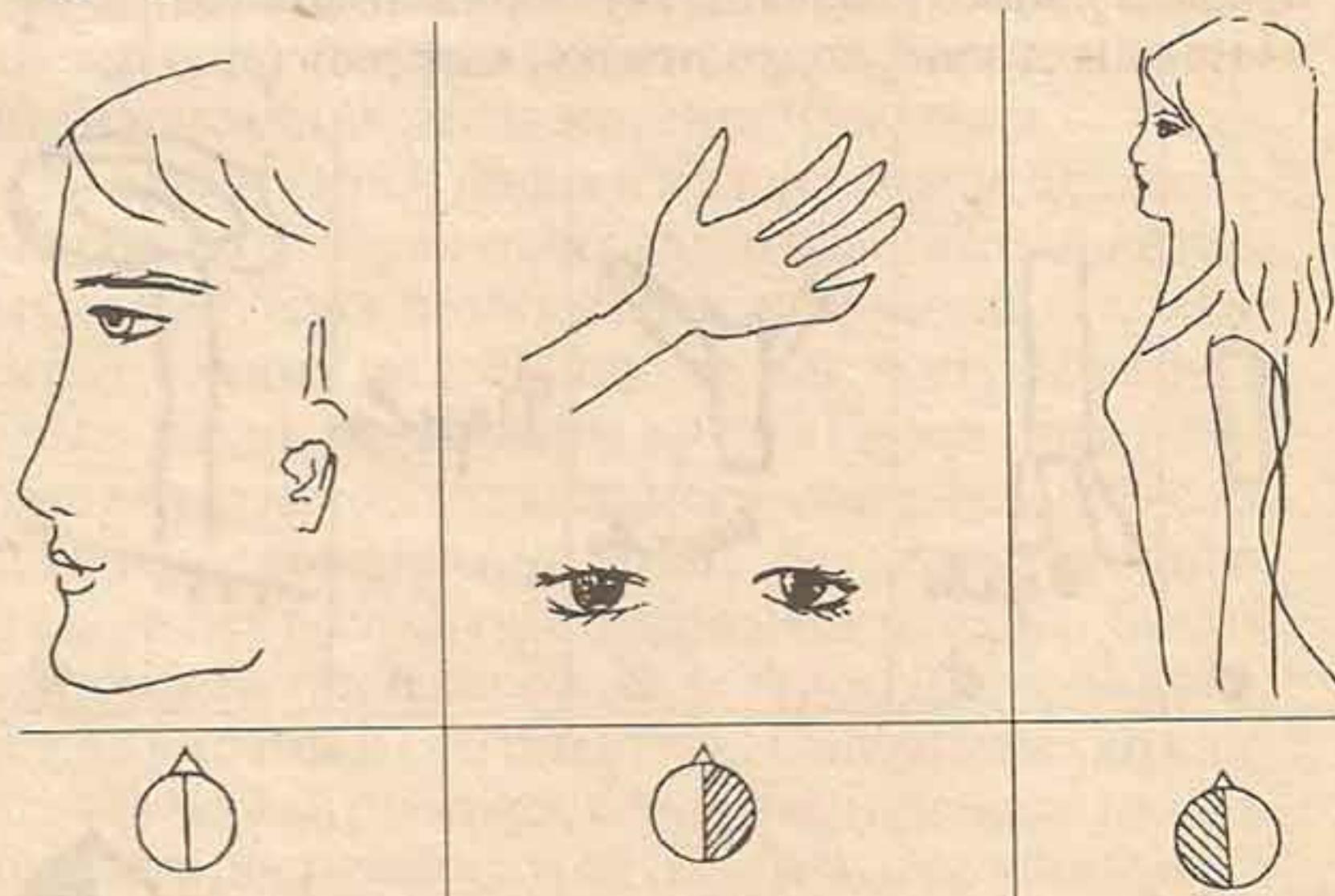


Рис. 1. Рисунки человека «по памяти» больной Д-вой в разных состояниях (Здесь и далее на схемах зачеркнуто полушарие, функции которого угнетены)

## Изображение и письменная речь

В обычных условиях, когда больных просили рисовать, они ссыпались на неумение рисовать, но рисовать не отказывались.

При угнетении правого полушария больные нередко отказываются рисовать, ссылаясь на то, что «не хватает воображения, фантазии». Именно в этом состоянии вместо того, чтобы изобразить предмет, они начинали писать его название (рис. 2).

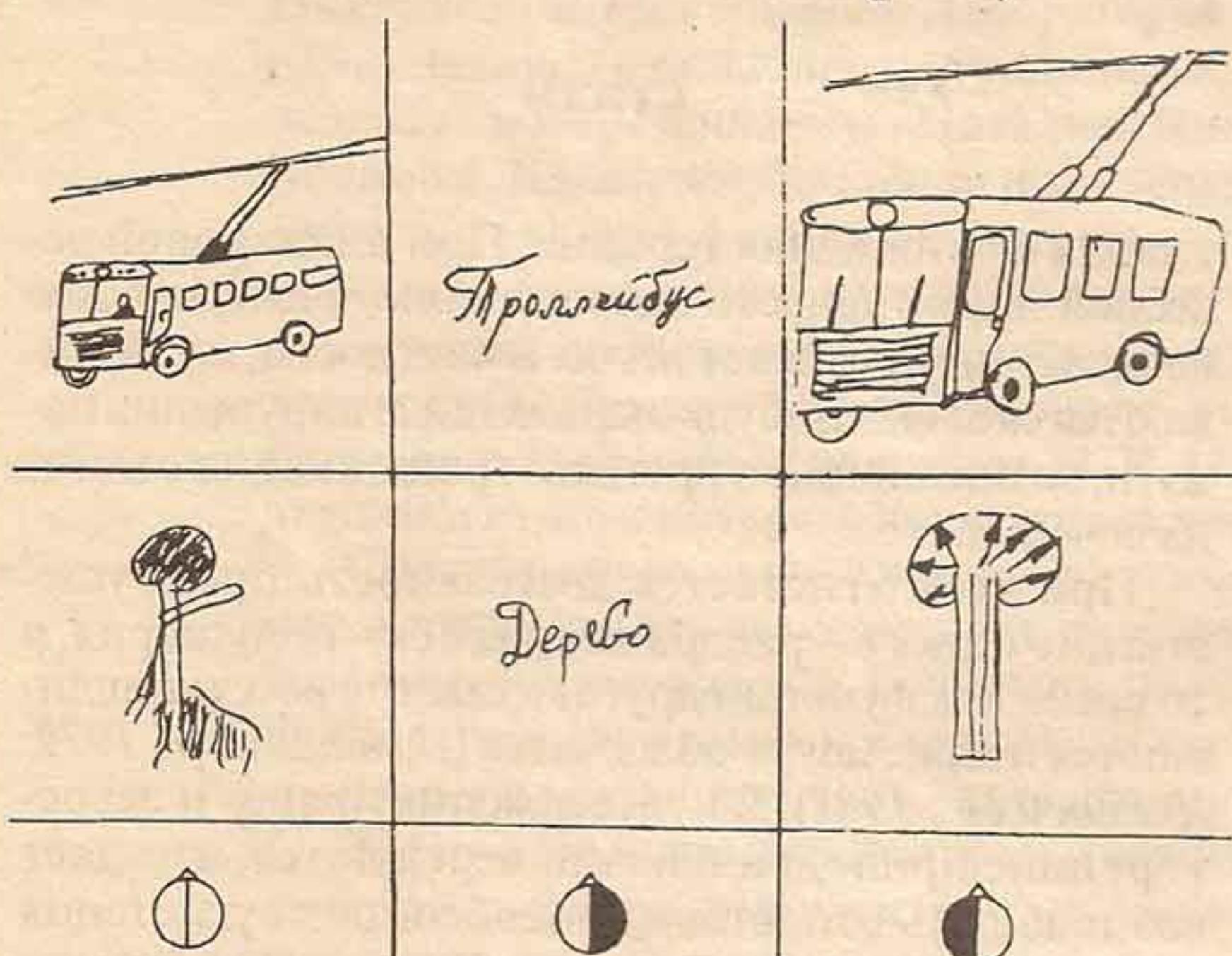


Рис. 2. Замена изображения словом при угнетении правого полушария. (Рисунки троллейбуса и дерева больных К-ва и С-ва)

Такая замена рисунка словом могла принимать навязчивый характер – несмотря на повторные разъяснения, испытуемые при каждом очередном задании что-либо нарисовать упорно писали название. При этом они понимали, что следует рисовать, а не писать, смущались и оправдывались тем, что не могут «представить себе, как рисовать». Иногда их письменная речь отражала социальные шаблоны: «Москва – Ленинград соревнуются», – или упроченные с детства клише: «Жил да был...», «Человек – это великолепно, это звучит гордо!»; или формулы благодарности: «Спасибо, вам люди в белых халатах!» (сохранено расположение знаков препинания – Н. Н.).

Примечательно, что даже если и удавалось рисовать, испытуемые стремились дополнить рисунок знаками письменной речи – дать название изображеному предмету либо пояснение к изображению – например, «4 ножки стола», «одуванчик», «дерево» (рис. 3).

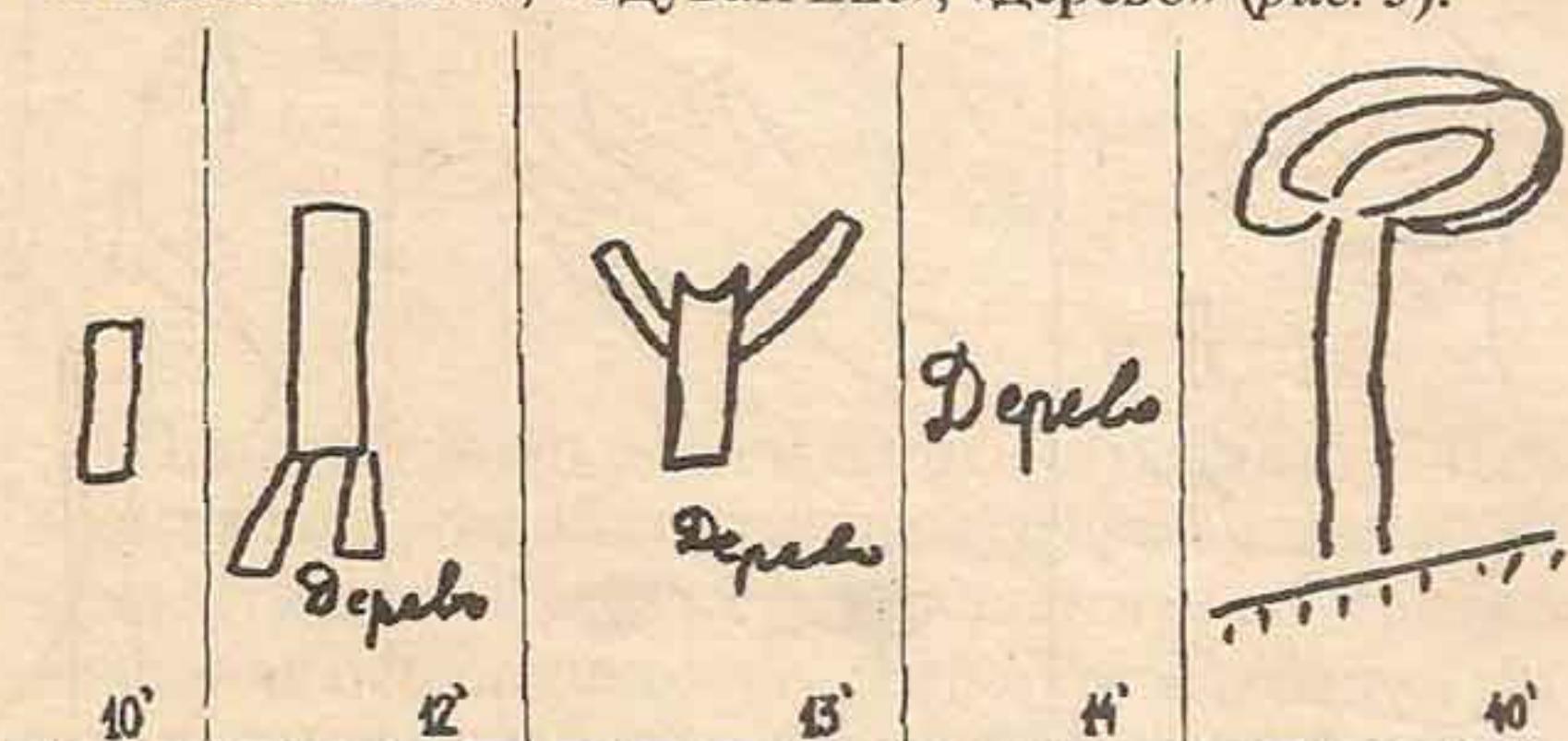


Рис. 3. Рисунки дерева больного К-ва в условиях угнетения правого полушария  
(Цифры под рисунками – минуты после окончания правостороннего припадка)

По-другому относится к рисунку правое полушарие. Больные никогда не отказывались от рисования. Они рисовали даже охотнее, чем в обычном состоянии, не заменяли изображение предмета его названием и не делали поясняющих надписей.

Причины вытеснения изображения письменной речью очевидны. Это результат разрушения пространственного образа (вследствие дефицита функции правого полушария) при одновременной активации языковых механизмов левого полушария (вследствие реципрокного облегчения его функций).

Интересным представляется знакомый аспект этого явления. По отношению к предмету и рисунок, и слово выступают как знаковые средства его представления: рисунок – в качестве иконического, слово – в качестве символического знака. Вытеснение рисунка словом при активном левом полушарии предельно обнажает «знаковую специализацию» каждого из полушарий (правого – как базы иконической, левого – как базы символической базовых систем) и вскрывает сложные и противоречивые взаимоотношения этих систем, пронизывающие психическую деятельность человека, но замаскированные в обычном состоянии.

## Каллиграфия Достоевского

Чрезвычайно интересно пристрастие Федора Михайловича Достоевского (1821 – 1881) к каллиграфии (рис. 4). Образцы каллиграфии испещряют его рукописи и, кажется, никак не связаны непосредственно с их содержанием. Из всех графических элементов каллиграфия встречается наиболее часто.

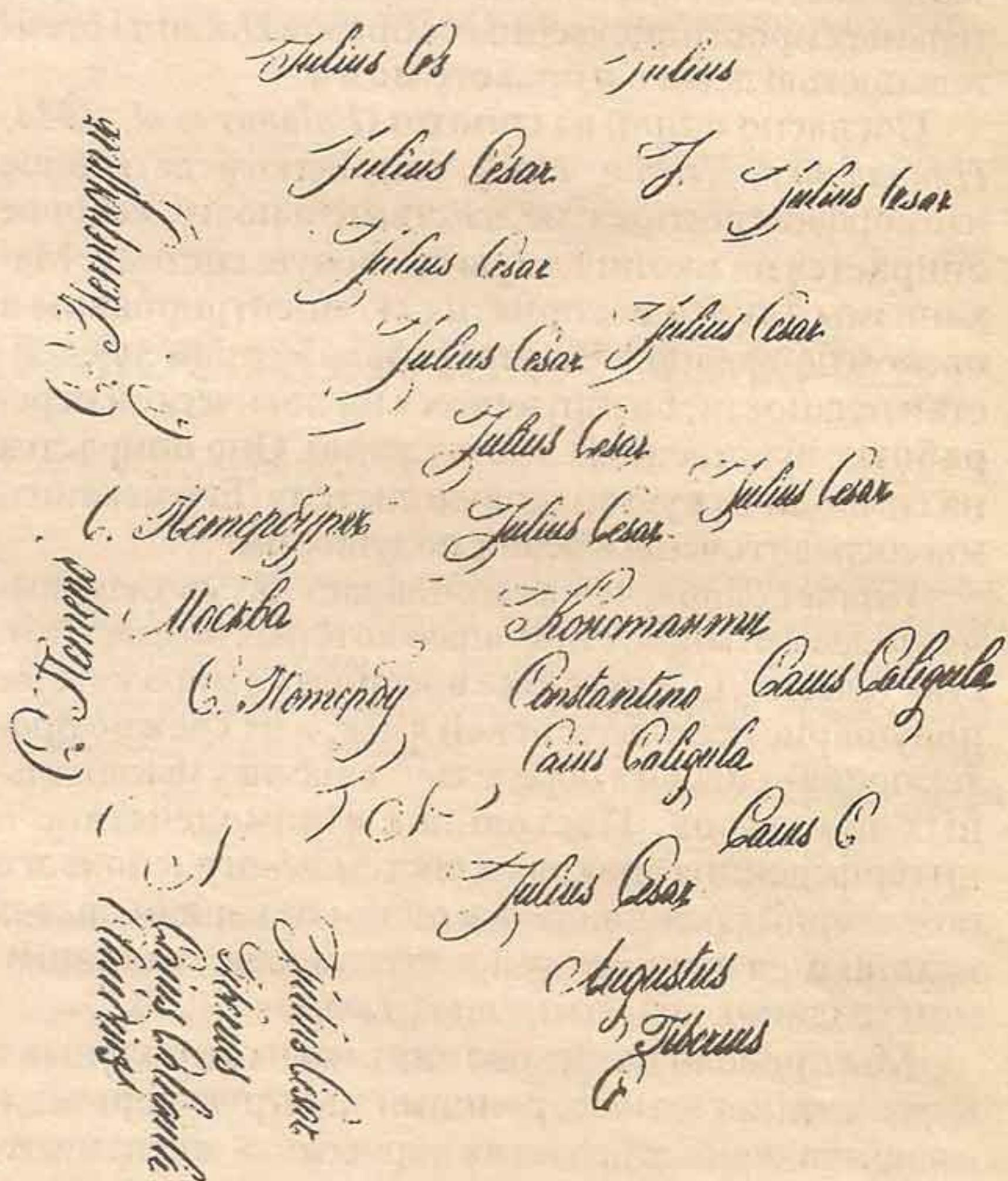


Рис. 4. Образец каллиграфии в черновиках рукописи романа Ф. М. Достоевского «Идиот» (1867–1871 гг.)

Представляется не случайным, что именно на страницах романа «Идиот» писатель дает своеобразную «философию каллиграфии» (см. Достоевский, 1973, т. 8, с. 25 – 30), так как именно для черновиков к этому роману характерно обилие каллиграфических росписей. Особой любовью к самому процессу писания Достоевский наделяет князя Мышкина, обучившемуся идеальному почерку во время лечения от эпилептической болезни в Швейцарии. По мнению известного исследователя каллиграфических черновиков К. Баршта (1983, с. 56), Достоевский вкладывает в уста князя Мышкина удивительные и, несомненно, автобиографические рассуждения о природе и сущности каллиграфии:

«Вот в этом у меня, пожалуй, и талант; в этом я просто каллиграф», – говорит князь. «Смиренный игумен Пафнутий руку приложил», – пишет для пробы Мышкин. «Ого! – вскричал генерал, смотря на образчик каллиграфии, представленный князем, – да ведь это пропись! Да и пропись-то редкая!..

Вот это, – разъяснил князь с чрезвычайным удовольствием и одушевлением, – это собственная подпись игумена Пафнутия, со снимка четырнадцатого столетия... Потом вот тут я написал другим шрифтом: это круглый крупный французский шрифт прошлого столетия, иные буквы даже иначе писались, шрифт площадной, шрифт публичных писцов... Я перевел французский характер в русские буквы, что очень трудно, а вышло удачно. Вот и еще прекрасный и оригинальный шрифт... Ну вот это простой, обыкновенный и чистейший английский шрифт: дальше уже изящество не может идти, тут все прелесть, бисер, жемчуг; это закончено; но вот и вариация, и опять французская... тот же английский шрифт, но черная линия капельку почернее и потолще, чем в английском, ан – пропорция света и нарушена; и заметьте тоже: овал изменен, капельку круглее и добавок позволен росчерк, а росчерк это наиопаснейшая вещь! Росчерк требует необыкновенного вкуса; но если только он удался, если только найдена пропорция, то эдакой шрифт ни с чем не сравним, так даже, что можно влюбиться в него».

«Идиот». Часть I. Глава 3. 1868 г.

Известно также, что каллиграфическим почерком вы совершенстве владел и Н. В. Гоголь; за три дня до смерти им искусно написана оборванная на полуслове фраза (рис. 5).

Каллиграфические упражнения, эти «пробы пера», рассматриваются исследователями как словесной – автобиографической книжной – памяти, как слияние «слова о мире» с «исповедальным словом о самом себе» (Бахтин, 1979, с. 89). При таком подходе каллиграфически написанное слово может рассматриваться как способ «сгущения», компрессии вербальной памяти. Такой способ позволяет перекодировать и сжать продолжительное впечатление в форме краткого ярлыка – с помощью одного слова – с возможностью восстановления его благодаря хранению в памяти (с извлечением из словесной памяти) этого ярлыка (Слобин, 1976).

Плодотворность такого подхода к объяснению графических знаков Достоевского продемонстрировал К. Баршт и П. Тороп (1983) на примере анализа



Как поступить чтобы  
причинально, благодаря ее  
было написано в сердце мое  
получивший урок? И спрашивал  
Мсторий Всего содитий Евгеньевы

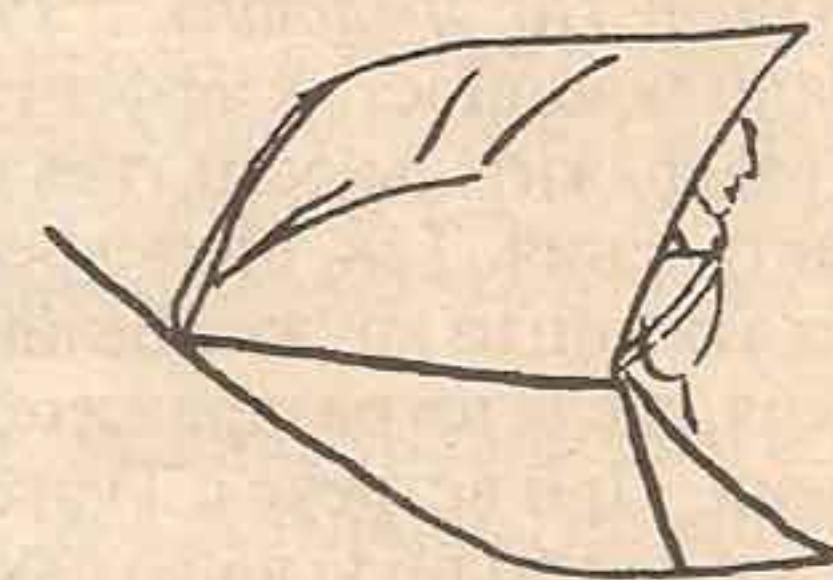


Рис. 5. Последние каллиграфия и рисунок  
Н. В. Гоголь

страницы из записной книжки, на которой в центре изображен портрет Сервантеса, а вокруг много мно-  
гократно каллиграфически написаны «Семипола, Семипалатинск, Петербургъ, Литература». По мнению автора, здесь перед нами целый сюжет, прошлое Достоевского – Семипалатинск, ссылка; его настоя-  
щее и будущее – Петербург, литературная деятель-  
ность, великое будущее писателя, его мечты. Таким  
образом три слова скомпрессировали все три време-  
ни писателя, всю жизнь. Символически может быть  
«прочтено» и центральное изображение величайше-  
го и любимого писателя – Сервантеса – как пророка  
на этом автобиографическом фоне. В судьбах их дей-  
ствительно есть параллели. И Сервантес, и Досто-  
евский происходили из старого бедного дворянско-  
го рода, имели отношение к военной службе, пережили  
рабство или каторгу и ссылку; оба относительно по-  
здно написали свои главные произведения.

К. Баршт (1983) видит в каллиграфии Достоевского способ отображения целого пласта ассоциативных связей, слов-понятий (своебразных лексико-семантических полей), так же как и стремление к абсолютному выражению идей: «Перед писателем стоял образ некоего идеального, совершенного слова, которое совершенно точно, без недостаточных или лишних ассоциаций выражает мысль... Бытия над поиском «главного слова» герои Достоевского, бились над этим и сам писатель. Совершенство каллиграфической прописи, вероятно, намекало на возмож-  
ность достижения этой цели или максимального приближения к ней... Нам важна лишь форма напи-  
сания букв, некий образ инварианта. Но если вы попробуете читать прописи, то почувствуете, что довольно заурядные, обычные слова поразят вас сво-

ей торжественностью, цельностью, гармонией. Это чувствовал и Достоевский: идеальное понятие должно иметь идеальную форму. Истинная, правдивая, важная мысль пишется каллиграфически».

Особая склонность к виртуозному владению знаками письменной речи (отражающая преобладание в сознании символических знаков) позволяет предположить состояние избыточной активации левого полушария в условиях угнетения правого полушария. Для проверки этого предположения проанализируем историю болезни Федора Михайловича (см. *Летопись жизни..., 1993*).

В 14-летнем возрасте у Достоевского появились большие судорожные припадки. С годами частота приступов постепенно нарастала. Нарастали заостренный болезнью эгоцентризм, и, по его словам, «раздражительная мнительность и подозревание в себе всех болезней». Так, один из наиболее близких друзей писал, что «... с Достоевским я чем дальше, тем больше расхожусь; Федор ужасно самолюбив и себялюбив» (цит. по: *Летопись..., 1993*, с. 458). Многие отмечали склонность к аффективным взрывам, периодам раздражительности, гневливости, неустойчивого настроения. Так, одно время Достоевский «стал избегать лиц из кружка Белинского, замкнулся весь в себя, сделался раздражительным до последней степени. При встрече с Тургеневым... не мог сдержаться и дал полную волю накипевшему в нем негодованию», сказав, что никто из них ему не страшен, что дай только время, он всех их в грязь затопчет; речь между ними шла, кажется, о Гоголе» (*Достоевский в воспоминаниях, 1964, т. I, с. 135*). Возникали у писателя и приступы болезненной подозрительности: «У Достоевского явилась страшная подозрительность вследствие того, что говорилось в кружке лично о нем и его «Бедных людях». Он приходил уже к нам с накипевшей злобой, придирился к словам, чтобы излить на завистников всю желчь,

душившую его. «Достоевский просто сошел с ума! – Сказал Некрасов дрожащим от волнения голосом. – До бешенства дошел» (*Панаева, 1972, с. 174*).

Связь между эпилептической болезнью Достоевского и его творчеством несомненна. По этому поводу Томас Манн писал: «Нет сомнения, что, как бы болезнь ни угрожала духовным силам Достоевского, его гений теснейшим образом связан с нею и ею окрашен, что его психологическое ясновидение, его знание душевного мира преступника, того, что апокалипсис называет «сатанинскими глубинами», и прежде всего его способностью создать ощущение некой таинственной вины, которая как бы является фоном существования его порой чудовищных персонажей, – что все это непосредственным образом связано с его недугом» (*Манн, см. 1961, с. 333*).

Судя по описаниям изменений личности, по особенностям приступов, вызывавших чувство остановки времени и быструю смену исключительно ярких зрительных образов, Достоевский страдал правосторонней височной эпилепсией. Время приближения припадка, видимо, сопровождалось у Достоевского избыточно высокой активацией правого полушария. После же припадка наступали понижение активности правого и реципрокная активация левого полушария, приводившие к обостренной способности комбинировать и деформировать хранящиеся в памяти образы.

И последнее. Каллиграфический почерк требует педантизма, чрезвычайной скрупулезности и усидчивости, т. е. тех черт характера, которые в утиировано болезненной форме типичны именно для больных эпилепсией. Причем в большей мере это характерно для больных с эпилептогенным очагом в правом полушарии (при сохранным функционировании левого полушария), когда болезнь имеет относительно доброкачественный тип течения, т. е. без интеллектуального снижения.

## Л и т е р а т у р а

**Балонов Л. Я., Баркан Д. В., Деглин В. Л. И др.** Унилатеральный электросудорожный припадок. Л., Наука, 1979, 172 с.

**Balonov L/Y., Deglin V.L., Kaufman D.A., Nikolaenko N.N.** Functional asymmetry of the animal brain. *Neurosci/ Behav. Physiol/ 1984. V. 14, № 5, p. 427 – 434.*

**Баршт К.** «Каллиграфические черновики» Ф. Достоевского. В мире книг. 1983, № 2, с. 54 – 55.

**Баршт К., Тороп П.** Рукописи Достоевского: рисунок и каллиграфия. В кн.: Текст и культура. Труды по знаковым системам. Т. XVI. Ученые записки ТГУ. Вып. 635. Тарту. 1983, с. 135 – 152.

**Бахтий М.** Проблемы поэтики Достоевского. М., 1979.

**Деглин В. Л., Лебедев Б. А., Николаенко Н. Н., Исаев М. П.** Унилатеральная электросудорожная терапия. Методические рекомендации. Л.: Наука, 1987. 22 с.

**Достоевский в воспоминаниях.** – Ф. М. Достоевский в воспоминаниях современников. Тт. 1 – 2. М., 1964.

**Достоевский Ф. М.** Полное собрание сочинений в тридцати томах. Т. 8. Идиот. Л., 1973.

**Летопись жизни и творчества Ф. М. Достоевского.** В трех томах. 1921 – 1861. Санкт-Петербург, Гуманитарное агентство «Академический проект», 1993.

**Лихачев Д. С.** «Готические окна» Достоевского. Избранные работы в трех томах. Т. 3. Л., Художественная литература, 1987. С. 297 – 298.

**Лотман Ю. М.** Культура как коллективный интеллект и проблемы искусственного разума. М., Научный совет по проблеме «Кибернетика». 1977, 20 с.

**Лотман Ю. М.** Феномен культуры. В кн.: Семиотика культуры. Труды по знаковым системам. Т. X. Ученые записки ТГУ. Вып. 463. Тарту. 1979. С. 3 – 17.

**Манн Томас.** Собр. соч. и десяти томах. Т. 10. М., Художественная литература, 1961.

**Моррис Ч.** Основания теории знаков. В кн.: Семиотика. Москва, Радуга. С. 37 – 89.

**Николаенко Н. Н.** Функциональная асимметрия мозга и изобразительные способности. В кн.: Текст и культура. Труды по знаковым системам. Т. XVI. Ученые записки ТГУ. Вып. 635. Тарту. 1983. С. 84 – 98.

**Николаенко Н. Н., Деглин В. Л.** Семиотика пространства и функциональная асимметрия мозга. Структура диалога как принцип работы семиотического механизма. Труды по знаковым системам. Т. XVII. – Ученые записки ТГУ. Вып. 641. Тарту, 1984. С. 48 – 67.

**Панаева А. Я.** Воспоминания. М., 1972.

# ЭВОЛЮЦИЯ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ И ПРОБЛЕМА ИХ ВОССТАНОВЛЕНИЯ

Т. Г. Визель (Москва)

Восстановительное обучение больных с нарушениями высших психических функций (ВПФ) в результате локальных поражений мозга составляет важный раздел нейропсихологии. Благодаря отечественным и зарубежным исследованиям, к настоящему времени оно имеет солидную теоретическую базу и содержит разнообразные методы практической работы с больными.

Наиболее распространенной заслуженно является система восстановительного обучения, вытекающая из нейропсихологического учения А. Р. Лuria, в рамках которого ВПФ рассматриваются как сложноорганизованные виды психической деятельности, имеющие динамическую локализацию в мозге человека. Это обуславливает представление о необходимости дифференцированного подхода к интерпретации их нарушений и применению патогенетических методов преодоления.

Методы восстановительной работы как в отечественной литературе (А. Р. Лuria, 1948; В. М. Коган, 1962; Э. С. Бейн, 1964; Л. С. Цветкова, 1972; В. В. Оппель, 1966; Э. С. Бейн, М. К. Бурлакова, Т.-Г. Визель, 1982; В. М. Шкловский, Т. Г. Визель, Т.-Г. Боровенко, 1986; В. М. Шкловский, Т. Г. Визель, 1995 и др.), так и в зарубежной (H. Shuell, W. Jenkins, 1961; M. S. Taylor, M. Silverman, E. S. Sands, 1970; J. M. Werzman, 1951 и др.) традиционно принято делить на прямые и обходные. Прямые носят стимулирующий и растормаживающий характер, что подразумевает активизацию всех остаточных механизмов реализации функции. Обходные подразделяются на замещающие и перестраивающие. Замещающие, как ясно из самого термина, состоят в замене основного способа реализации функции другим, не являющимся столь оптимальным, но обеспечивающим решение той или иной задачи, относящейся к высшей психической деятельности (жестовая речь глухих, тактильное чтение выпуклого текста слепыми и т. п.). Перестраивающие методы предполагают возврат функции нормативному способу реализации, однако обходным путем, а именно с помощью подключения внешних опор, играющих роль так называемых запасных афферентаций.

Правомерно также рассмотрение возможных типов компенсации, определяемых особенностями полушарных взаимоотношений. Исходя из этого, несколько ранее нами выделены меж- и внутриполушарный тип компенсаторного взаимодействия непострадавших структур мозга.

Упомянутыми выше авторами разработаны основные принципы применения этих методов при разных формах нарушения высшей психической деятельности. Определена их зависимость от локализации очага поражения, его размеров, грубости дефекта, этапа заболевания, а также особенностей преморбидного состояния нарушенных навыков.

Несмотря на эти разработки, ряд важных аспект-

тов восстановления ВПФ остается не изученным в должной мере. Представляется, что это обусловлено недостаточным вниманием исследователей к специфике самих ВПФ и существующим между ними различиям, а главное к тому, что в процессе антропо- и онтогенетического развития они претерпевают структурно-психологические и локализационные трансформации. В связи с этим в настоящей работе предпринята попытка освещения проблемы восстановления разных видов высшей психической деятельности, рассматриваемых в эволюционном аспекте.

В соответствии с теорией Н. А. Бернштейна (1948), мозг человека состоит из разных по филогенетическому возрасту, а также по анатомо-морфологической иерархии уровней. Следовательно, относящиеся к ним функции, также являются разновозрастными. Одновременно это означает, что они разновозрастны.

Как известно, низшие уровни мозга, которые, в свою очередь, не однозначны по анатомо-морфологической и функциональной иерархии, специализированы в отношении наиболее элементарных действий, и в первую очередь, врожденных автоматизмов.

Однако этим природно обусловленным различием автоматизмов их иерархия не ограничивается. По мере развития какого-либо вида психической деятельности, не являющегося данным человеку от природы, он может стать настолько упроченными, что приобретет статус автоматизма. Чрезвычайно важно при этом, что основные афферентации таких действий, продвигающихся по пути автоматизации, переключаются, как указывает Н. А. Бернштейн, на более низкие уровни мозга. Важно при этом, что, по мнению данного автора, таким локализационным преобразованиям подвергаются не только элементарные, чисто двигательные, как это принято считать, но и высшие функции, например, речь и письмо, отдельные действия которых превращаются в двигательные стереотипы и получают локализационное углубление и, по выражению Н. П. Бехтеревой, минимизацию в плане занимаемой ими территории мозга. В частности, в качестве примера приводятся двигательные стереотипы письма. Хотя в отличие от элементарных автоматизмов, высшие не отрываются полностью от контроля сознания (коры), они становятся принципиально отличными от тех развернутых действий, из которых образовались.

Вопрос о том, на какую именно глубину опускаются высшие автоматизмы, т. е. какие именно структуры мозга становятся ответственными за их осуществление, остается пока открытым, хотя самим Н. А. Бернштейном не исключается их даже подкорковая локализация. Обращает на себя внимание при этом, что способ реализации таких действий превращается из сложного (развернутого) по психологической структуре в элементарный (свернутый).

В современной отечественной литературе (Н. Н. Корсакова, Л. И. Москавичюте, 1985) и зарубежной, преимущественно нейрофизиологической (S.-Aglioti, F. Fabbro, 1993; M. A. Naesser, C. L. Palombo, 1994; C. Weiler, R. Willmes at all., 1993; A. Ozeren, Y. Sarica, R. Efe, 1994; Y. Sacurai, K. Sakai, M. Jwata, 1994) описаны не единичные, притом, верифицированные аппаратурно случаи, в частности, афазии, при поражении глубоких структур мозга: таламуса, стриатума, хвостатого ядра.

Из этих источников и собственных клинических наблюдений следует, что в таких случаях совсем не обязательно изменение нейродинамики по типу инактивации коры мозга, обусловленное верхне-стволовой недостаточностью, а именно лимбико-ретикулярного комплекса, хотя такая причина нарушения ВПФ является, как известно, достаточно частой и может иногда выступать в качестве основного патогенетического механизма. Чаще же всего он выступает как дополнительный, осложняя картину последствий локального поражения мозга.

Следовательно, «глубину мозга», имеющую отношение к ВПФ, составляют качественно разные структуры мозга. Одни из них, получившие широкое признание, выполняют функции восходящей активации, а другие, мало изученные, являются, по-видимому, вместилищем приобретенных стереотипов деятельности.

Таким образом, имеют место две параллельные иерархически организованные парадигмы автоматизмов. Первая является *врожденной* и практически универсальной, т. е. присущей большинству людей, вторая же, кроме того, определяется *приобретенной* степенью упорядоченности, которая, конечно же, зависит не только от объективной природной сложности функции, но и от: а) социальных условий, пре-морбидного формирования какого-либо из ее действий (влияния внешней среды); б) индивидуальных особенностей мозговой организации психических процессов.

Представляется вполне естественным допущение, что первая парадигма, т. е. природная иерархия функций, определяется их антропогенетическим возрастом, и следовательно проявляется у разных поколений людей различной степенью предуготовленности к усвоению. Индивидуальные различия в этом у людей одного и того же поколения определяются, как можно думать, природными особенностями у них мозговой организации психических процессов. Вторая парадигма функций, являющаяся результатом прижизненного опыта, в гораздо большей степени варьирована индивидуально, т. к. помимо природных особенностей, для нее чрезвычайно значимы и различия во внешних условиях приобретения этого опыта, и прежде всего социального характера.

Изменение локализационных параметров функций по мере их антропо- и онтогенетического развития, о чем шла речь несколько выше, делает очевидной необходимость прослеживания их локализационных особенностей, и не только на момент разрушения, а на протяжении всего периода развития. В этом случае появляется задача определения того, какие именно области мозга и в какой степени участвовали в ее формировании, и следовательно от

каких из них можно ожидать компенсаторную активность и в какой степени.

Общечеловеческие закономерности развития ВПФ (эволюционные универсалии) определяются, по всей вероятности, тем, что каждый вид психической деятельности первоначально реализуется за счет значительной площади мозга, успевшей созреть к моменту его зарождения. С течением времени, согласно основным положениям теории деятельности (П. Я. Гальперин, 1959; Л. С. Выготский, 1960; А. Н.-Леонтьев, 1972) происходит структурное и локализационное разворачивание одних сторон функций и параллельно сворачивание других. При этом сворачивание понимается не как простая редукция (усечение) тех или иных операций, составляющих функцию, а как их интеграция с другими операциями и образование на этой основе качественно новых видов деятельности.

Как ясно из сопоставления психологической структуры разных ВПФ современного человека, эволюционные процессы, происшедшие в течение психического антропогенеза, могут превратить какую-либо из них, имевшую когда-то статус высшей, в элементарную. Прежде всего это относится к наиболее древним по возрасту функциям, являющимся одновременно и более низкими по природной иерархии. Такие из них как, например, обонятельные или вкусовые, игравшие на определенном этапе жизни человечества едва ли не доминирующую роль в его приспособительной и познавательной деятельности, по существу, вообще потеряли статус высших. Несмотря на то, что они имеют корковое представительство, последнее не является у современного человека столь разветвленным, какое было, как можно думать, у древнего человека. Кроме того оно ограничивается преимущественно первичными полями (корковыми концами анализаторов). Вместе с тем, достигнув значительной степени свернутости, наиболее элементарные из высших функций не становятся «лишними». Они хранятся как бы в запасе и в определенных условиях следовая память, образовавшаяся в процессе их эволюции, может оживить достаточно широкий спектр связанных с ними ассоциаций.

Аналогично этому, на основании клинических наблюдений, локализационно «минимизированные» можно считать и такие функции как стереогностическая, лицевой гнозис, в несколько меньшей степени музыкальную и артикуляционную. Конкретно это следует из того, что при левополушарных очагах поражения процент нарушений музыкальной функции, способности к опознанию лиц и явлений астереогноза является чрезвычайно низким. Это свидетельствует о достижении этими видами деятельности достаточно определенной степени право-полушарной латерализации, а следовательно и значительной свернутости. Артикуляционные расстройства тоже возникают, как известно, практически у всех больных при поражениях лишь одного, а именно левого полушария, причем одних и тех же зон внутри него. Это также позволяет считать их продвинутыми в плане полушарной латерализации и свернутости. Очевидно, именно эти функции, получившие локализационную определенность, являются представляемыми в мозге по типу центров.

Другие же функции, имеющие истоки преимущественно в слуховой и зрительной модальности, но вышедшие за их рамки, например, функции речевой номинации, письменной речи, конструирования, счета и т. д., с самого начала занимали существенно большую площадь мозга и продолжают развиваться как высшие. Их локализация остается в существенной мере разветвленной, хотя и преимущественно в пределах левого полушария. Третьи (сугубо полимодальные) функции, например, творческая изобразительная, вербальная и другие, относимые обычно к мыслительным, являются максимально разветвленными структурно и локализационно и практически не имеют какого-либо определенного места локализации. Отдельные фрагменты внутри этих функций могут иметь вместе с тем постоянное представительство в какой-либо из областей мозга.

Сопоставительный анализ структурных и локализационных особенностей разных ВПФ позволяет сделать обобщение, согласно которому все виды психической деятельности подчинены одной и той же закономерности эволюционных преобразований, относящихся к каждому их витку.

В первой половине «круга обращения» в любой функции доминируют процессы *разворачивания*. Оно характеризуется тем, что вновь возникающие ее звенья системно взаимосвязаны между собой. Естественно, что такие функции и нарушаются тоже системно.

Во второй же половине «круга обращения» функции доминируют процессы *сворачивания*, и появляются звенья, получающие относительно локализационную автономию. Они не связаны системно (а если и связаны, то незначительно) с другими звеньями, относящимися к ней же. Нарушение этих отделившихся, наиболее упроченных фрагментов, не приводит поэтому к системным расстройствам всей функции.

Следует отметить то, что в составе автоматизмов каждой из функций образуются как жесткие «готовые» действия, так и их типовые клише, являющиеся более гибкими и локализуемыми соответственно на меньшей глубине.

При таком понимании проблемы можно сказать, что жестко мнестические, ассоциативно-мнестические функции, бытовые, профессиональные навыки и мыслительные действия отличаются друг от друга по степени и качеству локализационных параметров. Они же, в свою очередь, позволяют судить как о месте функции в природно обусловленной парадигме видов психической деятельности, так и о том, в какой степени элементарности или усложнения она находится в данный период развития.

Это делает условным представление о том, что ВПФ имеют обязательно динамическую мозговую локализацию. Данный принцип, такочно вошедший в современную, и прежде всего, отечественную теорию локализации (А. А. Ухтомский, 1945; П. К. Анохин, 1947; А. Р. Лuria, 1969 и др.), следует считать справедливым лишь в отношении тех функций, становление которых относится к первой половине витка трансформаций и следовательно еще далеко от завершения. Локализация же функций, ставших автоматизированными, но не превратившимися еще в набор жестких стереотипов, получают статус, либо *корковых центров*, столь горячо отстаиваемых в свое

время сторонниками узкого локализационизма, либо вообще опускаются на еще большую глубину.

Представляется, однако, что такой вывод, казалось бы, противоречащий концепции А. Р. Лuria о системной организации ВПФ, на самом деле таковым не является, поскольку речь не идет об «отмене» принципа системности различных видов высшей психической деятельности. Определенные психические действия, действительно, имеют динамическую локализацию и соответственно системную организацию. Предлагаемые вниманию варианты внесистемного (автономного) соотнесения друг с другом различных сторон ВПФ рассматриваются автором как развитие учения о локализации и теории ВПФ, а не как их критика.

Обозначенные различия в структурно-психологических и локализационных параметрах ВПФ имеют принципиальное значение для наиболее полного раскрытия одного из основных механизмов их восстановления. Этот вывод вытекает из понимания автором его сути как *разъятия* слившихся в результате функциональных интеграций компонентов нарушенной функции и возвращения их на место прежней локализации. Это же возможно лишь за счет того, что области мозга когда-либо принимавшие участие в реализации функции, сохраняют память о том вкладе, который был ими сделан.

Такая следовая память на действия, входящие в состав старых функций, слабее, чем на действия, входящие в состав более молодых, хотя *сами* древние функции, а не способ их формирования, наиболее упрочены в памяти. Следовательно, чем старше функция по антропологическому возрасту, тем жестче она детерминирована природно, т. е. степень функциональных интеграций, свершившихся в ее рамках, является выше. Это означает, во-первых то, что разъятие объединившихся действий становится все менее возможным, а во-вторых то, что психологическая и локализационная структура такой функции отличается незначительной индивидуальной вариативностью. Напротив, чем моложе функция, тем степень интеграций в ней меньшая, и следовательно она более вариабельна индивидуально, а также легче возвращается к исходной психологической и локализационной структуре. Из этого вытекает, что наиболее старые функции имеют максимальную степень упроченности в памяти, но наименьший компенсаторный потенциал *за счет следовой памяти*, чем более молодые.

Как показывает практика, переход пострадавшей функции на прежний способ реализации не делает ее полностью нормативной, поскольку пластичность зрелого мозга в плане образования новых ассоциативных связей, как известно, не столь высока, как детского. Вместе с тем и у взрослых она не исчезает полностью, и для того, чтобы реконструируемая деятельность приблизилась к тому уровню развития, на котором она находилась преморбидно, необходима, как правило, длительная работа по вторичной автоматизации. Несмотря на эти трудности, опора на следовую память – реальный путь, хотя бы частичного восполнения утраченных навыков. Последний рассчитан на перестройку функционирования уцелевших клеток пораженной зоны мозга.

Так, например, для того, чтобы преодолеть артикуляционную апраксию, необходимо вернуть ее не только к онтогенетическим закономерностям становления, среди которых преобладает опора на слуховую имитацию, но и использовать другие афферентации (запасные), которые были более значимы в речевом антропогенезе: разнообразные оптико-тактильные опоры, отражающие, очевидно, первоначальную приближенность первых опытов артикуляции к жестовой речи.

При восстановлении функций, являющихся более разветвленными локализационно, основной расчет делается на реконструкцию ее онтогенетического становления. Так, задача преодоления вербального дефицита прежде всего предполагает оживление смысловых ассоциаций, благодаря которым то или иное слово стало упроченным в памяти.

Помимо восстановления функции на основе использования следовой памяти в некоторых случаях более результативным оказывается другой путь компенсации. Он состоит в компенсаторной активации оставшегося сохранным уровня мозга, имеющего отношение к пострадавшей функции.

Такой путь восполнения тех или иных расстройств высшей психической деятельности возможен потому, что преморбидно накопленный у взрослого больного опыт может получить, как уже обсуждалось определенную автономию и занять соответствующее место в общей структуре мnestической деятельности. При определенной степени упроченности навыка он перестает нуждаться для своей реализации в мозговых механизмах произвольной деятельности и извлекается из памяти в виде «готовых» действий или же их типовых клише. Относительная автономия уровня автоматизмов от уровней первоначальной реализации функции делает его весьма значимым компенсаторно. Нельзя не отметить и то, что в разных вариантах патологии ВПФ такая компенсация ограничена оставшимся сохранным подуровнем внутри пласта автоматизмов. Помимо этого, он как правило не обеспечивает полного восполнения утраченных навыков. В большинстве случаев видны знаки неполной состоятельности такого межуровневого замещения.

В качестве примеров можно привести ряд высказываний больных, демонстрирующих заместительную роль речевых автоматизмов разных уровней при очагах поражения в верхней коре.

Больной Л., 61 год, инженер, правша. Последствия ишемического инсульта в левой средней мозговой артерии. Моторная афазия афферентного типа, акустико-мnestическая афазия.

*Рассказ по сюжетной картинке, на которой изображена девочка, отрывающая листок календаря с датой 8 марта. В дверях виден отец с праздничным подарком маме.*

Речь больного: «8 марта, девочка отрывает срок давности, потому что это для мамы. Они нарядные подарки несут. И он тоже пришел с производства, с работы. Сверлок такой-то, наверное духи, тортилок, нет, тс... тв... тыр (виден поиск артикуляционной позы). Торты. Это будет правильное вкусовое выражение».

Спонтанная речь больного характеризуется тем, что в ней сохранены автоматизмы практически всех уровней, т. е. не только «готовые» (жесткие) стереотипы, но и клише (типовые модели) фразовой речи. Вместе с тем в приведенном высказывании выступает и ограниченность компенсаторного потенциала уровня речевых автоматизмов. Они состоят в некоторых артикуляционных затруднениях, которые больной не сумел перекрыть за счет речедвигательных стереотипий, а также в вычурности индивидуальных речевых штампов (выделено курсивом).

Больной Д., 65 лет, экономист, правша. Заведующий отделом в Министерстве машиностроения. Последствия нарушения мозгового кровообращения в бассейне левой среднемозговой артерии. Правосторонний гемипарез. Сенсорная, акустико-мnestическая афазия.

Диалогическая речь: «Постоянные дожди заставляют остановиться осень и создают обстановку неясности до 1 октября. После этого мы имеем то же самое движение. Лепим потом из снега бабу, или даму тое. Каждое время хорошо по-своему. Я люблю всякое время года. Вы тоже любите? Или что-нибудь отдельное, самостоятельное?»

Спонтанное высказывание данного больного также, как и предыдущего, демонстрирует компенсаторное использование речевых штампов, некоторые из которых, с одной стороны, являются популяционно распространенными, а, с другой, использованы больным «не по назначению», т. е. неадекватно стилистически.

Больной 35 лет, инженер, правша. Последствия нейрохирургической операции – удаление субарахноидальной гематомы в левой лобно-височной области левого полушария мозга. Правосторонний гемипарез. Моторная афферентно-эфферентная афазия.

Диалогическая речь:

- Как Вы себя чувствуете?
- Да нормально, я пил, да почти все, по... по... ходел, по-хо-дел...
- Что Вы делали на работе?
- Нельзя говорить, я так, все делал, нельзя. Порядок! (как выяснилось, больной работал в строго-режимном учреждении).
- У вас большая семья?
- Никого, две де-во-чечки, там отдельно, жена померла, вторая... (морщится).
- Что она нехорошая?
- Да молод...дая, надо бы... (воспроизводит энергичный жест поворачивания ключа, врача его к себе).
- Вы хотели бы ее запереть?
- (Обрадованно): Во, во, так.

Как видно, в речи больного присутствуют лишь простые автоматизмы в виде высоко упроченных слов, и единичный клише глубинной структуры фразы. Индивидуально упроченных автоматизмов в речи больного не обнаруживается. Это свидетельствует о более глубокой, чем у предыдущих больных, локализации очага поражения и более грубом разрушении уровня речевых автоматизмов. Возможно также, что отсутствие индивидуальных штампов

объясняется более жестким доминированием по речи у данного больного левополушарного мозга.

Последнее замечание является поводом для раскрытия понимания автором явлений правшества, левшества, амбидекстрии.

Общепринято, что наличие у больного признаков левшества (А. Р. Лурия, 1947; Э. Г. Симерницкая, 1985; N. Sakano, 1982; А. Семенович, 1994 и др.) является одним из важных критерии положительно-го прогноза восстановления нарушенных функций. Разделяя в целом точку зрения о том, что индивидуальные особенности мозговой организации психических процессов имеют важное прогностическое значение, автор трактует различные их варианты несколько иначе, чем это делается большинством исследователей (С. Спрингер, Г. Дейч, 1983; Э. Г. - Симерницкая, 1985; Т. А. Дорохотова, Н. Н. Брагина, 1994 и др.).

В частности, гиперактивность как левого, так и правого мозга, расценивается как «противостояние» полушарий, возникающее из-за выраженной тенденции одного из них сохранить присущий ему принцип функционирования. Вариант полушарного «противостояния», причиной которого является гиперактивность левой гемисфера мозга, качественно отличается от того, который обусловлен гиперактивностью правой гемисферы, однако механизм в обоих случаях является одним и тем же. В работе Н. Н. Брагиной и Т. А. Дорохотовой (1994) также делается замечание о том, что нарушения некоторых функций, например праксических, у этих групп лиц качественно различны, а их своеобразие при амбидексстрии определяется сохранением обоих полушарий высокой степени их функциональной специализации.

Более низкая, чем при левшестве, активность правого мозга, но более высокая, чем в средней норме, связываемая обычно с амбидекстрией, приводит, как представляется, к появлению другой тенденции, а именно сглаживанию полушарной асимметрии, т. е. к полушарной эквипотенциальности. Нормативное же правшество характеризуется умеренной степенью выраженности обеих тенденций, и к полушарному «противостоянию», и к полушарной эквипотенциальности.

В компенсаторном отношении наиболее «выгоден» вариант усреднения функциональной специализации полушарий (амбидексстрия), поскольку их заместительная способность становитсяющей. Вариант левшества не благоприятный компенсаторно, уменьшает, однако, вероятность нарушения доминантных функций, т. к. часть из них может иметь в данном случае не левостороннюю, а правостороннюю локализацию.

Таким образом, в целом ни один из вариантов индивидуальной природной мозговой организации психических процессов не имеет серьезных преимуществ перед другим.

Очевидно, уместно упомянуть и о том, что особенности эволюционных преобразований ВПФ имеют разное значение для способности к овладению ей и компенсации в случае патологии у детей и взрослых. В психическом онтогенезе, т. е. при развитии высшей психической деятельности у ребенка, ведущую роль играет степень структурной и локализаци-

онной разветвленности функции, являющейся результатом ее антропогенетических преобразований, а в случае распада этой же функции у взрослого не менее значимо то, в какой степени он сумел овладеть ей преморбидно. Чем более свернутой стала в результате исторических трансформаций ВПФ, которой предстоит овладеть ребенку, тем эта задача легче. Например, усвоить операцию одевания и даже произнесение звука речи, не только в норме, но и при патологии, не представляет такой трудности, как, например, овладение музыкальным инструментом или грамматикой языка. В случае же распада этих же функций у взрослого эффект компенсации не менее зависит от особенностей преморбидного владения ими.

На основании изложенного выше можно сделать следующие выводы:

1. Пути антропо- и онтогенетических трансформаций, которые продельывает функция по мере созревания, обуславливает особенности следовой памяти на способ ее реализации на каждом из этапов развития. Раскрытие картины следовой памяти позволяет получить оптимальную схему восстановительной работы по компенсации того или иного нарушения. Аналогичный алгоритм имеет реконструкция пострадавшей функции в зависимости от особенностей ее становления в онтогенезе.

2. Возможность автономного проявления того или иного дефекта функции определяется тем, на каком из этапов развития она находилась в момент нарушения. Чем выше автоматизация распавшегося действия, тем больше вероятность его изолированного нарушения, и, напротив, чем менее оно упрочено, тем больше его зависимость от других сторон функции, а значит и последствий в виде системных внутрифункциональных нарушений.

3. Место конкретной функции в иерархическом ряду ВПФ определяется ее антропогенетическим возрастом, который обуславливает степень ее структурной и локализационной разветвленности. В связи с этим нарушение более древних функций не носит как правило системного характера.

4. Оживление следовой памяти на «жесткий» автоматизм предполагает преимущественное использование прямых, растормаживающих и стимулирующих методов, а такая же задача в отношении менее автоматизированных действий рассчитана на применение обходных путей, с подключением запасных афферентаций.

5. Наличие в каждой функции различных по иерархии относительно автономных уровней (произвольной и непроизвольной деятельности) обеспечивает возможность компенсации последствий поражения одного из уровней за счет функциональной активации другого.

6. Выявленные различия в темпах эволюционных трансформаций, обусловленные природными индивидуальными различиями в мозговой организации психических процессов, и в частности врожденным типом полушарных взаимоотношений, информативны как прогностически, так и «тактически», поскольку позволяют, во-первых, своевременно и в нужном объеме использовать известные методы работы с больными, а во-вторых, расширить рамки восстановительного обучения.

## Л и т е р а т у р а

- Анохин П. К.** Теория функциональной системы как основа для понимания компенсаторных процессов организма. «Уч. записки МГУ», 1947, вып. 3.
- Анохин П. К.** Биология и физиология условного рефлекса. М., «Медицина», 1968.
- Бейн Э. С., Бурлакова М. К., Визель Т. Г.** Восстановление речи у больных с афазией (Пособие), М., «Медицина», 1982.
- Бернштейн Н. А.** О построении движений. М., Медгиз, 1947.
- Бейн Э. С.** Афазия и пути ее преодоления. Л., «Медицина», 1964.
- Выготский Л. С.** Избранные психологические исследования. М., Изд-во АПН РСФСР, 1960.
- Брагина Н. Н., Доброхотова Т. А.** Функциональные асимметрии человека. М., «Медицина», 1981.
- Гальперин П. Я.** Психология мышления и учение о поэтапном формировании умственных действий. «Исследование мышления в советской психологии», М.
- Доброхотова Т. А., Брагина Н. Н. Левши, М., 1994.**
- Коган В. М.** Восстановление речи при афазии. М., ЦИЭТИН, 1962.
- Корсакова Н. К., Москвичюте Л. И.** Подкорковые структуры мозга и психические процессы, МГУ, 1985.
- Леонтьев А. Н.** Проблема развития психики. Изд-во МГУ, 1972.
- Лuria A. R.** Восстановление функций мозга после военной травмы. М., изд-во АМН СССР, 1048.
- Оппель В. В.** Восстановление речь после инсульта. Л., изд-во «Медицина», 1972.
- Симерницкая Э. Г.** Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. М., МГУ, 1985.
- Спрингер С., Дейч Г.** Левый мозг, правый мозг. М., «Мир», 1983.
- Ухтомский А. А.** Очерки физиологии нервной системы. Собр. соч., т. 4, Л., 1945.
- Цветкова Л. С.** Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга. М., 1972.
- Шкловский В. М., Визель Т. Г.** Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. М., 1983.
- Aglioti S., Fabbro F.** Paradocsial selective recovery in bilingual aphasic following subcortical lesions. Neuroreport., 1993, Sep. 30. 4 (12).
- Naesser M. A., Paiulombo C. L.** Neuromaging and Language recovery in stroke. J. Clin Neurophysiol. 1994 Mar. 11 (2)/
- Ozeren A., Sarica Y., Efe R.** Talamic aphasia syndrom. Acta-Neurol-Belg., 1994.
- Sakurai Y., Sakai K., Sakuta M., Iwata M.** Naming difficultes in alexia with agraphia a posterior-inferior inferior temporal lesion. I. Neurol.-Neurosurg.-Psychiatry. 1994. Mai, 57 (5).
- Shuell H., Jenkins J.** Reduction of vocabulary in aphasia. «Brain», 1961, вып. 84. № 11, pp. 243 – 262.
- Taylor M. S., Silverman M., Sands E. S.** Speech Therapy and Language Recovery in Severe-Aphasia. «J. Sp. Disord.», 1970, № 13.
- Wepman J. M.** Recovery from aphasia. N. J., 1951.

Уральская государственная юридическая академия готовит к изданию пособие

### **Б. Н. Алмазов – «СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ»,**

в котором правосубъектность, создаваемая фактом психического расстройства, описала столь подробно, как это позволяет состояние действующего законодательства.

Объем пособия – 186 стр.

#### **О г л а в л е н и е:**

история правового регулирования отношений психически больных с обществом и государством;

право граждан на психиатрическую помощь;

психически больной и гражданский закон;

психически больной и уголовный закон;

судебно-психиатрическая экспертиза;

психическая зрелость как объект экспертизы;

текст Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Пособие рассчитано на юристов и врачей-психиатров.

Цена одного экземпляра 10 000 руб.

Заявки просим направлять по адресу: 620030, г. Екатеринбург, Сибирский тракт, 8 км,

Областное объединение «Психиатрия», юротдел.

## 1. ХОЗЯИН И СОБАКА ИЛИ ЧТО ТАКОЕ ДРАМАТИЧЕСКАЯ ПСИХОЭЛЕВАЦИЯ \*

Ирина Медведева, Татьяна Шишова (Москва)

Несколько лет назад, когда мы только начинали работать с трудными детьми, нам и в голову не приходило, что эта, во многом интуитивная, работа незаметно вырастет в нечто более серьезное и заставит нас задуматься над какими-то новыми принципами воспитания и психокоррекции. Сначала нам просто хотелось выявить основные проблемы невротических детей и попробовать решить их, выдвинув на первый план ложный мотив – «поучиться на артистов». Затем стали вырисовываться иные подходы. Например, мы задумались над тем, что стоит за детскими страхами, агрессивностью, тиками, энурезом, на какую скрытую «поломку» указывает тот или иной очевидный симптом? И как наладить поломанный механизм, не повредив при наладке другие его детали?

Ну, а в последнее время, когда мы то там, то здесь делаем доклады и частенько слышим вопрос: «А чем ваш метод отличается от психодрамы?», – возникла необходимость определиться и по этому поводу. Мы постараемся параллельно сформулировать его отличия от психодрамы.

Итак, метод драматической психоэлевации – это оригинальный метод психотерапии детей, страдающих невротическими и сходными пограничными расстройствами (страхи, агрессивное поведение, повышенная застенчивость, избирательный мутизм, легкая степень аутизма, логоневроз, энурез и астма невротического происхождения, тики, навязчивости, демонстративное и асоциальное поведение, в том числе воровство, и т. п.). Метод создан в 1990 году.

В отличие от психодрамы, наш метод не относится в чистом виде к разряду групповых, скорее его можно определить как индивидуально-групповой. Да, мы занимаемся с небольшой группой детей (6–8 человек), но начиная со второго занятия каждый ребенок получает *индивидуальное* домашнее задание; мы проводим индивидуальную работу с родителями. Словом, каждый ребенок идет по индивидуальной программе в условиях группы.

Родители не только присутствуют на занятиях, но и активно в них участвуют. Такое участие является обязательным условием, причем мы стараемся общаться не только с мамами, но и со всеми остальными родственниками, которые окружают ребенка в семье. Работе с родителями мы придаем огромное значение и, признаться, она подчас выматывает нас гораздо больше, чем работа с детьми. Но никуда от

этого не деться: мы не можем дать детям других родителей, и нам кажется, что нельзя говорить о полноценной психокоррекции детей в отрыве от психокоррекции родителей, особенно матери, и налаживания внутрисемейных отношений. Мы останавливаемся на этом потому, что не раз приходилось слышать от специалистов, работающих с детьми, приблизительно такие речи:

– С детьми у меня никаких проблем, но родителей терпеть не могу. С ними так сложно! От них лучше держаться подальше...

Или:

– Я первым делом родителей удаляю в коридор. При матери иной ребенок вытворяет черт знает что, а без нее он шелковый.

Мы же стараемся, насколько это возможно, сблизить ребенка с родителями, почти никогда не проводим с детьми конфиденциальных бесед, никогда не критикуем при детях их родителей (хотя порой для этого есть все основания) и считаем огромной своей недоработкой, если к окончанию цикла занятий маленький пациент ни за что не хочет расставаться с «кукольным театром». Нет, конечно, все дети любят вспоминать, как они были артистами, и не прочь это повторить, но если мы работаем хорошо, они должны быть счастливыми и без нас. Отдельно от нас. Но *вместе* с родителями.

Основополагающий принцип нашей методики – это не лечение отдельного невротического симптома или симптомов, а стремление гармонизировать деформированную психику в целом. Родители, как правило, зафиксированы именно на симптоме. Их больше всего волнует внешнее проявление невроза (например, энурез или заикание, агрессивность или рассеянность), то есть признаки, вызывающие неудобства в быту или чувство стыда за ребенка.

Нас же, главным образом, интересует внутренняя причина, а не ее внешние проявления. И причина, в отличии от психодрамы, не событийная, а личностная. Психодрама в большой степени фиксирована на событии как на главном травмирующем факторе, а метод драматической психоэлевации уделяет основное внимание особенностям данной конкретной личности, не справляющейся с какой-либо ситуацией. В конце концов, очень многие дети переживают испуг, ссоры родителей, уход отца из семьи, отчасти лишаются родительского внимания, если в семье появляется малыш. В общем, мало ли что случается в жизни детей? Но одни переживают то или иное событие без ущерба для психики, а другие невротизируются. И нам представляется более интересным и

\* Первая глава незавершенной книги «Лекарство – кукольный театр»

продуктивным постараться понять, какие личностные особенности предрасполагают, если так можно выразиться, к «психическому травматизму».

Та внутренняя поломка, о которой мы уже упомянули, была нами названа патологической доминантой. По патологической доминантой мы понимаем основной неврозообразующий психологический изъян. Конечно, первый ребенок – это, как правило, «букет» поведенческих изъянов. И чем сложнее случай, тем этот букет пышнее. Но мы не десятки, а уже сотни раз убеждались в том, что выделить патологическую доминанту все-таки и возможно, и целесообразно.

Пожалуй, это самый сложный момент в работе по нашему методу. Ведь ни родители, ни тем более ребенок вам эту патологическую доминанту не назовут. Они ее не знают. А жалобы родителей нередко лишь затуманивают картину.

Скажем, большинство детей, попадающих к нам, застенчивы. При этом одни родители жалуются на тики, другие – на медлительность, третьи – на внезапные вспышки агрессии, четвертые – на плаксивость, пятые – на страхи. Однако патологические доминанты у всех пятерых могут быть различны и не совпадать ни с повышенной застенчивостью, ни с указанными жалобами родителей. К примеру, в первом случае это будет подавленная воля, во втором – повышенная ранимость и в связи с этим своеобразная защитная реакция, когда почти вся психическая энергия ребенка тратится на образование «скорлупы», в третьем случае – это природная робость в сочетании с гипертрофированным самолюбием, в четвертом – повышенная тревожность, в пятом – неутоленная жажда лидерства и отчаянная боязнь поражения в самых разных ситуациях.

А бывает, что застенчивость маскирует деспотичный характер или тяжелое психическое нарушение – аутизм. (Во всяком случае, родители и окружающие могут считать такого ребенка застенчивым.)

Ну, а может ли все-таки быть, что патологическая доминанта лежит как бы вне, за пределами личности ребенка? Иначе говоря, при других родителях все было бы хорошо? В нашей практике такие случаи почти не встречались. Другое дело, что иногда семейная ситуация – более яркий, более травмирующий фактор, чем личностный изъян, и тогда мы считаем целесообразным эту самую ситуацию и принимать за патологическую доминанту (разумеется, условно). Например, когда ребенок вызывает стойкое раздражение у матери, обусловленное неявными, часто подсознательными причинами: мешает реализация каких-то жизненных планов, не соответствует нарисованному заранее идеалу ребенка, похож на ненавистного мужа и т. п.

Итак, при сходных внешних симптомах доминанты могут быть совершенно разными и напротив, при различных симптомах патологические доминанты вполне могут оказаться сходными. (К примеру, у одного ребенка – демонстративность, у другого – сверхзастенчивость, у третьего – энурез, а патологическая доминанта у всех трех – угнетенная воля.)

Еще раз повторим: если патологическая доминанта определена правильно и, исходя из этого, правильно построена работа, невротические симптомы по-

степенно сходят на нет. Лишний раз это стало нам очевидным на примере заикания. Поскольку родители заикающихся детей очень зафиксированы на этом бросающемся в глаза речевом недостатке и часто выдвигают его в качестве единственной жалобы, заявляя, что в остальном у них все в порядке и нет к ребенку других претензий, мы долгое время давали заикам помимо театральных этюдов чисто речевые упражнения. Результаты работы с логоневрозом оставляли желать лучшего, и мы уже подумывали отказаться от занятий с такими детьми. Но потом дали себе последний шанс и, консультируя родителей, стали предупреждать их, что мы будем заниматься только коррекцией поведения ребенка, не давая ему никаких логопедических заданий, то есть совершенно не фиксируясь на его речи. Тут-то и были получены хорошие, а иногда и просто блестящие результаты!

Естественно, возникает вопрос: а как найти патологическую доминанту? Как выделить главное? Повторяем, правильное определение патологической доминанты – самый важный и одновременно самый трудный момент в нашей работе. И его очень сложно формулировать. Конечно, у нас много разных «опор» – поведение ребенка на первичном осмотре и на занятиях, данные родительской и детской анкет, рисунки, беседы с родителями. Большое значение для нас имеет и внешний облик ребенка: конституциональный тип, пластика, мимика, речь. Существует огромное количество нюансов, расшифровка которых дается только личной наблюдательностью и личным опытом. Вообщем, работа по нашей методике требует высокоразвитой наблюдательности, умения из разных, иногда противоречивых фактов и деталей составить объемную, сложную картину. Ведь определение патологической доминанты вовсе не означает, что, определив ее, можно уже не учитывать другие особенности (характерологические, семейные и т. п.) данного ребенка. Надо любить решать сложные, иногда кажущиеся поначалу неразрешимыми задачи. Порой это напоминает расследование запутаннейшей детективной истории, где жертва и виновник – фактически одно лицо. То есть наш подход можно назвать феноменологическим. Критерием же истинности служит исчезновение невротических симптомов. Если они упорно не желают исчезать, значит, мы ошиблись, значит, патологическая доминанта определена неверно.

Попытаемся кое-что пояснить на примерах. Скажем, как мы обычно распознаем в застенчивом ребенке скрытого лидера? Часто эта догадка посещает нас уже на первичном осмотре, когда ребенок, в непосредственном контакте с нами проявлявший робость, заходит за ширму и... картина резко меняется: кукла-персонаж разговаривает с нами бойко, без затруднений отвечает на вопросы, свободно фантазирует и т. д.

Но вовсе не обязательно ребенок «выдаст себя» при первой встрече. В таком случае надо особенно внимательно наблюдать за его поведением на первых занятиях. И даже если он по-прежнему держится застенчиво, то есть не хочет показать театральный этюд, скрочить по нашей просьбе смешную гримасу или принять участие в общей игре – все равно, ув-

лекшись происходящим, он будет не в силах скрыть свои истинные притязания, свою повышенную конкурентность. Так, на его лице может отразиться недовольство, когда мы похвалим кого-то другого. Или в разгар интересной сценки он демонстративно повернется к ширме спиной. А на уговоры мамы хоть что-нибудь показать вдруг с неожиданной для такого тихони властностью замахнется на нее маленьким кулачком.

Или, предположим, как можно выявить в качестве доминирующего признака страхи, если они открыто не манифестируются и потому не замечены родителями? Во-первых, следует внимательно наблюдать за таким ребенком, когда на занятиях зайдет речь о чем-то страшном (например, оочных кошмарах, об уколах или о привидениях). Во-вторых, можно дать ребенку диагностические этюды. Допустим, он лег спать, и вдруг ему показалось... (что? Пусть придумает сам). Он... (что сделал? Пусть тоже придумает.). И в -третьих, имеет смысл попросить ребенка дома нарисовать свои сны. Один из таких «загадочных» мальчиков, упорно демонстрировавший на занятиях воинственно-героические образцы поведения, принес нам сразу три тетрадки, в которых изобразил в виде комиксов такие ужасы, что нам самим стало страшно. Там были и змеи, и пауки, и бандиты с разнообразным оружием, и фантастические чудовища. А мать жаловалась вовсе не на страхи, а на негативизм по любому поводу.

Бывают, как мы уже говорили, и очень сложные случаи. К примеру, недавно к нам попал одиннадцатилетний школьник. Мать жаловалась на отсутствие интереса к жизни, вечное недовольство, брюзжение, апатию, лень. Внешность и астеническая конституция мальчика, его поведение – все полностью подтверждало эти жалобы. Мы решили выделить как патологическую доминанту его крайнюю неуверенность в себе и начать с повышения самооценки. Для этого, в частности, был дан следующий этюд: «Все родные ушли, и Алеша остался дома один. Чем он занимался? (Показать). Было ли ему страшно или скучно? А потом он решил заняться разными хозяйственными делами. (Какими? – Придумать!) Как его похвалила, вернувшись домой, мама?» И тут с неожиданной стороны проявила себя мама – реальная мама, игравшая в этом этюде себя. Вместо того чтобы похвалить сына, она заявила, что он неправильно поставил посуду, и... наказала его! Мы, разумеется, насторожились и дали ей задание на дом – письменно перечислить Алешину достоинства. Она честно пыталась это задание выполнить, но к каждому достоинству тут же присовокупляла «обвинительное заключение». Дескать, вроде бы достоинство, а на самом деле ничего хорошего. Дескать, не любит драться. Так ведь разве это мужчина? Тюфяк, размазня! Ну, добрый, все готов отдать. Но отдает-то чужое, не своим трудом нажитое. И каждый его норовит облапошить. Простофиля!.. После этого «центр тяжести» нашей работы переместился на мать.

Поистине, детали, нюансы – это и есть самое драгоценное! Иногда одно слово может перечеркнуть, казалось бы, безупречную картину. Пример – мама шестилетнего Стасика. После его рождения она оставила работу и занималась исключительно сыном:

водила его в разные кружки, красиво одевала, то и дело покупала подарки. В родительской анкете на вопрос, хотела ли она иметь ребенка, ответила утвердительно. Но зато на следующий вопрос – какое у нее было преобладающее настроение в первые месяцы жизни сына, – написала: «Он орал и мне мешал». (Не «плакал», не «кричал», а именно «орал»!) Мы стали приглядываться и заметили, что хотя мама все время держит Стасика на коленях, как только он хочет ее обнять или поцеловать, ее губы непроизвольно кривятся в брезгливой гримасе. Когда мы осторожно заговорили с ней о ее отношении к Стасику, она была явно потрясена тем, что ее тайна раскрыта, но отпираться не стала и сразу призналась в своей неприязни к мальчику, который невольно мешал ей выйти замуж за любимого человека. Дело в том, что, поссорившись с возлюбленным, она сгоряча согласилась выйти замуж за другого и забеременела от него, а вину за свою горячность подспудно перенесла на ребенка.

Короче говоря, при определении патологической доминанты невозможно пользоваться готовыми рецептами. Каждый случай стоит рассматривать как уникальный (а он и есть уникальный!).

Однако, определить доминанту – это еще полдела. Дальше с ней надо работать. И тут, наверное, уместно вспомнить один из основополагающих принципов классической психодрамы. Ее создатель – Якоб Морено – призывал «выгнать демонов из их укрытий». Мы же, помня о том, что его демон – это падший ангел, стремимся как бы снова поднять его, возвысить, элевировать. Если не до ангельского лика, то хотя бы до человеческого лица. Оттого и назвали свой метод методом драматической психоэлевации («elevage» – по латыни «поднимать», «восходить»).

Какой соблазн возникает, когда видишь недостаток, порок, лежащий в основе психической деформации? УстраниТЬ, искоренить – в общем, изъять. Этого, как правило, ждут и родители, не понимая, что ничего нельзя искоренить безнаказанно, не нарушив сложнейшую корневую систему души. Про опасность нарушения природной экологии вроде бы все уже понимают, а когда речь заходит о человеке, да еще маленьком, незрелом, почему-то считается, что из него можно вырастить, все что угодно. Хотя никому не придет в голову утверждать, что завязь яблока можно превратить в плод сливы. Нам кажется, что воспитание (и как часть его – психокоррекция) меньше всего должно походить на опыты в области генной инженерии.

Частенько слышишь от родителей:

– Он у нас такой робкий! А ведь в современной жизни надо уметь работать локтями. Сделайте что-нибудь!..

То есть, по существу, тебя просят сделать зайца волком. Или тигром.

Наш метод призывает идти по другому пути: сначала выяснить, кто же все-таки прячется под маской зайца, а потом элевировать данную конкретную личность. Ведь с недостатками, деформирующими поведение и пагубно сказывающимися на всей жизни, существовать очень трудно. И ребенку, и всем его близким.

Так вот, выясняется очень интересная вещь. Почти любой недостаток можно повысить до уровня достоинства. Или, если пользоваться нашей терминологией, элевировать. Скажем, жадность. Порок? – Безусловно. Тем более, учитывая традиции отечественной культуры. Наверно, приложив нечеловеческие усилия, все-таки можно превратить жадину в мота. Но это обязательно будет человек с множеством грубых личностных искажений (например, у него появятся вспышки внезапной жестокости или болезненный, пусть прямо и не связанный с деньгами, педантизм). Но, с другой стороны, оставлять нескорректированным такой малосимпатичный недостаток тоже нельзя. Так что же делать?

Мы бы постарались постепенно превратить жадность в бережливость.

Список пороков, которые при целенаправленной работе поддаются психоэлевации, можно продолжить. Застенчивость возвышается до скромности (бесспорного достоинства!), агрессивность – до устойчивой роли защитника слабых, медлительность – до обстоятельности и т. д.

Или возьмем те пять случаев, о которых уже шла речь. Помните? – Там, где мы рассказывали о патологической доминанте, о том, что она может вовсе не совпадать с лежащими на поверхности симптомами.

В первом случае мы выделили в качестве патологической доминанты подавленную волю. Это, конечно, не характерологический признак, а результат неправильного воспитания. Но согласитесь, не всякая воля так уж легко поддается. Следовательно, тут можно предположить, что волевое начало исходно было не очень выражено. Что делать? Как возвысить слабоволие до достоинства? Конечно, в данном случае нужно идти как минимум в двух направлениях: утверждать и повышать волевой потенциал и параллельно ослаблять прессинг. Но не ставить при этом конечную цель «выковывать» лидера. Напротив, следует во всеуслышание расхваливать способность ребенка идти на компромисс, уживаться в коллективе, быть дружелюбным, а в идеале – уметь гасить конфликты.

Во втором случае патологической доминантой была повышенная ранимость, повлекшая за собой заторможенность. Мы думаем, что неверно было бы идти на поводу у родителей, которые, как правило, мечтают защитить сверхчувствительное сердце своего ребенка толстой броней. Ведь при этом будет утрачена уникальная способность к утонченному мировосприятию. Беззащитным же оставлять такого неженку тоже нельзя. Если пойти по пути психоэлевации, то следует, с одной стороны, повышать самооценку ребенка, а с другой – постепенно разворачивать вектор его внимания вовне, преобразуя эгоцентрические страдания в сострадательность. Пусть переживает не столько за себя, сколько за других, а задача родителей – подсказать ему посильные способы помочь слабым, то есть *активного сострадания*.

В третьем случае в качестве доминанты была названа природная робость в сочетании с гипертрофированным самолюбием. Прямо скажем, гремучая смесь! И нуждается, как минимум, в нейтрализации. (Кстати, если упростить до кратчайшей схемы отнюдь не краткий путь психоэлевации, это будет выг-

лядеть так: недостаток → нейтральное свойство → достоинство.) Не элевируешь такую натуру – может вырасти коварный интриган, этакий «серый кардинал». Если же заниматься психоэлевацией, робость можно возвысить до сдержанности и осмотрительности (безусловного достоинства по современным меркам!), а гипертроированному самолюбию следует предоставить открытую площадку для самоутверждения. Потом же, когда ребенок убедится в своей состоятельности, желательно сориентировать его на покровительство более слабым. А в будущем из него вполне может получиться хороший педагог.

В четвертом случае доминировала болезненная тревожность. Она, естественно, сцеплена с богатой фантазией, которая, впрочем, обладает одним изъяном: материал этой фантазии имеет выраженную негативную окраску. В голове у такого ребенка работает целая «фабрика страхов». Подобные дети часто бывают меланхоликами. И тут вряд ли стоит заниматься глобальной перестройкой личности, пытаясь превратить их в беззаботных весельчаков. А вот элевировать не только можно, но и необходимо, ибо дрожать по любому поводу и без повода – это сущее мучение. И не только для самого ребенка, но и для окружающих. А как он будет портить жизнь себе и своим близким, когда вырастет и у него, во-первых, разовьется фантазия, во-вторых, – появится гораздо больше реальных оснований для тревог! Развитие продуктивной творческой фантазии плюс дополнительная защита, которую ребенок может обрести в религии, представляется нам правильным путем его гармонизации. Только приобщая к религии, необходимо соблюдать большую осторожность, не допуская проявлений кликушества – религиозного психоза.

Ну и, наконец, последний случай – неутоленная жажды лидерства и отчаянная боязнь поражения. Казалось бы, он очень похож на третий, но, в действительности, это более активная или, как принято сейчас говорить, пассионарная натура. Тут боязнь поражения происходит вовсе не от робости (такие дети часто бывают отчаянно храбрыми), а от непомерной гордыни, бешено го самолюбия. В подростковом возрасте это может перерости в гипердемонстративность и проявиться в форме хулиганских выходок вплоть до уголовно наказуемых. В процессе психоэлевации гордец должен получить не только поле для самоутверждения, но и возможность стать реальным успешным лидером в той или иной социальной группе. Только при этом необходимо помнить о его страстной, активной натуре. Быть первым в изостудии или в музыкальной школе – это для него маловато. Убедившись в своей успешности на каком-либо поприще, он должен (в идеале) организовывать собственное дело, что-то возглавить. Если продолжить пример с музыкальной школой, то ему сначала нужно стать первой скрипкой в оркестре, потом дирижером, а потом руководителем *своего* оркестра. Хотя вообще-то последнюю фразу правильнее было бы воспринимать чисто метафорически, так как обычно этих пассионариев с легкостью уязвимым самолюбием влечет отнюдь не сфера искусства...

Говоря о методе драматической психоэлевации, хочется особо остановиться на нашем отношении к сознательной и бессознательной сфере. И в связи с

этим вернуться к психодраме. Психодрама, как и психоанализ, очень зафиксирована на бессознательном, важное место в драматизации отводит снам, ранним психологическим травмам, вытесненным сексуальным переживаниям. Мы же делаем упор на сознание и серхсознание, направляя поведение ребенка в русло традиционной этики. Быть может, это и есть главное, кардинальное отличие нашего метода от метода психодрамы.

Мы исходим из предположения, что при невротической конституции в человеке, как правило, сочетаются богатая, выраженная натура (естество) и слабая, неразвитая, как бы непробужденная личность, что и порождает дисгармонию. Это легко проиллюстрировать на примерах из грузинского языка, где человек как психофизическая особь обозначается словом «каци», а человек как Божественное творение – словом «адамиани», т. е. произошедший от Адама. Так вот: «каци», когда речь идет о невротике, вполне развит и проявлен – иногда даже чрезмерно! – а «адамиани» непропорционально мал.

Такое деление, конечно же, условно, однако оно оказалось весьма удобным как рабочая модель. В лечебных театральных этюдах под общим названием «Хозяин-Собака» натуру олицетворяет собака, а личность – хозяин. Собака мешает хозяину жить, и ему волей-неволей приходится как-то с ней справляться, то есть личность должна научиться укрощать, облагораживать, обуздывать натуру.

Слово «обуздывать» навело нас еще на одно сравнение. Натуру человека, его «нижние этажи», можно представить в виде лошади, а личность, «верхние этажи» – в виде всадника. Психоанализ (а вслед за ним и психодрама) стремится поскорее освободить, распрычь лошадь или уж, во всяком случае, ослабить подпруги. Мы убеждены, что для людей русского культурного ареала такой подход не только не полезен, а даже вреден. Русская культура относится к разряду культур *репрессивных*, то есть таких, в которых низшая чувственная природа человека всячески вытесняется и репрессируется. (Впрочем, многие культурологи и философы считают, что нерепрессивный тип культуры, главенствующий сегодня в странах Западной Европы, приводит общество к катастрофическим изменениям, в частности – к нарушению психики...).

Продолжая сравнение с лошадью и всадником, мы в нашей работе стараемся, наоборот, лошадь приучить к тугим (но не слишком) подпругам, а всадника учим свободно держаться на оседланной лошади и умело ею управлять. В этом случае норовистая лошадь уже не свалит всадника на землю, а окрыленная умной волей седока, помчит его вперед. И достичь такой «кентавр», как нам кажется, может очень многое.

Вообще, грамотно обузданная (а не подавленная!) натура – залог психического здоровья. И это еще один аргумент против теории «свободного воспитания», когда дети, якобы, лучше знают, что им нужно, а что – вредно, когда во главу угла ставится принцип максимальной приближенности к природе и лозунг «Что естественно, то не стыдно».

Хочется сказать несколько слов и о роли художественных образов, метафор в нашей методике.

В отличие от психодрамы, где на сцене вновь переживаются нанесенные травму впечатления, на занятиях по нашему методу травмирующие ситуации и эпизоды не показываются, и вообще реальная жизнь минимально фигурирует в лечебных театральных этюдах. Мы придаем исключительное значение метафорической форме не только как наименее травматичной, но и как наиболее эффективной. В «Книге для трудных родителей» мы уже упоминали мальчика из Армении, из Ленинакана, который во время землетрясения потерялся и не мог несколько дней найти мать. Естественно, он попал к нам в жутком состоянии, со всеми признаками тяжелейшей психотравмы – расстройством сна, плаксивостью, агрессивностью, раздражительностью. Руководствуясь принципами психодрамы, нужно было бы дать возможность восьмилетнему Вите «отыграть» пережитый им стресс. А мы, ни разу ни в каком контексте даже не упомянув о землетрясении, дали Вите возможность на каждом занятии активно участвовать в театральной игре «Собачья планета», где сюжет был смоделирован таким образом, что Витин герой-кукла всякий раз оказывался абсолютным победителем, спасая (к примеру, от потопа на сказочном острове) не только себя, но и остальных «действующих лиц». Интересно, что вскоре, окрепнув психически, мальчик сам, без всяких, даже косвенных, вопросов с нашей стороны, показал с помощью кукол и ширмы страшные ленинаканские события.

Механизм воздействия метафорических образов и вымышленных сюжетов до сих пор остается для нас во многом загадочным. Но мы чувствуем, что сильный терапевтический эффект достигается именно сочетанием нереальных (и часто даже в принципе невозможных в жизни конкретного ребенка) ситуаций, правильно заданной темы и фабулы и присутствия в качестве сюжетных героев вполне реальных людей – прежде всего самого ребенка и его близких.

Вообще же атрибуты кукольного театра, на наш взгляд, являются идеальными инструментами психокоррекции детских неврозов. Спрятавшись за ширму (за стенку, а ведь невротик часто как раз застенчив!) или закрывшись маской (то есть замаскировавшись), говоря от лица куклы и потому не страшась уличения, ребенок получает уникальную возможность целительной исповеди без малейшего психического ущерба для своей и без того хрупкой психики.

Особо следует остановится на используемом нами драматическом материале. Здесь в полной мере раскрываются возможности *индивидуального* лечения в условиях группы. Несмотря на утилитарно-лечебное назначение, и маленькие сценки-этюды, и театрализованные игры, и специальные пьесы пишутся нами, профессиональными драматургами, с соблюдением всех законов данного жанра. Это, как нам представляется, тоже помогает достижению хороших результатов и тоже, кстати сказать, отличает наш метод от классической психодрамы.

Варианты методики для детей младшего (от 4-х до 8-и лет) и старшего (от 9-и до 13-и лет) возраста существенно разнятся. Работа предполагает два этапа. Занятия ведут два специалиста.

**Первый этап – лечебные этюды.** Продолжительность – почти два месяца (восемь занятий по одному в неделю). Театральные сценки разыгрывают как руководители, так и дети вместе с родителями. Частично (в большой степени) это делается по заранее написанным нами сценариям, частично (в гораздо меньшей степени) является импровизацией на заданную тему. Каждое из восьми занятий проходит под знаком той или иной ведущей темы (злоба, обидчивость, страх, лень, застенчивость и т. д.). Кроме того, дети участвуют в специальной театрализованной игре, которая начинается на первом занятии, каждый раз обрывается на самом интересном месте и, наконец, на последнем занятии завершается, вызывая у детей яркие катарсические переживания в finale.

На данном этапе наряду с психокоррекцией нередко происходит и уточнение диагноза. Таким образом, метод драматической психоэлевации одновременно можно рассматривать и как метод дифференциальной диагностики. Например, в таких случаях, как шизофрения, умственная отсталость, задержка развития, органическая травма и т. д.

Нередко первого этапа оказывается вполне достаточно для «приведения в порядок», однако для закрепления достигнутых результатов, а также для более глубокого воздействия в особо сложных случаях мы считаем весьма желательным через некоторое время пройти второй этап.

**Второй этап – лечебный спектакль.** Переходя к краткому его описанию, мы должны сказать, что базируемся на собственной рабочей классификации невротических типажей, в основе которой лежит сходство типологическое, а не сходство в невротической симптоматике. Так, например, дети, страдающие логоневрозом, могут быть отнесены к разным невротическим типажам, и, напротив, ребенок, страдающий энурезом, и ребенок с демонстративным поведением вполне могут относиться к одному и тому же невротическому типажу. Всего у нас их девять. Зная, как сильно художественный образ влияет на психику ребенка, мы облекли эти девять типажей в метафорическую, сказочную форму и сделали их героями своих лечебных пьес.\*

Занятия на втором этапе тоже делятся около двух месяцев (один, а иногда два раза в неделю). Для участия в лечебном спектакле набирается группа в 7–12 человек (это зависит от пьесы) разного возраста и, соответственно, из разных групп первого этапа. Те же два руководителя ведут репетиции, иногда приглашая в помощники профессионального режиссера, и продолжают задавать на дом (под предлогом работы над ролью) индивидуальные лечебные этюды, давая детям уже больший простор для импровизации.

В репетициях участвуют в качестве «артистов» и некоторые родители. Со всеми родителями на этом этапе, как и на предыдущем, регулярно проводятся индивидуальные и групповые беседы.

«Готовый» спектакль показывается родственникам и друзьям участников. Обычно мы устраиваем два-три представления с небольшими временными промежутками. Спектакль, который играется всего-

навсего после десяти или двенадцати репетиций – это, конечно же, сильнейший стресс для детей-невротиков, но они, по нашему замыслу, должны его пережить. Важно, чтобы это переживание было вознаграждено «убедительной победой». Поэтому мы заранее готовим зрителей (их, кстати, не должно быть более 30–40 человек) к правильной реакции: бурным аплодисментам сначала всем артистам, а потом каждому в отдельности, крикам «браво!», преподнесению цветов участникам...

Доминирующая черта, выделенная нами на предыдущем, первом, этапе, доводится в персонаж пьесы до своего гротескного, карикатурного варианта. И вот мы наблюдаем удивительное, в каком-то смысле даже парадоксальное явление: если роль подобрана правильно, то ее «проживание» почему-то помогает ребенку окончательно справиться с патологической доминантой. А парадокс заключается в том, что именно усугубление, окарикатурирование природной невротической типажности ведет к освобождению от этой давлеющей типажности. К концу второго этапа (как правило, непосредственно после спектакля) мы видим, как сквозь типаж пропускает элевированная доминирующая личность. И если сравнить природную типажность ребенка-невротика со стадией гусеницы, то участие в подготовке лечебного спектакля – это стадия куколки, окукливание. А в finale – будто кокон лопается, и из него вылетает бабочка-личность. Окрепшая и окрыленная победой. Как мы это видим? А очень просто: лицо (проекция личности!) преображается.

Наша работа в течение нескольких лет по методу драматической психоэлевации показала, что за короткий срок без психотропных препаратов и лечебного стационара можно активизировать, усилить личность неуравновешенного ребенка настолько, что он сам в состоянии будет справится с патологическими «перекосами» характера.

Во время работы оказывается психокоррекционное и воспитательное воздействие и на родителей. В большинстве случаев это тоже невротизированные, а иногда, увы, – по-настоящему больные люди. Часто удается наладить отношения между отцом и матерью, отцом и ребенком, и уже тем самым облегчить душевное самочувствие последнего.

За 5 лет мы апробировали метод более чем на 500 детях с самыми разными невротическими и прочими пограничными отклонениями психики. И, к нашему счастью, практически не было за все это время случая, – при посещении без регулярных пропусков и до конца цикла, – чтобы ребенок не сдвинулся с места. Собственно, это и дало нам право (а можно сказать – наложило обязанность) написать книгу о своей работе.

Наверное, тем, кто знаком с методом психодрамы, по этому краткому описанию нашей работы, стали понятны и некоторые другие отличия драматической психоэлевации от психодрамы. В классической психодраме во главу угла ставится импровизация, спонтанность. Мы же, особенно на первом этапе, да, в сущности, и на втором (ведь пьеса – это написанный нами, готовый текст) отводим импровизации весьма незначительное место и заботимся о том, что-

\* См. предисловие к пьесе «Волшебный сад»

бы при показе этюдов дети и их родители соблюдали заданные нами сюжетно-смысловые рамки.

Ведущий психодрамы занимает позицию, по формулировке Яака Морено, «незаметного наблюдателя». Наша же позиция по меньшей мере активная, чтобы не сказать главенствующая.

В психодраме исключительно важен принцип «здесь и теперь». Мы не придаем ему такого значения, напротив, огромное значение придаем домашней работе детей с родителями по индивидуальным заданиям.

Только не подумайте, пожалуйста, что авторы – две суровые и грозные «училки», которые мало того, что замучивают детей на занятиях, так еще и дома не дают им пруды. Наши занятия обычно проходят очень весело, дидактика (которую, между прочим, дети, вопреки устоявшемуся мнению, обожают) облечена в интересную сюжетную форму, театрализована, и примерно к третьему занятию даже те ребята, которые ни в чем не желали участвовать, с нетерпением ждут своего «выхода».

Юмор – одно из самых необходимых лекарств для детей-невротиков, которые от природы часто бывают склонны к пессимизму, меланхолии. Однако нельзя забывать и о повышенной ранимости таких детей, поэтому к шуткам нужно относиться очень серьезно, обдуманно, с большой осторожностью, все время заботясь о том, чтобы они каким-то боком не могли задеть, оскорбить.

Эта книга называется «Лекарство – кукольный театр». Так вот: наш, на первый взгляд, такой невинный кукольный театр с тряпичными куклами, простой ширмой и самодельными картонными масками – это сильнодействующее лекарство. Признаться, мы сами не ожидали, что оно окажется настолько силь-

ным. Поэтому и обращаться с ним надо очень осторожно. Не стоит рассматривать эту книгу как эквивалент полноценного обучения нашему методу. Мы, конечно, постарались дать представление о его основах, но очень многое (что вполне естественно, когда речь идет о тонкой, штучной работе) осталось «за кадром». Что-то, с одной стороны, чрезвычайно важное, а с другой – трудно передаваемое в тексте, необходимо увидеть собственными глазами. Кроме того, в сложных случаях безусловно надо работать в тесном контакте с детским врачом-психоневрологом.

Не стоит всерьез относиться к модным сейчас на Западе да и в среде наших специалистов утверждениям насчет «волшебной силы искусства»: дескать, оно само по себе уже психотерапевтично – творческое самовыражение исцеляет больную душу и т. п. Ну, а когда речь заходит о куклотерапии, любят повторять краткую формулу «Куклы лечат». При этомзываются на особую магию куклы и возлагают неоправданно большие надежды, в сущности, на инструмент. Мы работаем с самыми разными куклами (в первый год работы у нас еще не было своей коллекции, и родители приносили из дома совершенно случайные игрушки), ширмой поначалу служило пальто, наброшенное на спинки поставленных рядом двух стульев, помещение тоже было мало приспособленным для таких занятий – и все это не имело собого значения.

Лечат не куклы, а люди. Они же и «выписывают лекарство». И исход лечения зависит не от антуража, а от желания и умения этих людей решить главную задачу: встретиться со сложным душевным миром ребенка и, не упрощая этот мир, сделать его более гармоничным.

## ВЫРАЖЕНИЕ ЭМОЦИЙ СРЕДСТВАМИ ЯЗЫКА В КЛИЕНТОЦЕНТРИРОВАННОЙ РАЗГОВОРНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Пауль Мехериль, Лили Кеммлер

### Краткое содержание

Исследованы десять тридцатiminутных сегментов из сеансов клиентоцентрированной терапии. Темой примерно 90 процентов исследованных единиц разговора являются эмоциональные события. При этом оказывается, что наибольшая часть высказываний имеет своим предметом познавательную составляющую эмоций. Этот результат резко отличается от ожиданиями 32 опрошенных, посредством анкеты, терапевтов (среди них 10 специалистов по разговорной психотерапии). Реальное выражение эмоций в разговорной психотерапии отличается от соответствующего стереотипа, по-видимому, существующего на этом счет в кругах терапевтов. Результаты исследования комментировались на основе неявной теории эмоций в разговорной психотерапии. Оказывается, что имеются явные соответствия. В заключение излагается интегративная модель воздействия нарушение эмоций.

## 1. Рамки исследования

Человек одарен чувствами. Эта одаренность иногда создает трудности. А именно, тогда, когда чувства угнетают. Если угнетенность, пребывание в состоянии угнетенности примет такие масштабы, что ее больше нельзя будет преодолеть «без дополнительных усилий», перенести или игнорировать, то угнетенный человек, возможно, будет искать помощи психотерапевта<sup>1</sup>.

Мы исследовали, с точки зрения различных подходов и методов, сорок таких ситуаций, а точнее, транскрипции сорока тридцатиминутных сегментов психотерапевтических бесед (Kemmler, Schelp & M-echeril, 1991; Mecheril, 1992). Десять сегментов из числа исследованных относятся к разговорной психотерапии, десять – к психоанализу, десять – к рационально-эмотивной терапии и десять – к гештальтерапии.

Сейчас следует в первую очередь изложить те результаты исследования, которые относятся к словесному выражению эмоций терапевтами и клиентами в ситуациях разговорной и клиентоцентрической психотерапии. Эти результаты имеют описательный характер; они показывают, в какой мере и в каких составляющих темой бесед в сеансах разговорной психотерапии становится предмет «эмоция».

Наряду с этими полученными из транскрипций данными наблюдений, имеются результаты опроса психотерапевтов относительно их предположений о том, как они сами и специалисты по разговорной психотерапии словесно выражают эмоции (Schelp, W-egner & Kemmler, 1991). Результаты этого опроса сравниваются с данными наблюдений и увязываются сконцепцией эмоций в разговорной психотерапии.

В заключение мы дадим краткое изложение предложенной Шельпом и Кеммлером (Schelp & Kemmler, 1991) интегративной модели терапии эмоциональных расстройств, чтобы указать на то, какие практические выводы можно извлечь из результатов исследования.

## 2. Метод исследования

Под эмоцией (или чувством) мы понимаем сложное, охватывающее много аспектов явление. Оно охватывает физиологические и познавательные процессы, вместе с субъективно окрашенным восприятием, и сопровождается такими поступками и поведением, которые характерны для определенных эмоциональных состояний и процессов. Эмоции имеют сигнальную функцию, давая индивиду представление о его внутреннем состоянии в данный момент и окружающем его мире. Эмоциональные процессы онтогенетически формируются посредством процессов дифференцирования. Качество и интенсивность эмоционального восприятия определяются фактически протекающими психическими процессами, в первую очередь процессами оценки, которые не обязательно являются сознательными, но могут быть сделаны таковыми.

<sup>1</sup> Когда в данной статье говорится о «психотерапевтах» или «клиентах», всегда имеются в виду также «женщины-психотерапевты» и «клиентки».

На фоне этого понимания Кеммлер и Шельп (Kemmler & Schelp, 1991) разработали систему категорий для классификации эмоционального словаупотребления. Она состоит из пяти главных категорий. По этим категориям классифицируются законченные, осмыслиенные высказывания говорящего (= смысловые единицы или единицы мысли). Различаются следующие главные категории (в конце каждого обозначения категории приводятся два примера кодировки):

1. Неэмоциональные высказывания («cold cognitions»):  
Терапевт: «Не могли бы Вы еще раз обрисовать мне Вашу проблему?»  
Клиент: «Я это сейчас не расслышал».
2. Упоминание субъективного переживания в рамках эмоции:  
Клиент: «Я всегда боюсь, когда иду в город» (2E)  
Терапевт: «Это приводит Вас в бешенство?» (2M)
3. Упоминание эмоционально окрашенных и «горячих», оценочных высказываний («hot cognitions») в рамках эмоции:  
Клиент: «Я неправильно вел себя в отношении Эдит» (3R)  
Терапевт: «Вы разочарованы, что не могли стерпеть это» (3E)
4. Упоминание физиологических реакций в рамках эмоций:  
Клиент: «Во время экзамена я обильно потел» (4R)  
Терапевт: «После спора Вы чувствовали себя напряженно» (4U)
5. Упоминание экспрессивно-инструментального поведения в рамках эмоции:  
Терапевт: «При виде этого Вы ужаснулись» (5R)  
Клиент: «От сильного испуга начинаешь зажиматься» (5M)

Система категорий включает, далее, три подкатегории, относящиеся к главным «категориям эмоций» 2 – 5. Эти подкатегории определяют, посредством каких разговорных обозначений упоминается в высказывании эмоциональное событие. Различаются следующие три подкатегории:

- E: Упоминание эмоции посредством употребления обозначающего эмоцию слова (например, «антагония», «раздражение», «гнев», «доверие»).  
M: Упоминание эмоции посредством косвенного употребления обозначающего эмоцию слова (метафоры).  
U: Упоминание эмоции посредством употребления обозначения класса эмоций или использования неконкретного выражения чувства (например, «чувство», «чувствовать», «ощущать»).

Наряду с дифференцированием главной категории по подкатегориям E, M и U, в категориях 3, 4 и 5 различается дополнительный вариант кодировки: использование категории в «чистой форме» (R).

В таблице 1 приведено 16 возможных вариантов кодировки.

<sup>2</sup> Пояснения к кодовым сокращениям см. в таблице 1.

**Таблица 1. Система категорий для классификации эмоционального словоупотребления в психотерапии**

| Главные категории   | Категория 2<br>Субъективное переживание   | Категория 3<br>Эмоционально окрашенное высказывание («warm or hot cognitions»)   | Категория 4<br>Физиологическая реакция   | Категория 5<br>Экспрессивно-инструментальное поведение  | Категория 1<br>Неэмоциональные высказывания («cold cognitions») |
|---|---|--|--|---|---|
| <b>Подкатегория R</b><br><b>Упоминание в чистой форме</b>   |   | Категория 3R<br>Упоминание эмоционально окрашенного высказывания в чистой форме  | Категория 4R<br>Упоминание эмоциональной физиологической реакции в чистой форме  | Категория 5R<br>Упоминание экспрессивно-инструментального эмоционального поведения в чистой форме                                 |   |
| <b>Подкатегория E</b><br><b>Упоминание Использование слова, обозначающего эмоцию</b>                              | Категория 2E<br>Упоминание субъективного переживания посредством употребления слова, выражающего эмоцию               | Категория 3E<br>Упоминание эмоционально окрашенного высказывания посредством употребления слова, выражающего эмоцию            | Категория 4E<br>Упоминание эмоциональной физиологической реакции посредством употребления слова, выражающего эмоцию            | Категория 5E<br>Упоминание экспрессивно-инструментального поведения посредством употребления слова, выражающего эмоцию            |   |
| <b>Подкатегория M</b><br><b>Упоминание посредством неявного употребления слова, выражающего эмоцию (метафоры)</b> | Категория 2M<br>Упоминание субъективного переживания посредством косвенного употребления слова, выражающего эмоцию    | Категория 3M<br>Упоминание эмоционально окрашенного высказывания посредством косвенного употребления слова, выражающего эмоцию | Категория 4M<br>Упоминание эмоциональной физиологической реакции посредством косвенного употребления слова, выражающего эмоцию | Категория 5M<br>Упоминание экспрессивно-инструментального поведения посредством косвенного употребления слова, выражающего эмоцию |   |
| <b>Подкатегория U</b><br><b>Упоминание посредством употребления неконкретного обозначения класса эмоций</b>       | Категория 2U<br>Упоминание субъективного переживания посредством употребления неконкретного обозначения класса эмоций | Категория 3U<br>Упоминание эмоционально окрашенного высказывания посредством неконкретного обозначения класса эмоций           | Категория 4U<br>Упоминание эмоциональной физиологической реакции посредством неконкретного обозначения класса эмоций           | Категория 5U<br>Упоминание экспрессивно-инструментального поведения посредством неконкретного обозначения класса эмоций           |   |

Сорок тридцатиминутных сегментов психотерапевтических бесед исследовались с помощью системы категорий. Интересующие нас здесь сегменты из десяти клиентоцентрических сегментов бесед были разбиты на 2738 смысловых единиц. Только 2074 смысловые единицы (75,8 %) представляют собой высказывания клиентов, и, следовательно, 664 смысловые единицы (24,2 %) представляют собой высказывания терапевтов. Осредненная по различным по-

казателям достоверность классификации смысловых единиц каппа достигает величины 0,51, что соответствует в процентном выражении 74,8 и может быть названа удовлетворительной (подробности см. в публикации Kemmler et al., 1991, стр. 15ff, и Dickmann & Rehms, 1987).

На основе системы категорий была разработана анкета, которая, аналогично системе категорий (ср. табл. 1), охватывает предположения двадцати трех

психотерапевтов (7 женщин и 25 мужчин), представляющих пять школ, о выражении эмоций средствами языка в психотерапии ( подробное описание анкеты и ее применения содержится в публикации Kemmler et al., 1991, стр. 72ff, и приложении на стр. 163ff, а также публикации Wernet, 1987). Что касается терапевтов, то по своему образованию и самосознанию среди них было десять специалистов по разговорной психотерапии, шестеро психоаналитиков, пятеро представителей рационально-эмотивной терапии, восемь гештальт-терапевтов и пятеро специалистов по терапии поведения. Средний стаж профессиональной деятельности составлял среди всех опрошенных терапевтов 10,5 лет. Среди прочего, терапевтов опрашивали об их предположениях, как в сеансах разговорной психотерапии словесно выражаются эмоции: сколько, по мнению опрашиваемых, делается неэмоциональных и эмоциональных высказываний, какие аспекты эмоций и посредством каких обозначений (слова, обозначающие эмоции, метафоры, неконкретные обозначения классов) упоминаются.

Интересующие нас в этом исследовании данные происходят, таким образом, из трех источников, которые следует сейчас рассмотреть:

- a. С помощью изложенной в табл. 1 системы категорий было исследовано десять сегментов бесед из сеансов клиентоцентрической психотерапии (и по десять сегментов из бесед психоаналитиков, рационально-эмотивных терапевтов и гештальт-терапевтов).
- b. С помощью анкеты двадцать три терапевта, представляющих различные школы психотерапии, были опрошены об их предположениях относительно того, с какой частотой словесные высказывания, делаемые во время сеансов разговорной психотерапии (и других школ терапии), попадают в представленные в таблице 1 категории.
- c. Среди двадцати трех опрошенных терапевтов было десять специалистов по разговорной психотерапии, так что имеются данные о понимании специалистами по разговорной психотерапии того, как словесно описывается эмоциональное событие в сеансах клиентоцентрической терапии.

### 3. Результаты исследования

#### 3.1. Результаты применения системы категорий (результаты наблюдений)

Первый результат заключается в том, что доля неэмоциональных высказываний (категория 1) в десяти исследованных разговорах очень низка, и составляет 12 процентов у специалистов по разговорной психотерапии и 7 процентов у клиентов, получающих сеанс разговорной психотерапии. При мерно 90 процентов всех высказываний, которые делаются в исследованных сеансах разговорной психотерапии, попадают в «категории эмоций» (категории 2 – 5).

Аналогичные результаты получены также для разговоров психоаналитиков, рационально-эмотивных терапевтов и гештальт-терапевтов. Однако в четы-

рех сеансах классической терапии поведения, в одном предварительном исследовании, видна другая картина: около 65 процентов всех высказываний специалистов по терапии поведения попадают в категорию 1 (= неэмоциональные высказывания; ср. Kemmler et al., 1991, стр. 44).

В таблице 2 приведена относительная частота, с которой высказывания терапевтов в исследованных сеансах разговорной психотерапии должны приписываться отдельным категориям<sup>3</sup>.

Таблица 2

| Частота, с которой высказывания специалистов по разговорной психотерапии попадают в используемые в исследовании категории (в процентах, N=10) |        |        |        |        |        |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|
|   | Кат. 1 | Кат. 2 | Кат. 3 | Кат. 4 | Кат. 5 |
| Сумма   | 12,05  | 6,27   | 80,2   | 0,17   | 1,32   |
| R   | –      | –      | 62,78  | 0      | 1,14   |
| E   | –      | 4,02   | 5,6    | 0      | 0      |
| M   | –      | 0,95   | 1,48   | 0      | 0,12   |
| U   | –      | 1,3    | 10,34  | 0,17   | 0,06   |

Из таблицы 2 следует, что большинство высказываний терапевтов попадают в категорию 3 («горячие высказывания»), а точнее, в категорию 3R (упоминание оценочных составляющих эмоционального события в «чистой форме»). Аналогичная картина видна для поведения в разговоре клиентов. Их высказывания также в подавляющем числе случаев попадают в категорию 3R. В таблице 3 приведены относительные частоты, с которыми высказывания клиентов могут быть приписаны отдельным категориям.

Таблица 3

| Частота, с которой высказывания клиентов попадают в используемые в исследовании категории (в процентах, N=10) |        |        |        |        |        |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|
|   | Кат. 1 | Кат. 2 | Кат. 3 | Кат. 4 | Кат. 5 |
| Сумма   | 7,41   | 4,67   | 85,83  | 0,61   | 0,38   |
| R   | –      | –      | 76,01  | 0,46   | 1,22   |
| E   | –      | 2,36   | 3,26   | 0,02   | 0,14   |
| M   | –      | 1,25   | 1,16   | 0,01   | 0,12   |
| U   | –      | 1,06   | 5,4    | 0,12   | 0      |

<sup>3</sup> Относительные частоты рассчитываются в пересчете на одни транскрипт. В пересчете на один транскрипт устанавливается также соотношение между числом высказываний терапевта, которые следует отнести к некоторой категории, и общим числом высказываний (единиц мысли) терапевта. Приводимые здесь значения указывают средние относительные частоты для десяти исследованных «разговорных» психотерапевтов. Аналогичные соображения справедливы для приведенных на рис. 2 значений для клиентов.

### 3.2. Данные анкетирования терапевтов (результаты опроса)

К двадцати трем опрошенным психотерапевтам обратились с просьбой указать в процентах, какую долю высказывания типичного представителя какой-нибудь школы психотерапии (психоанализа, рационально-эмотивной психотерапии, разговорной психотерапии, гештальт-терапии, терапии поведения) следует отнести к главным категориям (категории 1 – 5) вышеописанной системы категорий. На рис. 1 приведены сообщенные опрошенными данные (в процентах) о частоте, скоторой, по их мнению, высказывания специалистов по разговорной психотерапии попадают в категории 1 – 5.

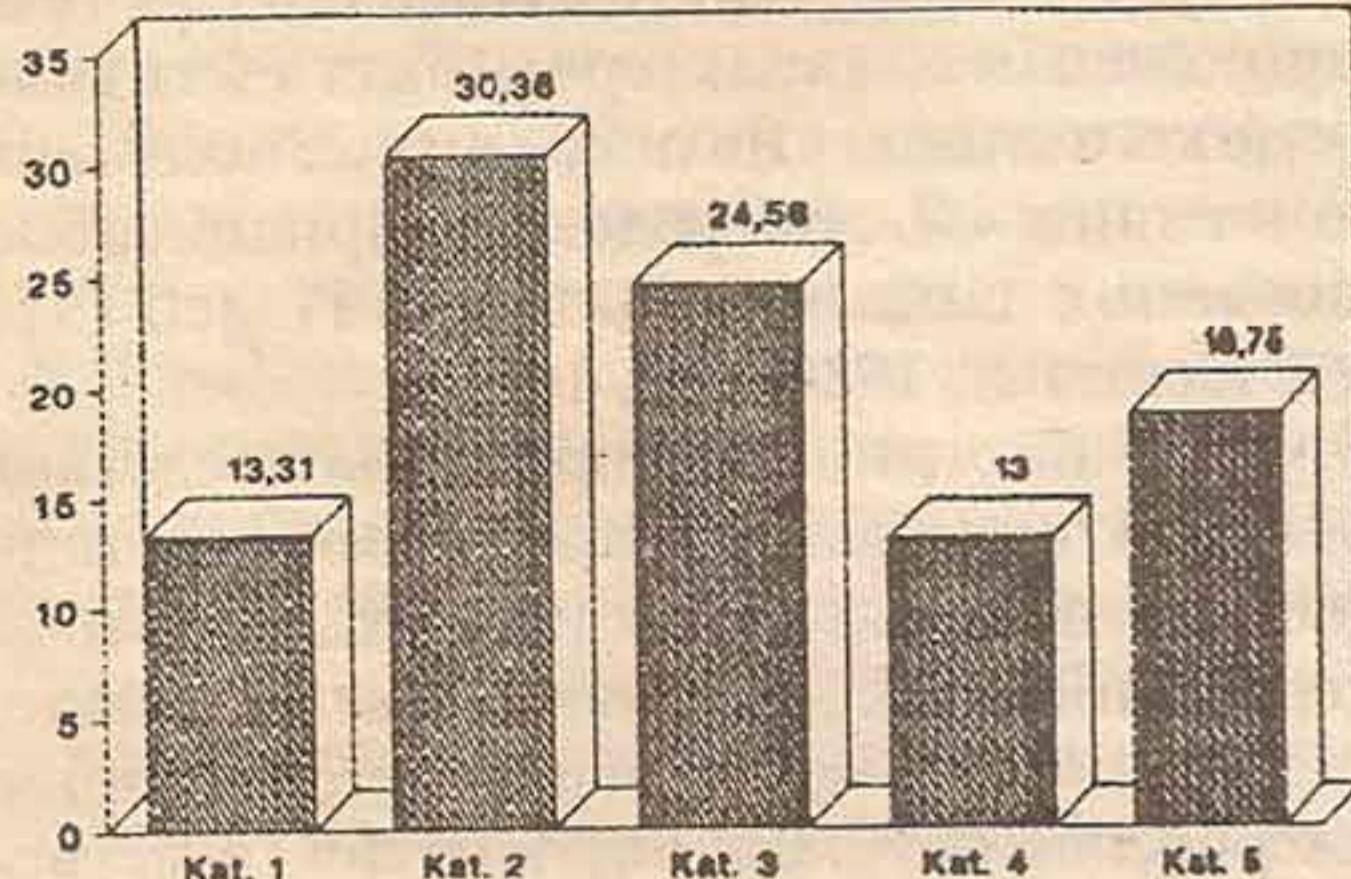


Рис. 1. Данные, сообщенные 32 опрошенными терапевтами об ожидаемой ими частоте, с которой высказывания специалистов по разговорной психотерапии попадают в категории 1 – 5.

Среди двадцати трех опрошенных психотерапевтов было десять специалистов по разговорной психотерапии (семеро мужчин и трое женщин). Предположения этих терапевтов о словесном выражении эмоций в сеансах психотерапии «типичными» специалистами по разговорной психотерапии приведены на рис. 2. Для сравнения этих результатов опроса с результатами, полученными путем применения системы категорий к десяти исследованным транскрипциям сеансов разговорной психотерапии (ср. 3.1), эти результаты также приведены на рис. 2. Следует, однако, обратить внимание на то, что терапевты, которых опрашивали об их предположениях, только частично идентичны с теми, терапевтические беседы которых исследовались.

При сравнении различий между величинами, полученными путем наблюдения и путем опроса, с помощью теста Уилкоксона-Уайта оказывается, что они значительны в категориях 2, 3, 4 и 5; различие между величинами в категории 1 незначительно.

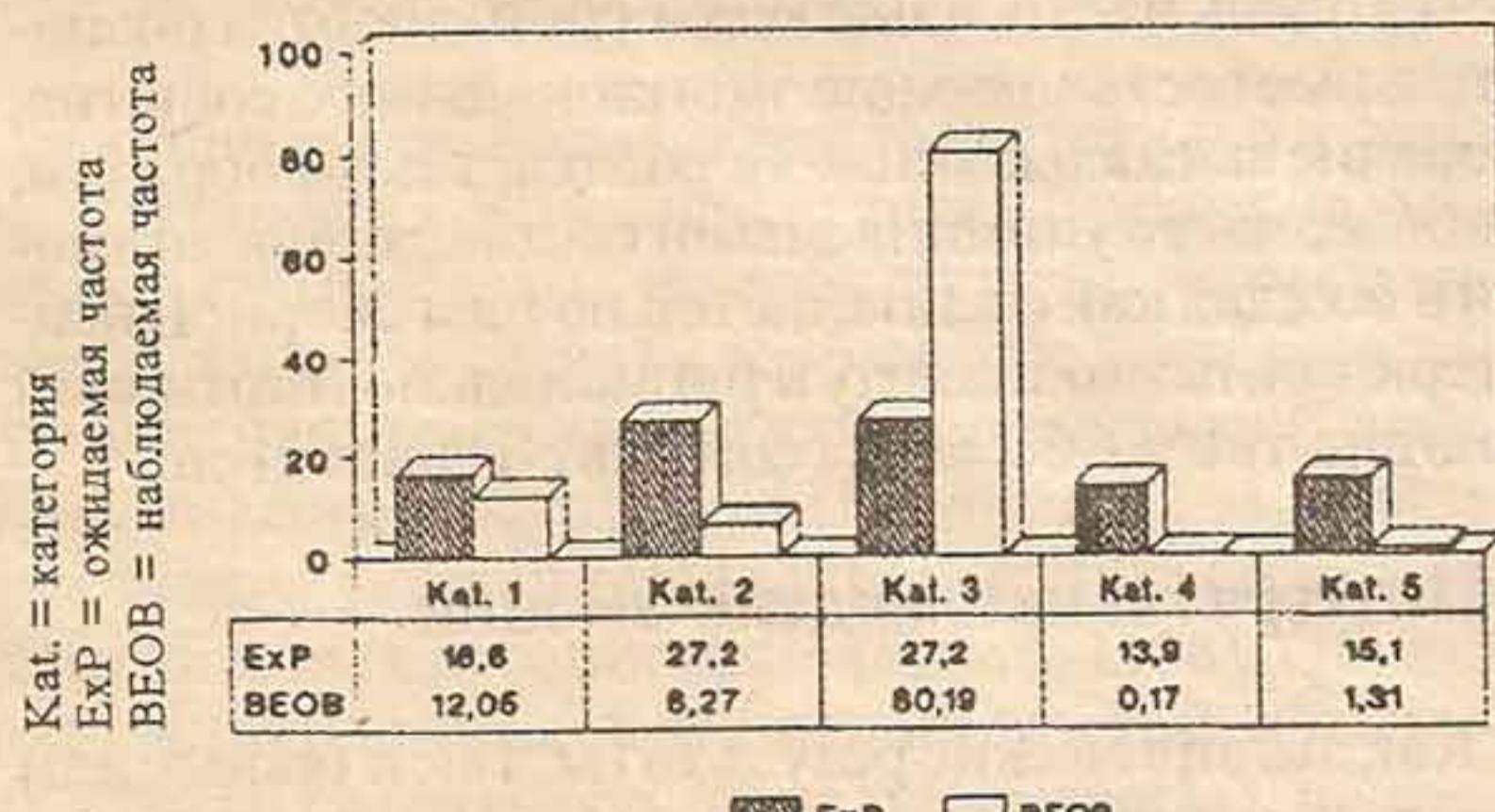


Рис. 2 Сравнение ожидаемых опрошенными специалистами по разговорной психотерапии и наблюдавших частот, с которыми высказывания «разговорных» психотерапевтов, сделанные во время терапевтических бесед, попадают в категории 1 – 5.

### 4. Комментарий к результатам и их связь с концепцией эмоций в разговорной психотерапии

Наши результаты по словесному выражению эмоций в клиентоцентрических беседах ясно показывают, что эмоции представляют собой центральный объект ситуаций взаимодействия в разговорной психотерапии: приблизительно 90 процентов всех высказываний в исследованных нами транскрипциях сеансов психотерапии имели своим предметом эмоциональное событие. В аналогичной степени этот результат справедлив также для бесед, относящихся к трем другим направлениям психотерапии (психоанализу, рационально-эмотивной психотерапии и гештальт-терапии) (см. Kemmler & Rehms, 1991, стр. 38ff). Эти результаты можно рассматривать как указание на то, что терапия психических расстройств в первую очередь состоит в терапии эмоциональных расстройств. Это точка зрения, которая после долгого пренебрежения объектом «эмоция» в психотерапевтических исследованиях и клинической психологии вообще приобретает, по-видимому, все большее сторонников (ср. Greenberg & Safran, 1987; Tausch, 1987; Schelp & Kemmler, 1988; Kruse, 1991).

Когда эмоциональное событие становится темой сеанса разговорной психотерапии, то в подавляющем большинстве случаев упоминается познавательная составляющая эмоций (ср. табл. 2 и 3). Примерно в 80 процентах высказывания специалистов по разговорной психотерапии и 85 процентах высказываний клиентов в сеансах разговорной психотерапии темой становятся оценочные («горячие») высказывания. Это результат, который не соответствует ни предположениям специалистов по разговорной психотерапии, ни предположениям психотерапевтов других школ (ср. рис. 1 и 2). При объяснении этого расхождения между результатами наблюдений, полученными с помощью системы категорий, и результатами опроса, полученными с помощью анкеты (ср. рис. 2) следует ограничительно заметить, что, во-первых, рассмотренные при опросе выборки относительно малы, а опрошенные терапевты лишь частично идентичны тем, терапевтические беседы которых мы исследовали. Несмотря на эти ограничения, мы считаем, что представленное исследование ведет к интересным результатам. Расхождение между результатами наблюдений и опросов можно понять только следующим образом: в своих ожиданиях относительно обращения терапевтов их собственной школы или других направлений с объектом «эмоция» психотерапевты прибегают к стереотипам, свойственным соответствующей терапевтической школе (Schelp et al., 1991). Сравнение результатов наблюдений с результатами опросов предлагает следующий стереотип для (собственного) поведения специалистов по разговорной психотерапии: специалисты по разговорной психотерапии очень часто делают темой беседы эмоциональное событие; когда они делают темой беседы эмоциональное событие, то примерно по одной трети своих высказываний они посвящают упоминанию субъективных, связанных с качествами переживания составляющих и познавательных составляющих эмоционального события, а оставшую

юся треть используют примерно поровну для того, чтобы сделать темой беседы физиологические или поведенческие аспекты эмоционального события.

Результаты наблюдений согласуются с собранными при опросе предположениями терапевтов в отношении общей степени, в которой эмоциональное событие делается темой беседы в ситуациях разговорной психотерапии, однако не согласуются со степенью, в которой упоминаются отдельные составляющие или аспекты эмоционального события. Порядковое место, которое специалисты по разговорной психотерапии присваивают оценочным высказываниям, явно занижено. Соответственно частота других составляющих эмоционального события завышена.

Как связаны теперь результаты исследования с теоретическими положениями разговорной психотерапии о предмете «эмоция»?

При попытке ответить на этот вопрос оказалось, что в разговорной психотерапии имеется неявная теория эмоций. Теоретические представления о возникновении и поддержании эмоций в рамках теории разговорной психотерапии можно восстановить по различным работам Роджерса (Rogers, 1985, 1959, 1961). Это сделано Шельпом (Schelp, 1985, стр. 232ff), а также Шельпом и Кеммлером (Schelp & Kemmler, 1988, стр. 105ff) (там имеются также более обширные данные). Фундаментальной потребностью человека Роджерс (Rogers, 1951) считает потребность в самореализации, то есть в развитии собственных способностей, в стремлении к ответственности за самого себя и за самореализацию. Поведение человека находится на службе потребности в самореализации в том смысле, что оно (целе)направлено на удовлетворение этой потребности. Роджерс определяет роль эмоций следующим образом:

«Эмоции сопровождают такое целенаправленное поведение и обычно облегчают его. При этом характер эмоций зависит от того, находится на переднем плане поисковый или воплощающий аспект поведения, а интенсивность эмоции зависит от воспринимаемого значения поведения для содержания и развития организма» (Rogers, 1951, стр. 493).

Это высказывание можно рассматривать как ядро роджерсовской концепции эмоций. Из него и соответствующих работ Роджерса можно, если считать известными основы роджеровской теории личности, извлечь важные определяющие признаки теории эмоций в разговорной психотерапии. Интересные для нас в данной связи аспекты можно обозначить так:

- Эмоции понимаются как явления, связанные с опытом организма и сопровождающие целенаправленное поведение.
- Эмоции возникают в не обязательном осознанном процессе оценки, который показывает, как соотносятся между собой концепция «Я» и опыт.
- Качество эмоций зависит от того, на какой стадии удовлетворения потребности находится индивид; интенсивность эмоций зависит от того, насколько важным считает индивид осуществляющее в данный момент поведение для удовлетворения основных потребностей.
- Различают два вида эмоций: страх и «нормальные» эмоции. Страх как субъективный коррелят

состояний физиологического и психологического напряжения возникает, когда имеется несоппадение между концепцией «Я» и опытом, а «нормальные» эмоции – когда такое совпадение имеется.

– Функция эмоций состоит в том, что они информируют о состоянии структуры личности; эмоции – это сигналы, сообщающие о степени удовлетворения потребности, и, тем самым, о необходимости дальнейшего целенаправленного поведения.

Для понимания эмоций с точки зрения разговорной психотерапии по Роджерсу очень важны процессы оценки. «Эти оценки относятся к тому, в какой степени чувственный или телесный опыт, в том числе эмоционального характера, может быть включен в гибкую концепцию «Я» посредством ассоциации, или концепция «Я», посредством приспособления, согласована с данными опыта (ср. Piaget, 1970) (Schelp & Kemmler, 1988, стр. 108).

Внутренние оценочные процессы представляют собой – если принять широкое понимание понятия «познание» – познавательные процессы. На этом фоне роджеровский процесс можно понимать как подход с упором на познания. Это выражается, например, и в роджеровском определении понятия «чувство» (*«feeling»*). Под «чувством» Роджерс понимает «эмоцию, но также и познавательное содержание значения этой эмоции в ее поле опыта. Оно относится поэтому к единству эмоции и познания как они непосредственно воспринимаются в данный момент» (Rogers, 1959, стр. 198, цитируется по публикации Schelp, 1985).

В отношении исследованных транскрипций сеансов разговорной психотерапии оказывается, таким образом, что наблюдаемое большое число оценочных высказываний, которое делают как специалисты по разговорной психотерапии, так и их клиенты, соответствует познавательной точке зрения, лежащей в основе роджеровской концепции эмоций.

Познавательная точка зрения неявно лежит также в основе терапевтических теорий и концепции лечения в психоанализе и гештальт-терапии и явно – в основе концепции лечения в рационально-эмотивной терапии (Schelp & Kemmler, 1988).

На этом фоне неудивительно, что и в транскрипциях сеансов психоанализа, рационально-эмотивной терапии и гештальт-терапии в случаях, когда темой сеанса становится эмоциональные процессы, что случается очень часто, чаще всего упоминаются познавательные составляющие эмоционального события. «Горячие высказывания» являются, таким образом, наиболее часто упоминаемыми составляющими эмоций в беседах как специалистов по разговорной психотерапии, психоанализу и рационально-эмотивной терапии, так и в беседах гештальт-терапевтов.

## 5. Интегративная модель эмоций

Как эмпирические результаты, так и (явные или неявные) концепции эмоций в рассмотренных здесь школах психотерапии указывают на то, что познавательные оценки представляют собой общую отправную точку для терапии субъективно угнетаю-

щих эмоций. Поэтому естественно усиленно стремиться к концептуальному прояснению познавательных процессов и структур как отправной точки для терапии субъективно угнетающих эмоций. Это пытались сделать Шельп и Кеммлер (Schelp & Kemmler, 1988). Авторы на основе совпадений, имеющихся в положениях теорий различных терапевтических школ о предмете «эмоция», строят интегративную модель терапии эмоциональных расстройств, которую следует здесь изложить. Исходным пунктом построенной модели является трансакционное, системно-теоретическое понимание взаимодействия различных обрабатывающих информацию структур и процессов при возникновении эмоций.

Следует сформулировать три общих цели воздействия на эмоции, которые могут способствовать интеграции различных терапевтических подходов: «Во-первых, улучшение восприятия, распознавания, а также признания (в смысле принятия) собственных чувств; во-вторых, регулирование интенсивности эмоций в направлении уменьшения субъективной нагрузки и/или непротиворечивости по отношению к некоторой общественной норме, и, в-третьих, качественное изменение определенных чувств, также в направлении уменьшения угнетенности, или социальной терпимости» (Schelp & Kemmler, 1988, стр. 144).

Исходная точка изменения субъективно угнетающих эмоций состоит активизации познавательных структур. В связи с центральной ролью познавательных систем для психических процессов и ограниченностью эмоциональных и познавательных процессов, в каждой терапии эмоциональных расстройств речь должна идти (также) о воздействии на процессы интерпретации, оценки и принятия решений в познавательной системе. Эмоциональные расстройства возникают, преимущественно, тогда, когда люди не имеют в своем распоряжении никаких познавательных концепций, схем или планов для внутренних психических или внешних событий.

На этом фоне под центральными отправными точками терапевтического воздействия на эмоции можно понимать следующие: а) активизацию познавательных структур, б) осознавание имеющихся эмоций, в) дифференцирование возможностей восприятия, переживания и поведения, г) изменение оценок.

#### *a) Процессы активизации познавательных структур*

Активизацию познавательных структур можно рассматривать как исходную точку изменения эмоций. Можно различать невербальные (например, живопись, танец, музыка) и вербальные методы активизации: например, метод «думания вслух» (Lauth, 1984), видео-реконструкции (Davidson et al., 1983), «Streaming» («текущее») (Mahoney, 1985) или «метод свободных ассоциаций» (Freud, 1938). Общий принцип этих методов заключается в том, что клиент должен привыкнуть к производству, по возможности без какой-либо фильтрации, познавательных процессов (к «потоку сознания»), связанных с определенными эмоциями. Наряду с этими, скорее, прямыми методами активизации познавательных

представлений, можно также использовать все методы активизации переживаний, например, вербализацию эмоционального содержания переживаний (Tausch, 1970) или фокусирование (Gendlin, 1974).

#### *б) Процессы осознавания имеющихся эмоций*

Эта стратегия имеет своей целью внести в терапевтический процесс все эмоциональные явления, которые встречаются во время соответствующего сеанса терапии. Здесь имеют место экспрессивные, конфронтационные и очищающие методы. В качестве важных аспектов осознавания эмоций можно назвать следующие: работа «здесь и сейчас» (возникающие эмоциональные колебания клиента мгновенно становятся темой беседы); допущение эмоций клиента в качестве осмысленной точки отсчета сложной системы в терапевтической ситуации; катарсис, понимаемый как «завершение (полное или частичное) ранее затрудненное или прерванной последовательности самовыражения» (Nichols & Efran, 1985, стр. 55); конфронтация клиента в терапевтической ситуации со своими эмоциями. В этом смысле стратегии вербализации также можно назвать конфронтационными методами. Эти конфронтации можно использовать для того, чтобы показать клиенту на его собственном опыте, что отрицательные эмоции можно выдержать, и что достижению цели не поможет, если дать страху перед угнетенностью («discomfort anxiety», или «симптоматический стресс», Ellis, 1980) руководить действиями.

#### *в) Процессы дифференцирования возможностей восприятия, переживания и поведения*

Посредством процессов дифференцирования клиент может расширить свои ограниченные возможности восприятия. Одновременно они поощряют его готовность приобрести новый эмоциональный, познавательный, поведенческий и телесный опыт.

При возрастании способности клиента к дифференцированию предоставляется возможность воспользоваться методами, основанными на воображении. Последовательное представление себе ситуаций или событий, которые переживаются как угрожающие, угнетающие или невыносимые, может привести к тому, что клиенты разовьют адекватные концепции (схемы) ситуаций или событий. С помощью основанных на воображении методов, а также методов «experiencing» («узнавания по опыту») (Gendlin, 1981), можно повысить способность индивида к асимиляции, и тем самым изменить интенсивность и качество угнетающих эмоций.

#### *г) Процессы изменения шаблонов оценки и убеждения*

Перемена в основных установках клиента является предпосылкой изменения чувств и поведения. Такую перемену можно вызвать различными действиями, общая основа которых заключается в том, что клиент верит в действенность используемого метода, а метод воздействует на центральные основные убеждения клиента. Такие процессы оценива-

ния рассматриваются в теоретических построениях различных направлений психотерапии как условие осуществления эмоциональных расстройств. «Спор принципа наслаждения и принципа реальности в психоанализе, организменный процесс оценивания в разговорной психотерапии, ученые оценки событий в терапии поведения Вольпе, оценки состояния поля организма или окружающей среды в гештальт-терапии и «иррациональные» шаблоны оценки рационально-эмотивной терапии, – все эти оценки сводятся к тому, как индивид оценивает совершенно личное значение, которое он присваивает определенным событиям или следствиям событий (= состояниям)» (Schelp & Kemmler, 1988, стр. 163).

Типы оценки, лежащие в основе эмоциональных расстройств, можно определить как субъективные мета-оценки, личные парадигмы (DiGiuseppe, 1986) или организующие стержневые принципы (Meichenbaum & Gilmore, 1984).

Махони (Mahoney, 1974) указывает шесть возможных способов изменения оценок: осознание и конкретизация оценок, установление связи между оценкой и другими познавательными структурами, принятие клиентом «терапевтического объяснения».

частое повторение, усиление в смысле оперативного кондиционирования, совершение поступков, которые находятся в соответствии с новым желаемым жизненным правилом.

**В заключение**, укажем, что кратко описанные здесь способы рассмотрения общих рамок воздействия на познавательные процессы и структуры показывают, какое воздействие лежит в основе изменения угнетающих эмоций. По ту сторону языковых привычек, посредством которых терапевты выражают свои терапевтические взгляды и стратегии, эти способы явно или неявно применяются во многих терапевтических методах и допускают применение в рамках многих направлений психотерапии. В связи с этим напомним, что Райнхард Тауш уже убедительно указал для клиентоцентрированной терапии на связь эмоций и высказываний (Tausch, 1987), а также на важность включения познавательных подходов в клиентоцентрированный процесс (Tausch, 1988). В целом, в рамках разговорной психотерапии различным образом (например, Wexler, 1974; Bommert, 1987; Pavel, 1989) проявляется стремление учитывать более сложную познавательную и системную точку зрения.

## LITERATUR

- Bommert, H. (1987<sup>4</sup>). *Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Theorie. Praxis. Forschung.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Davison, G. C., Robins, C., & Johnson, M. C. (1983). *Cognitive Therapy and Research*, 7, 19–40.
- Dickmann, Ch., & Rehms, W. (1987) *Emotionen in der Psychotherapie*. Unveröffentl. Diplomarbeit, Westfälische Wilhelms-Universität Münster.
- Di Giuseppe, R. (1986). *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*. 23, 639–643.
- Ellis, A. (1980). *Rational Living*. 15, 25–30.
- Freud, S. (1938) *Abriss der Psychoanalyse. Gesammelte Werke Band XVII*. London: Imago.
- Gendlin, E. T. (1974). In: D. A. Wexler & L. N. Rice (Hrsg.), *Innovations in Client-Centered Psychotherapy*. New York: Wiley.
- Gendlin, E. T. (1981). *Focusing*. New York: Bantam Books.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy. Affect, cognition and the process of change*. New York: Guilford Press.
- Kemmler, L., Schelp, T., & Mecheril, P. (1991). *Sprachgebrauch in der Psychotherapie. Emotionales Geschehen in vier Therapieschulen*. Bern: Huber.
- Lauth, G. (1984). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*. 13, 18–38.
- Mahoney, M. J., & Freeman, A. (Hrsg.) (1985). *Cognition and Psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Mecheril, P. (1992) *Wie und worüber gesprochen wird – Entwicklung und Anwendung einer Beschreibungssprache zur Untersuchung psychotherapeutischer Gespräche auf der Ebene von thematischen Gesprächseinheiten*. Münster: Waxmann.
- Meichenbaum, D. E., & Gilmore, J. B. (1984) In: K. Bowers, & D. Meichenbaum (Eds.), *The unconscious reconsidered*. New York: Wiley.
- Nichols, M. P., & Efran, J. S. (1985). *Psychotherapy. Theory. Research and Practice*. 22 (1) : 46–58.
- Piaqet, J. (1970). In: P. Mussen (Ed.), *Carmichael's manual of child psychology*. New York: Wiley.
- Pavel, P. G. (1989). In: GWG (Hrsg.), *Jahrbuch für personzentrierte Psychologie und Psychotherapie*. Salzburg: Otto Müller.
- Rogers, C. R. (1951) *Client-Centered Therapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Rogers, G. R. (1959) In: S. Koch (Ed.), *Psychology: A Study of a science*. New York: McGraw Hill.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Schelp, T. (1985) *Emotionen und Psychotherapie. Zur Anwendung der Emotionspsychologie in der Psychotherapie*. Dissertation, Münster.
- Schelp, T., & Kemmler, L. (1988). *Emotion und Psychotherapie. Ein kognitiver Beitrag zur Integration psychotherapeutischer Schulen*. Bern: Huber.
- Schelp, T., Wernet, M., & Kemmler, L. (1991). In: L. Kemmler, T. Schelp, & P. Mecheril, *Sprachgebrauch in der Psychotherapie. Emotionales Geschehen in vier Therapieschulen*. Bern: Huber.
- Tausch, R. (1970) *Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Tausch, R. (1987). *GMG-Zeitschrift*. 18, 28–34.
- Tausch, R. (1989). In: GWG (Yrsg) *Jahrbuch für Personzentrierte Psychologie und Psychotherapie*. Salzburg: Otto Müller Verlag.
- Wernet, M. (1987) *Der sprachliche Umgang mit Emotionen und Kognitionen in der therapeutischen Sitzung aus der Sicht von Therapeuten verschiedener Schulrichtungen*. Unveröffentl. Diplomarbeit., Westf. Wilhelms-Universität Münster.
- Wexler, D. A. (1974). In: D. A. Wexler, & L. N., Rice (Hrsg), *Innovations in Client-Centered Therapy*. New York: Wiley.

# ПСИХИАТРИЯ И ПРАВА ЧЕЛОВЕКА

Ниже публикуются два доклада немецких коллег с VIII цикла образовательной программы НПА «Социальная работа в психиатрии и права человека», в рамках которого была проведена конференция «Психиатрия и права человека» (12 апреля 1996 г.), а также два доклада с симпозиума НПА «Тенденции развития российской психиатрии: роль НПА» в рамках 149-ого съезда Американской психиатрической ассоциации (9 мая 1996 г.).

Хотя все эти работы не претендуют на всестороннее освещение темы и сделаны в разных ключах, их помещение в одной рубрике позволит читателю самостоятельно оценить возможности дальнейшего развития темы, ждущей своих исследователей. Сравнительный анализ общих и своеобразных проявлений и тенденций развития различных аспектов психиатрической науки и практики в тоталитарных, посттоталитарных и демократических странах представляется наиболее плодотворным.

## ПСИХИАТРИЯ В III-ем РЕЙХЕ И ГДР

### КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ ИСТОРИИ НЕМЕЦКОЙ ПСИХИАТРИИ

*На пути к признанию человеческого достоинства психических больных*

Клеменс Дикхофер, Бонн

#### 1. Введение

Истоки представлений об образе врача в христианской цивилизации Запада уходят в традицию дохристианских времен. Так, мы видим близкую позицию врача и священника уже у древнегреческого натуралиста Эмпедокла из Акраганта (ок. 500 – 430 до н. э.) [4, с. 132 (146)], который в драме Эсхила (ок. 525 – 456 до н. э.) «Эвмениды» сливается с фигурой Аполлона, выступая как *латромантис* (Эсхил, «Эвмениды» 62) [1], как прорицатель и как врач.

Если взять эту основополагающую идею в качестве исходного постулата нашего рассмотрения вершин и падений немецкой психиатрии, то совершенно справедливо можно заключить, что досократический врач относится к категории «*homines bonaे voluntatis*» (люди доброй воли), как это представил Вернер Лайбранд в работе «О правах человека душевнобольных» (1946) [9, с. 22]. Здесь можно провести далее параллель от античности до медицинской антропологии Виктора фон Вайцзекера (1886 – 1957), с идеями которого можно познакомиться в его книге «Патософия» (1956) [13, с. 7]. Однако при таком рассмотрении каждого человека необходимо считать моральным существом.

Между тем, после многих веков связи теологии и медицины – вспомнить хотя бы монашескую медицину или милосердные устремления Святой Елизаветы Тюринской – наступило коренное разделение. По мере утверждения секуляризации в эпохи рационализма и просвещения медицина тоже становится на-

укой, «лишенной произвольных и необоснованных предпосылок» (В. Лайбранд, «Божественный жезл Эскулапа») [8, с. 400].

#### 2. К вопросу о правах человека в период развития психиатрии

Хотя в век ренессанса все громче становился призыв к «*чото ипico*», психически больным потребовалось еще более трех столетий, чтобы и для них встал вопрос о достойной человеческой жизни. Правда, были и немногие отдельные исключения милосердного обращения.

В эпоху позитивизма, наконец, и врачу-психиатру раннего закала приходится определять свое положение как в практической работе, так и в научных исследованиях, ориентируясь на заботу о психически больном человеке. Так, для этого раннего поколения врачей-психиатров XIX столетия существовали вполне реальные исторические образцы обращения с душевнобольными, накопленные в европейской истории психиатрии. В этой связи можно упомянуть усилия по улучшению судьбы душевнобольных и созданию «Casa de Orates» отцом Хорфе (Padre Jorfe) (1350 – 1417) в Валенсии в 1410 году, милосердные деяния Винценца фон Пауля (Vinzenz von Paul) (1581 – 1660) [10] или известная ликвидация Филиппом Пинелем (Philippe Pinel) (1745 – 1826) цепей в парижском убежище для психических больных Сальпетриер в 1792 году.

Таким образом, одновременно со все возрастаю-

шим ослаблением магического окружения человека под влиянием распространения рационализма и просвещения в немецкоязычных странах также должны были постепенно изменяться и безотрадные условия существования душевнобольных, построенные по принципу тюремного заключения.

Здесь прежде всего следует назвать защитника гуманного метода обращения с душевнобольными Иоганна Готфрида Лангерманна (Johann Gottfried Langermann) (1768 – 1832), возглавлявшего приют для душевнобольных в г. Байройте. Для него расцвет рационализма был связан прежде всего с использованием психологических методов по отношению к душевнобольным. Некоторые картины болезней, где отмечались органические нарушения, связывались теперь с психическими причинами. Лангерманн принял требуемое Георгом Эрнстом Штальсом (Georg Ernst Stahls) (1660 – 1734) разделение между органическими и функциональными душевными расстройствами и стал покровителем гуманного метода в быстро развивающейся науке о душевых болезнях. Позднее виталист Иоганн Кристиан Райль (Johann Christian Reil) (1759 – 1813), преподававший в г. Галле, а позднее на кафедре в Берлине, и которому мы благодарны за термин «психиатрия», клеймил позором практиковавшиеся до этого чудовищные методы обращения с душевнобольными, когда под сырьми подвальными сводами едва ли можно было увидеть хотя бы одно радостное лицо. Райль, происходивший из Восточной Фрисландии, еще в 1803 году воскликнул: «Мы запираем этих несчастных созданий словно преступников в сумасшедшие дома, в эти вымершие тюрьмы за городскими воротами, где в глухих расщелинах поселились совы, ... и оставляем их там загнивать в их собственных нечистотах» [7, с. 162]. Словно бальзам на душу должны были действовать на психически больных в эпоху расцвета романтики «Рапсодии о применении психического метода лечения душевных расстройств» Райля. Очень медленно и постепенно в первые десятилетия XIX столетия с душевнобольных в сумасшедших домах повсеместно снимались цепи. Хотя примечательно, что еще Иммануил Кант (1724 – 1804) должен был предостерегать людей со слабыми нервами смотреть на душевнобольных [5]. При всем психологизме страстей, овладевших немецкой романтикой, когда казалось, что страсти почти идентичны безумию, Лангерманн, философские убеждения которого находились под сильным воздействием И. Г. Фихте (1762 - 1814), утверждал также и для душевнобольных важность свободы «Я». В свойственной ему спокойной, практической манере Лангерманн основательно реорганизовал прусскую систему психиатрических учреждений. Он ввел также обширную трудовую терапию. Как шеф прусской врачебной системы в Берлине, Лангерманн оказал огромное влияние на создание начиная с 1825 года сети немецких лечебных учреждений.

Наряду с Лангерманном следует упомянуть еще один светлый образ в немецкой психиатрии XIX века: Вильгельма Гризингера (Wilhelm Griesinger) из г. Штуттарта (1817 – 1868). Его деятельность в университетской клинике Шарите в Берлине определила пути изучения инфекционных болезней, патоло-

гической анатомии и психических заболеваний. Свою задачу Гризингер видел в освобождении психиатрии от спекулятивных воззрений романтики и в приведении ее в соответствии с естественнонаучными позитивистскими требованиями времени. Каузально-генетическая постановка вопроса стала краеугольным камнем его исследований: «Какой орган обязательно и безошибочно должен быть болен, когда наступает безумие? Данные физиологии и патологии показывают нам, что этим органом может быть только мозг; поэтому в каждом случае душевной болезни мы отмечаем прежде всего болезненную деятельность этого органа» [2, с. 201]. С тех пор мы повторяем его слова: «Душевые болезни – это болезни мозга».

Вводимые в эти десятилетия приемы ухода за душевнобольными в психиатрических лечебницах смягчали течение большинства тяжелых психозов. Благодаря компетентному и гуманному обращению душевнобольным все более возвращалось человеческое достоинство. Правда, тогда и речи не могло идти о быстром излечении, не говоря уже о довольно часто встречающихся рецидивах. Но во всяком случае, раннее направление больного со свежими проявлениями заболевания в лечебное учреждение оказывало положительный эффект. Наряду с государственными психиатрическими лечебницами и приютами все больше также расцветали частные неврологические лечебницы, которые могли анонимно принимать больных с более легкими нарушениями, в основном с отклонениями развития личности и их реактивными проявлениями, с депрессиями или несложными органическими нарушениями.

После того, как в 1878 году в г. Гейдельберге была открыта первая самостоятельная психиатрическая клиника, по немецким университетам прошла волна основания подобных клиник. К началу Первой мировой войны Германия безусловно лидировала в мире в области университетской психиатрии. Колыбель университетской психиатрии в г. Гейдельберге, разумеется, дала миру и великие умы. Стоит назвать в этой связи лишь такие известные имена, как Эмиль Крепелин (Emil Kraepelin) (1856 – 1926), Франц Ниссл (Franz Nissl) (1860- 1919), Густав Ашаффенбург (Gustav Aschaffenburg) (1866 – 1944), Карл Ясперс (Karl Jaspers) (1883 – 1969), Карл Вильманс (Karl Wilmanns) (1873 – 1945), Курт Шнейдер (Kurt Schneider) (1887 – 1967), Ханс Вальтер Груле (Hans Walter Gruhle) (1880 – 1958), Вальтер Риттер фон Байер (Walter Ritter von Baeyer) (1904 – 1987), а также психиатр и психоаналитик Ханс Принцхорн (Hans Prinzhorn) (1886 – 1933), которому мы благодарны за основополагающие исследования художественного творчества душевнобольных.

### 3. Психиатрия при национал-социалистической диктатуре

Мы подошли к глубочайшему падению немецкой психиатрии, которое принесло с собой развитие политических событий в Германии начиная с 1933 года. Над психиатрией, и особенно в г. Гейдельберге, черные тучи сгустились уже в 1933 году. Первым попал в поле зрения новых коричневых властей в Берлине Карл Вильманс. Как вспоминал потом один из кол-

лег [11, с. 132], на одной из лекций зимнего семестра 1932/33 гг. Вильманс однажды обмолвился замечанием о психогенной слепоте у Гитлера во время первой мировой войны. Это стоило ему места главного врача клиники. Приказом от 4 мая 1933 года, вступающим в силу немедленно, Вильманс был освобожден от занимаемой должности. Незадолго до этого, в апреле 1933 года, этому мужественному ученому пришлось объявить как председателю Академической Больничной Комиссии, что, согласно закону о реституции профессиональных служащих, лица еврейской расы, а именно Майер-Гросс (Mayer-Gross), Штайнер (Steiner) и Штраус (Strauss), должны покинуть вышеуказанную клинику [там же]. Последнему как ветерану войны была, правда, предоставлена отсрочка. На место Вильманна сразу же был назначен не имевший еще в тот момент докторской степени, но конформистски настроенный по отношению к нацистской партии, проявляющий большее усердие Карл Шнейдер (Carl Schneider) (1891 – 1945), работавший ранее в психиатрической клинике «Bethel». Родился Шнейдер в Австрии в семье пастора. Его предпочли Груле, хотя в сравнении с элитарным окружением Вильманна он совсем не имел никакого «веса», а скорее наоборот, в вопросах хороших манер и вкуса он часто чувствовал себя неуверенно, иногда производил впечатление коснозычного ученого, проявляя черты агрессивной экспансии. Его зачастую чрезмерная ограниченность и нелепость заставляла его, по свидетельству очевидцев, делать такие заявления, как: «Для этого государства нам бы следовало позволить себя даже стерилизовать и эвтаназировать...» [там же, с. 133].

Тот же самый Карл Шнейдер, по природе своей идеалист, настойчиво и действительно борющийся за реабилитацию своих пациентов, скоро смог проявить себя как верный вассал гитлеровского режима в области психиатрии. Высказываясь о вырождающемся, испорченном искусстве и творчестве сумасшедших, он заявил о себе вполне в духе национал-социализма. Лишь счастливому стечению обстоятельств и явной странности его характера следует быть благодарным, что в результате этого не были уничтожены собранные Принцхорном картины психических больных.

Как главный эксперт по эвтаназии психических больных Карл Шнейдер несет ответственность за составление специальных длинных списков рекрутированных психиатров, призванных на военную службу в основном из психиатрических учреждений. Закулисным руководителем и координатором этой акции стал австриец Макс де Кринис (Max de Crinis) (1889 – 1945) в берлинской клинике Шарите. Психиатры из этого списка подписывались под приговором, согласно которому тысячи психических больных направлялись на верную смерть в газовых камерах. Кодовое название проводимой операции было «Акция-Т-4». Ее началом послужило указание Гитлера от 1 сентября 1939 года, то есть в день начала второй мировой войны, своему рейхслейтеру Бонулеру (Bouhler) и доктору медицины Брандту (Brandt), так расширить полномочия ставящих свои подписи врачей, чтобы «по гуманным соображени-

ям предоставить избавляющую от страданий смерть неизлечимо больным при критическом заключении о их состоянии» [6, с. 100].

Карл Шнейдер, член нацистской партии с 1932 года, обратил на себя также внимание и как военный санитарный консультант. (Он был майором медицинской службы в резерве.) Его агрессивность и чувства омнипотенции (нарциссического всесилия) ярко проявились в его речи на специальном заседании в Военно-медицинской Академии 18 – 19 мая 1942 года в Берлине: «Трусы как на Родине, так и за ее пределами действуют как мученики. Я лишаю людей мученического сознания, беря их в психические клещи» [3, с. 169].

Карл Шнейдер, который благодаря своим исследованиям шизофрении с биологизаторско-спекулятивных позиций снискал себе в то время абсолютно полное признание в научном мире, лишил себя жизни после своего ареста в 1945 году.

#### 4. Ситуация в немецкой психиатрии в послевоенное время

Состояние немецкой психиатрии после второй мировой войны определялось различными тенденциями. С одной стороны, вновь стало возможным свободно занимать определенные должности в университетах. С другой стороны, некоторым ведущим психиатрам, как например, Курту Полишю (Kurt Pohlisch) (1893 – 1955) и Фридриху Панзе (Friedrich Panse) (1899 – 1973), пришлось сначала предстать перед судом присяжных, но затем их все же оправдали. Многих еврейских врачей и ученых Германия потеряла в результате эмиграции. В этой связи следует прежде всего упомянуть Отто Лёвенштайна (Otto Löwenstein) (1889 – 1965), эмигрировавшего в США, и Артура Кронфельда (Arthur Kronfeld) (1886 – 1941), который вместе со своим другом Эрихом Штернбергом (Erich Sternberg) перебрался через Швейцарию в Москву. Другие сильные духом умы, которым во время войны часто приходилось довольствоваться лишь какой-то нишей, получили теперь вновь возможность занять соответствующие должности. Здесь прежде всего следует назвать Х. В. Груле, приглашенного возглавить кафедру психиатрии Боннского университета.

Психиатрия на территории тогдашней советской оккупационной зоны развивалась вследствие своей особой судьбы: большинство главных врачей психиатрических больниц и заведующих кафедрами психиатрии в 1945 году и позже бежало на Запад.

В западных оккупационных зонах удалось тогда довольно быстро вновь добиться консолидации всей отрасли психиатрии. Однако, немецкая психиатрия не могла существовать только за счет своего относительно долгого и богатого традициями прошлого, ориентируясь лишь на его богатое наследие. Уже вскоре произошла кристаллизация новых главных направлений. После того, как концептуальной основой в клинической практике практически каждого психиатрического учреждения Германии стало наследие психопатологии, разрабатываемой на базе учения Карла Ясперса и Курта Шнейдера (Kurt Schneider) и их основополагающих исследований в

рамках описательно-феноменологической школы, в Германии стала быстро развиваться динамическая психиатрия и вытравленный войной психоанализ фрейдистского и юнгианского направления. В дальнейшие годы появились новые, пришедшие в основном из США методы, среди которых наиболее передовую позицию сегодня занимает поведенческая терапия (по Н. Џ. Ейзенку, Maudsley Hospital London). В рамках биохимических исследований в последние 25 лет значительную роль в большинстве психиатрических учреждений Германии естественно играет также и биологическая психиатрия.

## 5. Заключение

Если из этого фрагментарного обзора мы, с одной стороны, можем справедливо заключить, что сегодняшняя психиатрия в послевоенной Германии после 12 лет демонических искушений и соблазнов гитлеровского периода уже давно вновь обрела твердую почву под ногами, то, с другой стороны, для нас актуальной остается важная, если не самая важная, достойная сожаления и потому заставляющая нас задуматься проблема: образа врача античности, средневековья и начала Нового времени вообще больше не существует. Внутренние структуры нашего мира секуляризировались. Может быть, мы, врачи, сами спроектировали в наш мир представлений лишь наши желаемые представления или затаенные обиды, неосознанную зависть и неприятные чувства, как однажды заметил терапевт Ханс Шультен [12, II]? Ведь уже Ойген (Евгений) Блейлер (Eugen Bleuler) (1857 – 1939) клеймил позором разоблачал «аутистически недисциплинированное мышление в медицине». Моральное разложение и, не в последнюю очередь, упадок врачебной этики, в последние десятилетия повсеместно вызывают всеобщее сожаление, явля-

ясь, как еще 30 лет назад отмечал Шультен, «частью всемирного кризиса привилегированных гражданских сословий и профессий» [там же, X]. Здесь актуальным становится вопрос о новых ориентирах и моделях, которые каждый отдельный человек мог бы принять в качестве определяющего культуру идеала и образца. В нашем демократическом массовом обществе профессия врача, конечно же, также потеряла свое элитарное положение. Благодаря системе государственного социального обеспечения у современного человека выработались определенные установки относительно своих прав и претензий. Сегодня всюду больные приходят к врачу зачастую с исключительно четкими представлениями и требованиями. Такие больные уже не считают, как прежде, что, если врач помог им преодолеть душевые или физические страдания, то он оказал им тем самым особую милость. Подобного развития событий в наши дни, пожалуй, нигде не избежать и психиатру. Впрочем, за многие годы тот же психиатр перенял в нашем обществе функции исповедника, духовного отца и священнослужителя жреческой медицины, но светского, мирского покрова.

В будущем для развития врачебного самопонимания психиатра станет решительно необходимо распространить действие принципа *«homines bona voluntatis»* (люди добной воли) в отношении к его пациентам. Врач-психиатр везде, где бы это не понадобилось, постоянно должен будет обращаться в своей интраприватальной повседневной кропотливой работе наряду с изученными им терапевтическими приемами также к эгоизму, к материалистическому мышлению, к потребительской позиции, а также к гедонистической установке современного человека, направляя их по разумному пути, чтобы обеспечить и, по возможности, улучшить социальное существование.

## Список литературы

1. Aischylos, Die Orestie. Deutsch v. Emil Staiger. Reclam, Stuttgart 1994
2. Alexander, F.G., S.T. Selesnick, Geschichte der Psychiatrie. Diana, Konstanz 1969
3. Bericht über die 1. Arbeitstagung Ost der beratenden Fachärzte am 18. und 19. Mai 1942 in Militärärztlichen Akademie Berlin
4. Empedocles, The Extant Fragments. Edited by M.R. Wright. Yale University Press. New Haven, London 1981
5. Kant, Immanuel, Kants Werke. Akademie-Textausgabe. Band VII. Der Streit der Fakultäten. Anthropologie in pragmatischer Hinsicht. De Gruyter & Co. Berlin 1968
6. Klee, Ernst, «Euthanasie» im NS-Staat. Die Vernichtung lebensunwerten Lebens. Fischer, Frankfurt/
7. Kreapelin, Emil, Hundert Jahre Psychiatrie, Z. ges. Neurol. Psychiat. 38 (1918), 161 – 275
8. Leibbrand, Werner, Der göttliche Stab des Äskulap. Müller, Salzburg-Leipzig 1939
9. Leibbrand, Werner, Um die Menschenrechte der Geisteskranken. Die Egge. Nürnberg 1946
10. Leibbrand, Werner, Vinzenz von Paul, 3. Aufl. Metten, Heidelberg 1953
11. Schettler, Gotthard, Das Klinikum der Universität Heidelberg und seine Institute. Springer, Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo 1986
12. Schulten, Hans, Der Arzt. 3. Aufl., Thieme, Stuttgart 1966
13. Weizsäcker, Viktor von, Pathosophie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1956

Перевод с немецкого языка  
Я. Л. Обухов

# БЫЛИ ЛИ ПОЛИТИЧЕСКИЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХИАТРИЕЙ В БЫВШЕЙ ГДР? \*

Штефан Хаас, Айхберг

## 1. Исходное состояние общественной ситуации в ГДР и фазы развития психиатрии

После 1945 года в тогдашней советской зоне оккупации, а позднее в Германской Демократической Республике, была в той или иной мере без изменений перенята советская модель государственного устройства и, в особенности, идеологическая платформа КПСС.

Социалистическая Единая Партия Германии (СЕПГ), точнее партийная бюрократия, распространяла практически на все сферы общества все более неограниченную и исключительную монополию власти. Для удержания власти и осуществления своих целей, а также чтобы подавить протесты и сопротивление, СЕПГ создала щит и меч партии – Министерство государственной безопасности, наделив его чрезвычайными полномочиями.

С конца пятидесятых, начала шестидесятых годов на руководящие посты повсеместно практически на всех уровнях назначались члены СЕПГ, чтобы проводить политику партии во всех сферах государства и общества и чтобы в любой момент можно было проконтролировать соблюдение политической линии.

Можно сказать, что в крупных психиатрических больницах бывшей ГДР в последние годы руководящие должности занимали почти исключительно только члены СЕПГ. Такая же ситуация была и в других учреждениях здравоохранения, в особенности в системе окружной и районной медицинской службы.

СЕПГ оказывала воздействие на содержательную и, прежде всего, на кадровую политику не только через соответствующие назначения на руководящие должности, но и благодаря тому, что партийное руководство и, прежде всего, штатные секретари местных партийных организаций учреждений здравоохранения оказывали существенное влияние на принятие всех значимых решений.

Впоследствии эти структуры осложняли выявление ответственности за принятие конкретных решений.

Наряду с государственным потенциалом власти система, базирующаяся на идеях ленинизма, предлагала интеллигенции ряд привилегий. Государство заманивало престижем и участием в управлении еще в большей степени, чем материальными пособиями. От интеллигенции государство ожидало поддержки и никак не критики.

Интересно, что так называемые кадровые работники бывшей психиатрической службы в ГДР имели загранпаспорта, позволяющие им выезжать в так называемые капитанские страны. Можно сказать, что в той или иной степени все руководящие работники психиатрии ГДР тесно контактировали с органами госбезопасности, а во многих случаях даже являлись внештатными сотрудниками органов.

В еще большей степени ужасает тот факт, что многие люди были готовы вообще без всяких причин пожертвовать этическими и гуманистическими ценностями.

### 1.1. Развитие психиатрии в ГДР

На фоне поворота в общественном развитии тогдашней советской зоны оккупации, а позднее и созданной на ее территории ГДР параллельно происходили изменения также в системе здравоохранения, в том числе и в психиатрии.

В 1945 году психиатрия в обеих частях Германии находилась в одинаковом исходном состоянии. Однако очень скоро их развитие пошло по разным путям, прежде всего потому, что в тогдашней русской зоне оккупации была принята советская модель. Тем самым стало возможным почти без изменений перенять созданные при национал-социализме государственные централизованные структуры организации здравоохранения, хотя и заменив ответственных исполнителей. Развитие психиатрии в ГДР можно разделить, согласно LOOS (1990), на четыре фазы.

На первой фазе была осуществлена попытка содержательной переориентации психиатрии при одновременно существующей индоктринации, обусловленной холодной войной с навязанным образом врага. Центральное значение приобрело при этом прежде всего учение И. П. Павлова. Все разработанные прежде в истории немецкой психиатрии значительные теории были в той или иной мере отвергнуты как субъективистские и ошибочные, в особенности психоанализ. Алкоголизм и неврозы считались в определенной степени пережитками до-социалистической деформации общества.

Вторая фаза развития психиатрии в ГДР началась с поиска новых альтернатив в 60-ые годы. После смерти Сталина начались ограниченное исправление допущенных ранее ошибок и поиск новых общественных альтернатив, вылившиеся в так называемые «тезисы Родевишера» («Rodewischer Thesen»), сформулировавшие следующие принципы:

терапия вместо испытаний;

открытие психиатрических учреждений и ликвидация защитных приспособлений, открытые двери (open door) вместо решеток;

создание возможностей для амбулаторного лечения;

выравнивание финансирования крупных психиатрических больниц и других соматических больниц и т. д.

Третья фаза началась с подавления вторжением войск государств-членов Варшавского Договора Пражской весны, провозгласившей так называемый

«социализм с человеческим лицом» и поставившей под вопрос существование господствующих структур коммунистических государств. После этого началась разрушительная компания всеохватывающей табуизации психиатрических феноменов, которые могли бы противоречить официальным и идеологизированным идеальным представлениям (LOOS, 1990). С прекращением всех реформаторских инициатив, партия и правительство усилили свои репрессивные механизмы. С этого момента они были целиком заняты обеспечением сохранения своей власти и подозрительно реагировали на любые критические выступления. Так, например, утаивались неблагоприятные статистические данные в экономике, экологии и здравоохранении. Партия оказывала все большее воздействие на жизнь общества, в том числе и через назначение на все ключевые позиции членов СЕПГ. Усилилась активность деятельности Министерства государственной безопасности. С 1976 года началась вербовка так называемых внештатных сотрудников органов и создание обширной сети слежки.

**Четвертая фаза** характеризуется, по LOOS (1990), распадом системы. Она началась в восьмидесятые годы. Подавление всех попыток реформации не давало больше никакой возможности разработки официальных концепций будущего развития. Вследствие этого гигантский контролирующий аппарат пришел в противоречие с исчерпавшей себя административной системой власти. Хотя еще и отмечались отдельные позитивные акции, они уже не могли в условиях распада государственного авторитета определить общую концепцию политического развития.

Даже после так называемых политических перемен в ГДР в октябре 1989 года структуры психиатрической службы в системе здравоохранения первое время оставались без изменения. Однако очень скоро в результате сообщений и публикаций о плачевном положении психиатрии в бывшей ГДР, особенно в том, что касалось состояния зданий и возможностей размещения больных, были сделаны крупные инвестиционные вливания и проведена впечатляющая реконструкция обветшалых строений. В некоторых случаях было также проведено разукрупнение или расформирование крупных больниц.

После объединения Германии в октябре 1990 года, самое позднее до 1994 года, были за небольшим исключением практически полностью заменены ответственные руководители психиатрических учреждений, особенно если становилось известно о их сотрудничестве с властью и органами госбезопасности. Примечательно, что некоторым активным деятелям психиатрии ГДР удалось до сих пор сохранить свое положение. При этом обращает на себя внимание, что все, кто несет ответственность за происходившее в психиатрии ГДР, не чувствуют за собой никакой вины.

## 1.2. Психиатрические учреждения в бывшей ГДР

Психиатрическая помощь оказывалась населению в основном в зачастую отдаленных крупных

психиатрических больницах, в так называемых специализированных психиатрических и неврологических клиниках. В городах существовали отдельные небольшие отделения в городских больницах и отделения в университетских клиниках. Эти учреждения подчинялись государственной системе здравоохранения ГДР. Контроль и надзор над ними осуществляли районные и окружные врачи, а также другие государственные учреждения здравоохранения.

Наряду с этим существовали больницы принудительного содержания, подчиненные Министерству внутренних дел, в которых проходили лечение лица из тюрем и мест предварительного заключения.

В этой связи следует назвать больницу принудительного содержания в Клейнмайсдорфе в Лейпциге (Leipzig-Kleinmeusdorf), находящуюся в ведении народной полиции, однако также тесно связанную с Министерством госбезопасности.

В 1966 году была впервые открыта психиатрическая больница принудительного содержания в Вальдхайме (Waldheim). В это учреждение должны были помещаться или проходить лечение психически больные заключенные. Задача больницы состояла среди прочего в том, чтобы выбирать из всех исправительных учреждений ГДР и госпитализировать заключенных с психическими заболеваниями и тяжелыми отклонениями, а также проводить их диагностику и терапию. В случае установления невозможности дальнейшего содержания в заключении по состоянию здоровья заключенного больница в Вальдхайме ходатайствовала об освобождении из заключения и помещении больного в специальное медицинское учреждение. В задачи больницы входило также восстановление трудоспособности и борьба с рецидивами преступности.

В Вальдхайме существовала еще и другая психиатрическая больница, официально подчиненная Министерству здравоохранения, в которой также проводилось лечение помещенных туда по суду психически больных граждан ГДР.

Обе больницы в Вальдхайме находились под непосредственным контролем компетентных органов Министерства государственной безопасности, как на местном уровне, так и в особенности из центрального управления в Берлине.

С начала восьмидесятых годов Министерство государственной безопасности имело свою собственную больницу, в которой было нейро-психиатрическое отделение на 44 койки, где проходили лечение штатные сотрудники Министерства госбезопасности.

Кроме того в ведении Министерства госбезопасности находилась больница в Хоэншонхаузене в Берлине (Berlin-Hohenschönhausen) для собственных заключенных. В этом учреждении проводилась также психиатрическая экспертиза.

Для анализа политических злоупотреблений в психиатрии прежде всего было важно проверить положение в больницах Министерств госбезопасности и внутренних дел, затем в крупных специализированных психиатрических больницах, сделав, возможно, исключение для больниц в самом Восточном Берлине.

## **2. Попытка исправления возможных политических злоупотреблений в психиатрии**

Исправление злоупотреблений в психиатрии началось через полгода после так называемых политических перемен в ГДР в конце мая – начале июня 1990 года с серии статей в иллюстрированном журнале «Штерн», в которых рассказывалось о закрытой психиатрической больнице в небольшом саксонском городке Вальдхайме. По постановлению Министерства здравоохранения обновленной ГДР была создана экспертная комиссия для проверки выдвинутых в журнале «Штерн» обвинений, направленных прежде всего против директора клиники. Комиссия работала в период с 25 мая по 27 июня 1990 года.

В мае 1990 года в Восточном Берлине по поступившим сигналам о случае политического злоупотребления в психиатрии была назначена комиссия по расследованию возможных нарушений в психиатрической службе Восточного Берлина. Сразу после первой была создана вторая комиссия по расследованию возможных злоупотреблений в Восточном Берлине, которая завершила свою работу заключительным отчетом в сентябре 1995 года.

В федеральной земле Саксония в 1992 году также была создана комиссия по расследованию злоупотреблений в психиатрии в этом административном регионе бывшей ГДР. Предполагается, что комиссия закончит свою работу в конце 1996 года.

Проводятся также отдельные расследования, например, начатая госпожой Зюсс (Süß), психиатром по образованию, проверка актов Управления государственной безопасности в Восточном Берлине в так называемом «ведомстве Гаука» (Gauck-Behörde).

## **3. Источники получения информации при расследованиях**

Созданные комиссии предпринимали, как правило, следующие действия для получения информации о возможных злоупотреблениях в психиатрии:

обращение к общественности через газеты и прессу;

установление контакта с сотрудниками соответствующего психиатрического учреждения;

привлечение документации органов госбезопасности ГДР по запросу;

при работе Берлинской комиссии проводилась выборочная проверка бывшего центрального архива СЕПГ;

проверка документации историй болезней в психиатрической больнице принудительного содержания в Вальдхайме, которые хранятся теперь в музее гигиены в Дрездене;

заслушивание и повторное обследование психиатрами бывших пациентов психиатрических учреждений, считающих, что в отношении их были допущены злоупотребления, или к которым специально обратились после изучения документации (истории болезни, данных экспертизы и т. д.), и которые высказали готовность дать показания.

## **4. Предмет расследования**

Необходимо было проверить, существовали ли политические злоупотребления психиатрией в бывшей ГДР.

Берлинская комиссия определила предмет расследования следующим образом:

«Политическое, т. е. не имеющее отношения к медицине, давление со стороны, как правило, партийных или государственных инстанций на лечебную деятельность психиатрических учреждений.»

При этом предполагались следующие возможные формы оказания воздействия:

насильственное помещение в психиатрические клиники политически неугодных граждан;

неправомерное продление пребывания в психиатрическом стационаре сверх законодательно определенного в ГДР срока;

официальная работа сотрудников медицинского учреждения на органы госбезопасности, включая умышленное разглашение сведений об истории болезни пациента;

разглашение врачебной тайны и раскрытие аналогичной информации.

## **5. Проблемы поиска, достоверности и учета данных**

Из-за того, что государственные органы бывшей ГДР продолжали свое существование после политических перемен в октябре – ноябре 1989 года вплоть до октября 1990 года, власти, и особенно СЕПГ и Министерство государственной безопасности, имели возможность уничтожить большое количество документации. Особенно это касается, как мы сегодня знаем, личных дел сотрудников, и особенно внештатных сотрудников Министерства государственной безопасности.

В результате широкомасштабного уничтожения документации в учреждениях Министерства государственной безопасности, особенно в тюрьмах и следственных изоляторах, остались весьма скучные сведения о происходивших там событиях, а некоторая точная информация отсутствует вовсе.

Другая проблема заключается в том, что, возможно, многие люди, причастные к политическим злоупотреблениям (например, в случае секретных распоряжений), ничего об этом не знали. Это относится например к сотрудникам больниц, так как распоряжения от соответствующих государственных учреждений поступали, как правило, по прямой телефонной связи непосредственно к главному врачу.

Кроме того, истории болезней часто велись очень неточно, хотя вряд ли стоило ожидать, что в них будут зафиксированы указания на злоупотребления или нарушения прав человека. В отдельных случаях истории болезней были частично или полностью уничтожены. По сей день еще не обработана, за исключением отдельных выборочных проб, документация районных и окружных врачей, а также учреждений Министерства внутренних дел, например, народной полиции в районах и округах.

Ситуация осложнялась также из-за молчания возможных подозреваемых, которое, в свою очередь,

было обусловлено полным отсутствием сознания со-деянной несправедливости, что приводило скорее к искажению изложения происходившего, чем к помо-щи в расследовании. С другой стороны, доказательство сотрудничества с органами госбезопасности в качестве внештатного сотрудника автоматически влекло за собой увольнение из государственного учреждения в объединенной Германии. По этой при-чине за очень небольшим исключением почти все главные врачи специализированных медицинских учреждений после 1990 года были заменены. Мно-гие внештатные сотрудники Министерства государ-ственной безопасности после политических измене-ний в ГДР добровольно оставили свои руководящие позиции и стали работать как врачи общего профиля или невропатологи.

## 6. Результаты работы различных комиссий по расследованию политических злоупотреблений в психиатрии (предварительные данные)

В ГДР не были редкостью насильтственные дей-ствия (например, насильтвенное помещение в психиатрические клиники) по отношению к людям, ко-торые ранее были психически больны, которым был поставлен психиатрический диагноз или которые когда-то эпизодически неадекватно себя вели.

Власти пытались использовать психиатрию как средство достижения порядка не только в стацио-нарных психиатрических учреждениях. Так, суще-ствовало специальное постановление Совета Мини-стров ГДР от 9 января 1985 года «О задачах по воздействию и контролю в отношении психически больных граждан, ведущих асоциальный образ жиз-ни и представляющих криминогенную угрозу».

Эта инструкция сводилась к сверхконтролю с резким ограничением социальных свобод однажды нарушивших закон социально незащищенных лиц, осуществляющему посредством согласованного вза-имодействия между полицейскими и административ-ными ведомствами совместно с отделом по вопро-сам труда, психиатрами и психологами. Грань между по-отечески заботящимся о своих детях социалисти-ческим государством и политическими злоупотреб-лениями в психиатрии в этой области была весьма размытой.

Комиссии по расследованию политических злоупотреблений в психиатрии столкнулись со слож-ностями оценки масштабов и содержания судебно-психиатрической экспертизы на предмет уголовно-правовой вменяемости здоровых и психически больных лиц. Как показали результаты расследова-ний, нет никаких указаний на то, что не страдаю-щих психическими заболеваниями диссидентов объявляли психически больными, ставя им соотве-тствующий диагноз, как это практиковалось в Со-ветском Союзе, когда диссидентам ставились такие диагнозы, как бред реформаторства, вялотекущая шизофrenия, и насильтственно помещали на этом ос-новании в психиатрическую больницу.

Отчасти даже складывается впечатление, и это особенно отмечалось проводившими экспертизы пси-хиатрами, что ситуация прохождения экспертизы или

лечения арестованных по политическим причинам лиц имела для них характер защиты от уголовного преследования, какой бы унизительной и неприят-ной она не была. Часто экспертиза проводилась в условиях, близких к пребыванию в следственном изоляторе, порой с длившимся месяцами одиночным заключением.

Психиатрическая экспертиза в учреждениях Ми-нистерства государственной безопасности проводи-лась в присутствии сотрудников органов госбеза-пасности. Так же проходила психиатрическая экспертиза и в психиатрической больнице принуди-тельного содержания в Вальдхайме. Там ничего не происходило без надзора компетентной окружной инстанции органов государственной безопасности на местном уровне. Одновременно все согласовыва-лось, предписывалось и контролировалось централь-ными органами Министерства государственной бе-зопасности в Берлине.

Как свидетельствуют документы, практикова-лось направление на психиатрическое освидетель-ствование при подозрении на психическое расстрой-ство, которое могло бы быть причиной политически мотивированных преступлений. Однако, стационар-ное лечение проводилось при этом исключительно только в тех случаях, когда оно действительно было оправдано с медицинской точки зрения.

Освидетельствования проводились также по тре-бованию Министерства государственной безопасно-сти, причем не только в случае политических право-нарушений, но и в целом для граждан, проживающих вблизи границы с ФРГ.

Есть также данные об оказании давления со сто-роны прокуратуры, хотя и в редких случаях, на про-водивших психиатрическое освидетельствование экспертов, особенно если они были нерешительны и зависимы от давления и шантажа, с целью получить определенный желаемый результат экспертизы.

Как показывают результаты расследований, в ГДР практиковалось принудительное помещение больного в психиатрические лечебные заведения, а также законодательно необоснованное продление сроков стационарного лечения в психиатрических учреждениях. Направление на стационарное лече-ние психических больных осуществлялось в ГДР на основании закона 1980 года «О направлении боль-ного в лечебное учреждение». Основанием для по-мещения в психиатрическое учреждение считалась защита жизни и здоровья больного, а также недопу-щение серьезной опасности для окружающих лиц или спокойствия граждан. Окружной врач имел право направить больного в больницу или интернат на срок до 6 недель без судебной проверки. При этом весьма проблематичным был признак «серьезной опасности для спокойствия граждан». Причем даже некоторы-ми психиатрами ГДР подчеркивалось, что требова-ния этого признака не соответствуют действитель-ной опасности для общества или органов власти.

Наиболее частая форма злоупотреблений психи-атрией в ГДР по не имеющим отношения к медицине основаниям заключалась в том, что психически на-рушенные или больные люди с необычным пове-дением в период или по причине государственных праздников, визитов государственных деятелей,

партийных съездов, спортивных праздников, фестивалей, парадов или других подобных значимых в ГДР событий помещались против своей воли в психиатрические учреждения и насильственно там содержались. Психиатрические клиники получали перед государственными праздниками, визитами государственных деятелей и другими крупными событиями официальные указания не выписывать и не отпускать на выходные до и во время этих дней никаких пациентов. Следует, правда, отметить, что в последние годы психиатры в основном сопротивлялись подобным медицински необоснованным указаниям.

В поименном учете и направлении пациентов в психиатрические учреждения активно участвовали или, по меньшей мере, одобрительно принимали к сведению окружные и районные врачи, районные прокуроры, а так же их вышестоящие инстанции.

Министерство государственной безопасности составлением списков находящихся на учете лиц и госпитализацией в психиатрические учреждения, как правило, не занималось.

Принудительные меры предпринимались по отношению к следующей категории лиц или контингенту больных: к пьяницам, к лицам, находящимся во временном замешательстве, к пациентам, страдающим приступообразными припадками. В постановлении Совета Министров ГДР от 9 января 1985 года указанный круг лиц характеризовался следующим образом: «Речь идет при этом о гражданах с психически неадекватным поведением, склонных к асоциальному образу жизни и представляющих вследствие своей лабильности, неустойчивости, распущенности и легкой внушаемости криминогенную опасность для общества. Подавляющее большинство этих граждан характеризует постоянное злоупотребление алкоголем, что может быть как следствием, так и причиной их психического расстройства.»

Результаты всех расследований однозначно свидетельствуют о том, что сотрудники органов госбезопасности могли, не ставя в известность лечащего врача, ознакомиться с историями болезней. Иногда это происходило в отсутствии главного врача в его кабинете. Кроме того некоторые врачи, занимавшие ведущие позиции в психиатрической больнице, являлись внештатными сотрудниками органов госбезопасности. В некоторых случаях органам госбезопасности передавались протоколы психотерапевтических сеансов, иногда в форме записи на видеокассете.

Разглашение врачебной тайны, вне всякого сомнения, считалось преступлением, в том числе и по действующему в то время в ГДР законодательству.

Особая роль в общей совокупности политического давления, связанного со злоупотреблениями в психиатрии, отводилась сотрудникам органов госбезопасности. Как показали результаты расследований, во всех крупных больницах и медицинских учреждениях, как правило, работало большое количество внештатных сотрудников органов госбезопасности, которые однако вследствие конспирации ничего друг о друге не знали. Так, например, в Медицинской Академии в Дрездене органы госбезопасности рас-

полагали тремя конспиративными квартирами, о существовании которых знал только начальник отдела кадров. Считается, что около 3 % медицинского персонала являлись внештатными сотрудниками органов госбезопасности. Пациентов же, по всей вероятности, в качестве внештатных сотрудников органов госбезопасности не вербовали. Примечательно, что доля внештатных сотрудников органов госбезопасности среди группы ведущих врачей в области психиатрии была существенно выше, чем среди прочих врачей ГДР. Для стратегии Министерства государственной безопасности в принципе было характерно, что имеющая первостепенное значение сфера здравоохранения контролировалась путем назначения на ключевые позиции, то есть на руководящие должности, внештатных сотрудников органов госбезопасности.

Как нам сегодня известно, подавляющее большинство руководителей психиатрических больниц работали на органы госбезопасности. Так было, например, в Саксонии, где все главные врачи психиатрических больниц, лишь за исключением одного человека, являлись сотрудниками органов госбезопасности и регулярно направляли в Министерство государственной безопасности отчеты о своих коллегах, а также о пациентах.

Кадровые сотрудники Министерства государственной безопасности проходили в ряде случаев подготовку в собственных вузах в Потсдаме. Правда, обучение проводилось на таких специализированных отделениях, как криминалистики, юридическом и оперативной психологии. Сотрудники органов госбезопасности иногда активно вмешивались в кадровую политику больниц и определяли по требованиям Министерства государственной безопасности принципиальные кадровые назначения.

Внештатное сотрудничество, как правило, не оплачивалось. Иногда оно мотивировалось политическими убеждениями, но часто происходило в результате давления и шантажа. Внешне оно сводилось к тайным встречах внештатных сотрудников со кадровыми сотрудниками органов госбезопасности, как правило, раз в 4 – 6 недель.

Если в семидесятые годы в органах госбезопасности еще не было собственных психиатров, то в конце семидесятых годов Медицинская служба Министерства государственной безопасности значительно расширилась, и была открыта собственная больница в берлинском районе Бух (Berlin-Buch), нейропсихиатрическое отделение которой располагало 44 койками. Молодые медицинские кадры Министерства государственной безопасности еще до начала их врачебной специализации принимались в качестве офицеров на службу в органы госбезопасности и направлялись Министерством государственной безопасности в гражданские психиатрические клиники для продолжения обучения.

Есть данные, что некоторые медики, штатные сотрудники органов госбезопасности, прибегали к использованию процедуры наркоанализа, а также произвольно и незаконно назначали психофармакологические средства в тюрьмах и местах заключения. Интересно, что часть бывших психиатров Министерства государственной безопасности получили

сейчас разрешение на занятие частной невропатологической практикой в Берлине.

Берлинской комиссией был, например, назван бывший заведующий кафедрой психиатрии в восточноберлинской клинике Шарите ординарный профессор, доктор наук Зайдель (Prof. Dr. Seidel) как типичный представитель взаимодействия органов госбезопасности и официальной кадровой политики СЕПГ, которая начиная с конца шестидесятых годов назначала на руководящие посты, в том числе и в здравоохранении, только надежных товарищей из рядов СЕПГ.

Особую роль проф. Зайдель сыграл во время исключения Советского Союза из Всемирной Психиатрической Ассоциации в 1983 году, вызванного политическими злоупотреблениями в психиатрии. В сложившейся ситуации ему удалось столь искусно лавировать между советской и западной сторонами, что ГДР осталась признанным членом Всемирного Союза Психиатров.

На примере Зайделя можно также ясно увидеть еще одну особенность господствующей в ГДР системы, а именно, когда внештатный сотрудник органов госбезопасности поступал на работу в партаппарат СЕПГ, он прекращал неофициальное сотрудничество с органами госбезопасности и переводился на официальную должность в структуре Министерства государственной безопасности. В основе этого лежал запрет иметь или вербовать внештатных сотрудников органов госбезопасности из числа кадровых партийных функционеров.

#### **6.1. Особые частные результаты работы отдельных комиссий по расследованию политических злоупотреблений в психиатрии**

##### *6.1.1. Результаты работы комиссии по расследованию злоупотреблений в психиатрической больнице в Вальдхайме*

Комиссия по расследованию обвинений, выдвинутых против психиатрической больницы в Вальдхайме, обнаружила данные о том, что в это учреждение иногда попадали также и здоровые люди. Их помещали сюда без ордера на арест для прохождения освидетельствования на срок от двух до шести недель. Они содержались в закрытых и охраняемых помещениях, где за ними велись наблюдение при помощи видеоаппаратуры. Кроме того, в Вальдхайме имелись также изолированные одиночные камеры, карцеры, в которые иногда на целые недели помещались пациенты больницы, находящиеся в возбужденном состоянии, при агрессивном поведении по отношению к другим пациентам или обслуживающему персоналу, а также по дисциплинарным соображениям в случае неадекватного поведения. Попавшие в карцер пациенты должны были независимо от окружающей температуры находиться в нем голыми. В камерах не было ни раковины, ни туалета. Находящимся здесь пациентам приходилось пользоваться пластиковыми ночных горшками. Иногда для дисциплинарного воздействия их ограничивали в еде. Кроме того, практиковалось также физическое насилие со стороны обслуживающего персонала.

Состояние здания было оценено как абсолютно негигиеническое и унижающее человеческое достоинство.

Так называемые «добровольные заявления на пребывание в больнице» оказались весьма сомнительными. Были обнаружены данные о том, что их добивались путем шантажа.

Удалось доказать отдельные случаи оказания давления со стороны органов госбезопасности, например, что по их указанию окружной врач санкционировал принудительную госпитализацию.

По поводу обвинений главного врача в санкционировании стереотаксических операций на головном мозге и рентгенокастрации прокуратурой возбуждено в настоящее время еще одно уголовное дело.

Комиссией особенно отмечаются случаи нарушения врачебного долга по заботливому отношению к больному. В тех случаях, когда это было связано с физическим насилием со стороны персонала, дело также передано в прокуратуру.

##### *6.1.2. Результаты работы комиссии по расследованию злоупотреблений в Восточном Берлине*

Здесь также были обнаружены доказательства принудительной госпитализации и, соответственно, последующей выписки из психиатрической больницы в связи с проведением в Восточном Берлине X Всемирного фестиваля молодежи и студентов летом 1973 года.

Комиссия детально останавливается на роли сотрудников органов госбезопасности и проводимой ими стратегии в слежке за здоровыми и психически больными гражданами.

##### *6.1.3. Результаты работы комиссии по расследованию злоупотреблений в психиатрии на территории Саксонии в бывшей ГДР*

Здесь также были обнаружены дополнительные доказательства того, что определенные периоды стационарной госпитализации в психиатрические учреждения не были законодательно оправданы, а также, что документация на пациентов и их личные документы передавались в органы госбезопасности.

В связи с уже упоминавшимся X Всемирным фестивалем молодежи и студентов летом 1973 года 604 человека было на время госпитализировано в психиатрические учреждения Саксонии, причем иногда возникало подозрение, что принудительная госпитализация проводилась из-за того, что в тюрьмах не было достаточно мест.

Были обнаружены лишь единичные доказательства прямого давления органов госбезопасности на принятие решений о госпитализации или проведение освидетельствований граждан, в том числе и психически здоровых.

## **7. Выводы**

Итак, данных о прямом широкомасштабном злоупотреблении психиатрией в политических целях в

бывшей ГДР не найдено. Есть указания на отдельные такие случаи и особенно на оказание политического давления в психиатрии, а также на практику общих злоупотреблений.

Из-за того, что многие документы отсутствуют, а отчасти уничтожены, невозможно с полной уверенностью что-либо утверждать или отрицать. Доказательства существуют для психиатрической больницы в Вальдхайме.

Установлено, что на психиатрию оказывали воздействие следующие организации:

в рамках государственной системы здравоохранения окружные и районные врачи;

Министерство внутренних дел, прежде всего народная полиция и другие подчиненные ей учреждения, в том числе медицинские;

Министерство государственной безопасности через своих внештатных и штатных сотрудников, а также через свои следственные изоляторы и тюрьмы;

судебная система, особенно через прокуратуру; и самое большое воздействие оказывала партийная бюрократия СЕПГ.

Политическое давление и надзор со стороны государственных инстанций, а иногда и злоупотребления осуществлялись наряду с крупными психиатрическими больницами прежде всего в следственных изоляторах и тюрьмах.

Дела о политических правонарушителях разбирались в основном Министерством государственной безопасности, отчасти в собственных тюрьмах. Отчасти Министерство государственной безопасности тесно сотрудничало в вопросах отбытия наказания с психиатрической больницей принудительного содержания в Вальдхайме. Здесь проводилась судебно-психиатрическая экспертиза на предмет уголовно-правовой ответственности политических правонарушителей, причем не только психически больных, но и здоровых граждан.

Политическое воздействие на психически больных осуществлялось специальными министерскими инструкциями о направлении больных в психиатрические учреждения. Повсеместно практиковалась принудительная госпитализация и удерживание в больнице определенных известных психических больных, например, в связи с государственными праздниками или иными политическими событиями.

Унижение человеческого достоинства психически больных проявлялось в условиях их содержания, в частности, в совершенно неприспособленных для этого помещениях, в практике наказаний помещением в карцер, дисциплинарным назначением медикаментозной и другой терапии вплоть до рентгенокастрации и стереотаксических операций на головном мозге.

Политические злоупотребления осуществлялись прежде всего в последние годы существования ГДР через так называемых внештатных и кадровых, как

правило, всегда засекреченных сотрудников органов госбезопасности, опутавших все сферы общественной жизни.

Вне всякого сомнения документально подтверждаются следующие формы политических злоупотреблений:

нарушение врачебной тайны с передачей историй болезней частями или полностью;

оказание давления на желающих эмигрировать в Западную Германию;

необоснованное направления на стационарное психиатрическое лечение или продление срока стационарного пребывания в психиатрическом учреждении сверх законодательно предусмотренных в ГДР сроков;

практиковавшиеся особенно в период становления ГДР в основном идеологически навязанные освидетельствования при пренебрежении медицинскими соображениями;

психиатрическое освидетельствование здоровых людей, так называемых политических правонарушителей, в оскорбляющих человеческое достоинство условиях экспертизы;

слежка за сотрудниками и назначение на все руководящие должности членов партии, исполняющих указания партийных органов, которые отчасти тесно сотрудничали с органами госбезопасности, а отчасти и сами являлись внештатными сотрудниками органов госбезопасности.

Насколько нам сегодня известно, в ГДР не было насильственного помещения политически неугодных граждан или диссидентов, не страдающих психическими заболеваниями, в психиатрические клиники, как это с семидесятых годов практиковалось в Советском Союзе. Нет также данных о том, чтобы здоровым гражданам ставился психиатрический диагноз и на этом основании насильственно назначались лекарства.

Возможно, что одной из причин, почему власти в ГДР боялись ответственности за злоупотребления в психиатрии, была географическая близость ГДР к так называемым капиталистическим странам, в особенности к ФРГ.

С другой стороны, в ГДР, особенно в последние годы, была распространена практика продажи или насильственной высыпки неугодных оппозиционных, а также умственно отсталых и психически больных граждан в ФРГ.

Компания по вскрытию и исправлению нарушений в психиатрии после краха ГДР в октябре 1989 года инициировалась Западной Германией. Она проводилась в форме расследования, нередко в тесном сотрудничестве с коллегами из бывшей ГДР, которые, – занимая тогда еще ключевые посты в психиатрической системе ГДР, – категорически исключали существование каких бы то ни было нарушений или злоупотреблений в психиатрии в бывшей ГДР.

Перевод  
Я. Л. Обухова

## РОССИЙСКАЯ ПСИХИАТРИЯ: ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ

Ю. С. Савенко, Л. Н. Виноградова (Москва)

Исторический контекст – один из основных ключей к пониманию ситуации российской психиатрии. До революции она имела славные традиции, имена В. Кандинского, С. Корсаков и В. Бехтерева были известны психиатрам всего мира.

73 года советской власти для психиатрии (рис. 1) это драматическая история разгромов каждый раз нового яркого направления в психиатрии: психологического в 1923 году, психогигиенического в 1935–37 гг., и психоморфологического в 1952 г. Четвертое, психопатологическое иссякло в условиях собственного монополизма и эпигонства и, выполнив один социальный заказ, перестало удовлетворять следующему. В 1989–90 годах 2 миллиона человек было снято с психиатрического учета. Эти резкие повороты, немыслимые в естественных условиях, обнажают беспрецедентный масштаб использования психиатрии в немедицинских целях в Советском Союзе. Например, согласно статистике по институту судебной психиатрии им. Сербского (процент психопатов, признанных невменяемыми, равнялся в 1922 г. – 46.5 %, в 1935 – 3 %, в 1945 – 12 %) (рис. 2). Сосредоточение на выявлении в населении мягких форм шизофrenии и других психических расстройств было для государства помехой в эпоху террора и войны. Резолюция съезда психиатров 1936 г. осуждала расширение границ шизофrenии как «практически вредное». Однако в 1960–80 гг. когда надо было дискредитировать и запугать правозащитное движение, монополия в психиатрии была представлена школе, которая снова более прежнего расширила границы шизофrenии (рис. 3).

Объявление смутьянов безумными, разумеется, не ново. В России это, например, императорский указ 1836 г. Московскому военному генерал-губернатору считать Г. Я. Чаадаева сумасшедшим за его «Философическое письмо». Но именно Ленин воскресил эту практику по отношению к своим непосредственным соратникам, а ее широкому распространению мы обязаны Хрущеву и особенно Андропову. Истории этого вопроса посвящена монография почетного члена НПА Александра Подрабинека «Карательная медицина». Что касается жертв этой медицины, то их было две категории.

Первая – это реально больные люди, которые за диссидентскую деятельность насильственно госпитализировались в психиатрические больницы без достаточного на то основания. Таким был ведущий отечественный специалист по математической логике А. С. Есенин-Вольгин, вызволенный из психиатрической лечебницы благодаря письму-протесту 99 математиков (1968). Этот был глубоко поучительный пример юридически правильной постановки вопроса оспаривать не факт психического заболевания, а основания для насильственной госпитализации.

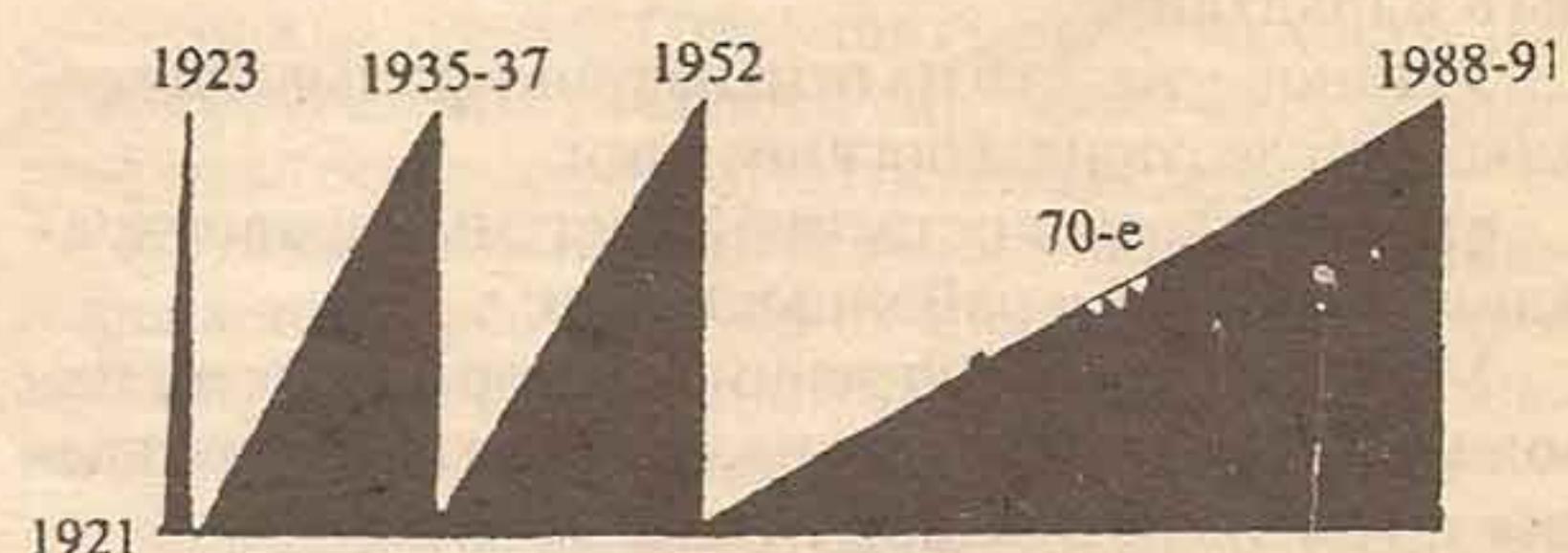


Рис. 1

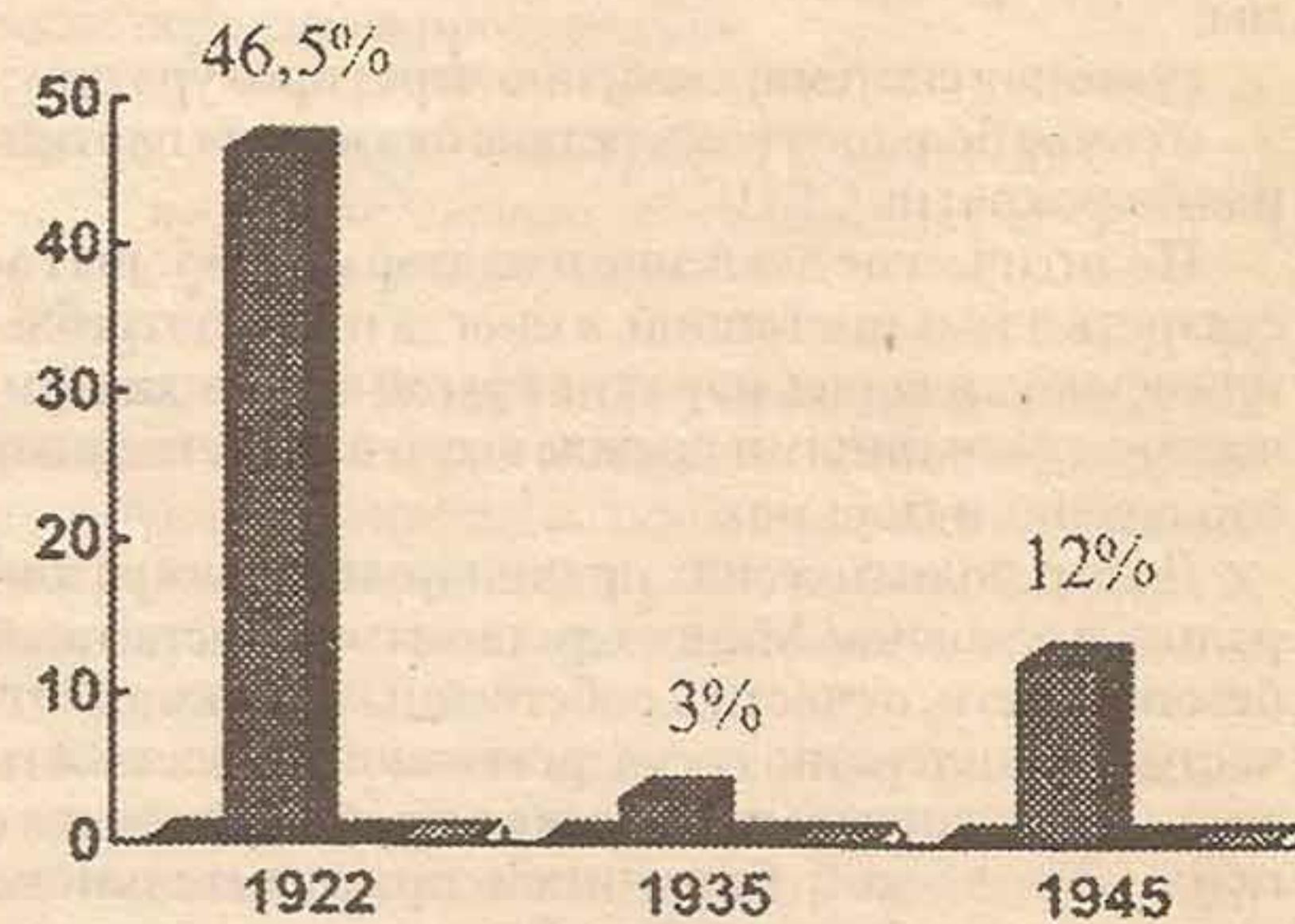
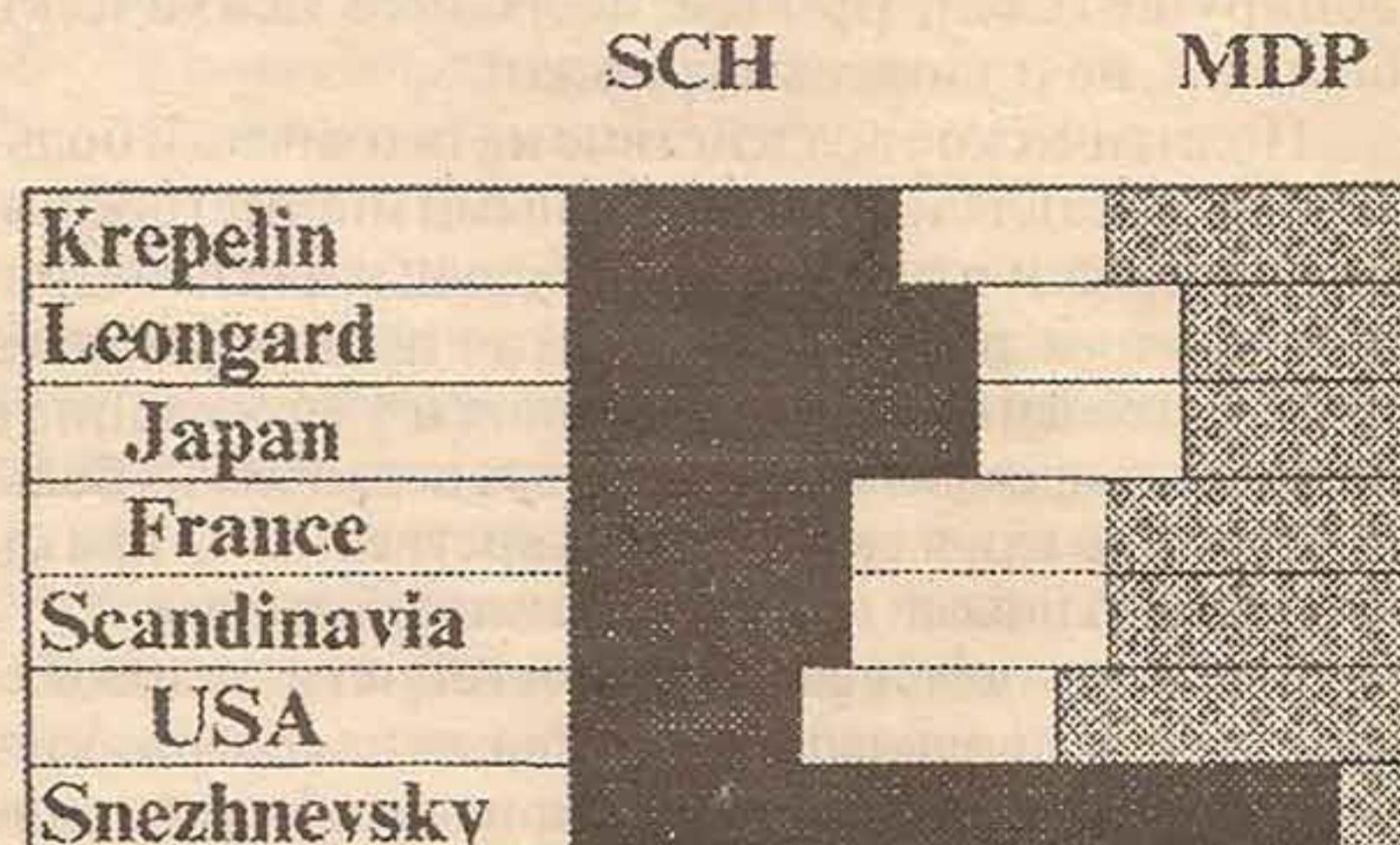


Рис. 2



V. Gindilis, 1991

Рис. 3

Именно А. С. Есенину-Вольгину принадлежит идея жесткого требования от властей выполнения собственного законодательства, которое до этого было для всех привычно-пустой декларацией.

Вторая категория – это психически здоровые люди, которым был поставлен диагноз психической болезни посредством прямой фальсификации, либо

искреннего убеждения в невозможности психически здоровому человеку открыто восставать против тоталитарного государства. Здесь наиболее яркий пример это дело генерала П. Г. Григоренко (1964–1969), на котором НПА в 1991 году удалось анатомировать технологию натягивания психиатрического диагноза («Независимый психиатрический журнал», 1992, III–IV, 36–60).

Сейчас Россия стоит на решающем повороте, который надолго предопределит ее будущее и серьезно повлияет на ситуацию во всем мире. Путь реформ в России оказался зигзагообразным. Они имитируются, искаются, тормозятся, что посевло недоверие к ним. Да и сами реформаторы оказались очень не-последовательными.

Такую ситуацию мы видим и в психиатрии. Странная модель государственной психиатрии показала свою несостоятельность. Это не только непосредственная неэффективность. Именно тотальное огосударствление советской психиатрии было основой ее политизированности и привело к беспрецедентным злоупотреблениям. Это вызвало международный резонанс, который помог добиться в психиатрии наиболее впечатляющих позитивных перемен за последние семь лет.

Психически больные, которые были самой бесправной категорией людей, были впервые де-юре уравнены в правах со всеми гражданами, а социальные ограничения индивидуализированы.

Беспрецедентный патернализм психиатров был существенно ограничен, а недобровольные меры впервые определены юридически.

Психиатрия перестала быть для государства типовой и самой удобной формой подавления недовольства.

Научному сообществу психиатров представилась возможность перестать быть простым дублером государственного ведомства.

Возникла реальная тенденция к децентрализации и плуранизму научных подходов и организационных форм. Однако традиционный прямой государства выхолащивал этот процесс. С 1989 года возникли многие десятки ассоциаций, организованные и возглавленные директорами государственных институтов и называвшие себя негосударственными и независимыми. НПА была одной из немногих реально негосударственных организаций, которая выдержала активные попытки дискредитации и подмены ее карманными ассоциациями. Сейчас очередной момент поворота к советскому стилю. Российское общество психиатров (РОП), включившее в 1989 году в свой Устав сотрудничество с независимыми психиатрическими ассоциациями, осенью 1995 г. грубо игнорировало НПА на своем съезде, называя его «съездом всех психиатров России». Оно выбрали своим почетным членом проф. А. Портнова, известного участием в погромах в психиатрии в 1952 году и середине 70-х годов. Призывы НПА к сотрудничеству остались без внимания. Эти и многие сходные факты хорошо известны и понятны внутри страны и вызвали приток в НПА новых членов из числа ведущих психиатров Москвы и различных регионов России.

Сам факт существования НПА стал важным фак-

тором осуществления реформ в российской психиатрии. НПА препятствует традиционной имитации этих реформ.

Уже семь лет функционирует созданная НПА независимая психиатрическая экспертиза, проторяющая путь состязательной экспертизы в суде. Члены НПА участвуют в экспертизах Института им. Сербского и других учреждений, однако ведомственная экспертиза силовых министерств сохраняет свою закрытость.

Три года как введен первый в истории российской психиатрии Закон о психиатрической помощи. Первый год он игнорировался. До настоящего времени многие его положения выполняются чисто формально, больных с ним часто не знакомят. НПА продолжает участвовать в законотворческой деятельности и осуществляет общественный контроль за выполнением законодательства в области психиатрии, преодолевая широко распространенный менталитет руководителей психиатрических учреждений, в том числе членов Правления РОП: «общественные организации не вправе контролировать государственные учреждения». При этом они явно забывают, что и РОП считается общественной организацией.

При значительном разнообразии регионов прослеживается общая тенденция: чем ближе к Москве, в самой Москве, и особенно в трех государственных психиатрических центрах консерватизм наибольший.

Контрольные группы НПА провели девять многодневных проверок четырех психиатрических больниц строгого наблюдения, не считая множества посещений психиатрических учреждений общего профиля. Они убедились, что во многих регионах отмечается отрадное разнообразие и самостоятельность, опережение Москвы в деле реформ, тормозимое катастрофической нехваткой средств. Однако главная проблема не в недостатке финансирования, а в давно скомпрометировавшей себя, и тем не менее цепкой, централизованной системе государственного финансирования по административной вертикали вместо предоставления средств непосредственно главным врачам и научным разработчикам. Между тем, роль личного фактора администраторов и врачей явственно выросла.

В 1993 году 62-я ст. «Основ законодательства об охране здоровья граждан» предоставила общественным профессиональным организациям право на участие в лицензировании, сертификации и аттестации врачей, в тарификации медицинских услуг для обязательного медицинского страхования. Ни одной медицинской ассоциации в России не удалось еще реализовать эти свои права. ИПА объединила здесь свои усилия с Ассоциацией врачей России. Хотя сопротивление этому со стороны государственной медицины сейчас увеличилось, эти наши усилия совпадают с общей тенденцией к децентрализации и разгосударствлению и служат формированию гражданского общества.

Наряду с этим социологическим аспектом, в собственно профессиональном аспекте российской психиатрии также определился ряд новых тенденций.

Это преодоление прежнего отрыва от мировой

психиатрии, принятие в качестве статистического инструмента ICD – 10, постепенный переход к приоритету полустационарных и амбулаторных методов лечения, расширение психотерапевтической подготовки врачей и персонала и арсенала используемых методов, введение специальности социального работника, осознание необходимости обслуживания больных бригадой различных специалистов и открытие психиатрических отделений в многопрофильных больницах, организация этических комитетов и ассоциаций родственников психически больных, обращение к социальной проблематике (помощь жертвам экологических и экономических катастроф и военных конфликтов).

Приоритетами НПА являются три фундаментальных пробела советской психиатрии, которые были профессиональной основой злоупотреблений. Это феноменологический метод, введенный в психиатрию Карлом Ясперсом и Куртом Шнейдером, существа которого было полностью искажено. Это критерии психотического уровня для различных синдромов, адекватно презентируемые лишь математическим аппаратом синергетики. И это правовые и этические вопросы психиатрии. Отсутствует понимание, что естественные права человека, получившие в 20-м веке новое фундаментальное обоснование у Макса Шелера, интегрированы в сам предмет психиатрии. Все это непосредственно связано с переходом к новой общенаучной парадигме в психиатрии и открывает новый горизонт любым исследованием.

Этому служат недавно учрежденные НПА ежемесячные клинические разборы ведущих клиницистов, а также циклы образовательной программы НПА, в рамках которой проведено 8 всероссийских семинаров с международным участием: по феноменологии и клиническим разборам, духовным подходам в психиатрии (с проф. В. Кречмером), праву и этике в психиатрии (с проф. А. Карми и др.), подготовке среднего персонала, социальных работников и юристов в области психиатрии, новациям в социальной и клинической психиатрии на примере американского опыта (с 11 коллегами из Сиэтла), а также 8 семинаров в других городах России.

Все это находит отражение в Независимом психиатрическом журнале, который выходит с 1991 года

и стал наиболее читаемым из 4-х основных профессиональных журналов.

С 1995 года в стране резко нарастает засекречивание и ведомственная закрытость. Медицинская тайна начала противопоставляться праву на общественный контроль за соблюдением всех других прав психически больных.

В ходе начавшегося превращения православия в государственную идеологию место политических диссидентов стали занимать религиозные диссиденты. Используется предлог грубого вреда якобы наносимого психическому здоровью новыми религиозными движениями. Здесь последовательной правозащитной позиции НПА противостоит уклончивая тактика РОП.

Ярким примером положения дел в российской психиатрии является ситуация в Институте судебной психиатрии им. Сербского. Это учреждение, – центр прежних злоупотреблений психиатрией, – создало комиссию по реабилитации собственных жертв исключительно из собственных сотрудников, а руководителем темы по истории Института единогласно избрало Георгия Морозова, который за эти злоупотребления ответственен. Даже самое документированное злоупотребление – дело генерала Григоренко – злоупотреблением внутри Института не считается. И это сейчас самое преуспевающее психиатрическое учреждение, – государственный Центр социальной и судебной психиатрии, – которое открыто стремится к монополизму еще большему чем прежде: если по Положению 1970 г. любой психиатр мог выступить экспертом в суде, то теперь Государственный Центр им. Сербского настаивает, что это право лишь прошедших его стажировку. Вопреки этому многие наиболее талантливые сотрудники Института им. Сербского активно сотрудничают с НПА.

Одно из основных препятствий реформирования российской психиатрии заключено в том, что они проводятся теми, кто хотел бы сохранить существование старого устройства: монополизм и приоритет государства вместо утверждения естественного сотрудничества государственных и общественных организаций с реальным приоритетом прав человека. Осознание этого факта стало уже достоянием многих и это обнадеживает.

## РОССИЙСКАЯ ПСИХИАТРИЯ СЕГОДНЯ

В. Б. Каган (Санкт-Петербург)

Что представляет собой российская психиатрия сегодня? Ответ на этот вопрос связан с двумя другими вопросами: «Каково сегодняшнее состояние психиатрии вообще?» и «Какова реальность сегодняшней жизни в России?». Большинство дискуссий и публикаций сосредоточены преимущественно на втором вопросе и описывают российскую реальность в приложении к психиатрии. В таком подходе есть немалая доля истины, поскольку психиатрия не просто связана с социальной, экономической и политичес-

кой жизнью, но и зависит от них. В то же время это не вся истина, потому что психиатрия – живая часть жизни, своего рода организм, живущий по присущим ему законам и вступающий во множественные диалоги с другими сторонами жизни и с собой. Они очень непросты даже в достаточно стабильных и демократических обществах. В этих диалогах определяется то влияние, которое оказывает психиатрия на социум и культуру.

К сожалению, в России эти диалоги протекают

почти исключительно в конфликтном ключе. Это выходит далеко за пределы обычных человеческих игр: даже сотрудничество часто выглядит как военный союз против кого-то или чего-то, даже простое несогласие с мнением воспринимается как лично направленная агрессия (Кто не с нами – тот против нас). Именно так было воспринято Министерством Здравоохранения СССР и Всесоюзным Обществом Психиатров в 1989 г создание Независимой Психиатрической Ассоциации, которая и по сегодня продолжает испытывать сильное противодействие официальной психиатрии. А в 1992 г при создании Независимой Ассоциации Детских Психиатров и Психологов один из ведущих детских психиатров предложил своей сотруднице выбор: работа в его организации или членство в Ассоциации. В качестве спонтанных первых реакций это может быть понятно. Хуже, когда это превращается в устойчивый стиль отношений. Справедливости ради следует отметить, что в последнее время эта тенденция войны на уничтожение сглаживается. Так, даже сквозь неприкрытую дискриминацию НПА со стороны Российского Общества Психиатров при подготовке и проведении 12-го Съезда Психиатров России пробивались, пусть пока и слабые, ростки осознания необходимости поиска таких форм сотрудничества, которые служили бы интересам психиатрии, а не отдельных лиц или групп.

Лишь внутреннее единство психиатрии (я не имею в виду то унифицированное единство, которое характеризуется установкой «Все как один») способно помочь разрешить три, на мой взгляд, главные сегодняшние проблемы.

Первая из них – реализация Закона о психиатрической помощи, введенного в действие с 1995 г. Совершенно недопустимо, когда воплощение его в жизнь блокируется в угоду интересам отдельных людей и групп. Злоупотребления возможны в любой области, в том числе и в психиатрии (как злоупотребления психиатрией, так и злоупотребления психиатрии). Но реализация Закона в условиях действия приказов и инструкций 10 – 50-летней давности создает пространство для многих как вольных, так и невольных нарушений Закона и превращает ответственность за его нарушение в нечто призрачное.

Вторая проблема – бесконечные реорганизации по приказу сверху, еще в советское время о них очень точно сказал З. Паперный: «реорганизация – это превращение одной организации в другую, достигающее такой степени дезорганизации, при которой становятся очевидными преимущества первой организации перед второй и необходимость новой реорганизации». Один из самых мягких примеров: приказ Министерства Здравоохранения от февраля 1995 г. о ликвидации специальности «детская психиатрия». Как можно учил, студентов и врачей несуществующей специальности? Почему бы тогда не упразднить заодно и педиатрию?

Третья проблема – финансовая. Можете ли вы представить, что дневной рацион пациентов психиатрической больницы состоит из одноразового питания в виде сваренной на воде каши с двумя банками тушенки на 140 человек? А именно так обстояло дело в Санкт-Петербурге в декабре 1995 г., когда долг городского бюджета медицине достиг 20 млн.

долларов. На грани выживания находится одно из старейших учреждений в России – Психоневрологический Институт им. Бехтерева. Причина – бюджетный дефицит и практическое прекращение финансирования научной работы. И между тем, французская ассоциация «Medecins Relation», три года реализующая постоянную программу помощи больнице №37 Ст-Петербурга, не может преодолеть барьеры таможенной службы и Министерства Здравоохранения на бесплатное снабжение больницы разрешенными к употреблению и лицензованными в России психотропными средствами. Чьи интересы при этом защищаются? Интересы больницы, не имеющей денег на приобретение лекарств? Интересы пациентов, которым не на что покупать лекарства? Или интересы лекарственных дилеров, склады которых ломятся от не выкупленных медикаментов? Министерство здравоохранения видит в этом барьер против токсико- и наркоманий, но на самом деле это не более, чем воплощение старой русской поговорю: «Бей своих, чтоб чужие боялись». К сожалению, это не единственный пример такого рода. В такой полубредовой реальности внутреннее единство психиатрии представляется одним из наиболее сильных решающих факторов.

Довольно часто мне приходится слышать, что НПА так раз на это единство и покушается. Но согласиться с таким упреком нашей ассоциации я не могу. Защита прав человека всегда нарушает обманчивый комфорт того, что А. Битов точно обозначил как «молчаливую договоренность о недоговоренности». Но если мы не хотим существовать в порочном круге группового согласия и кладбищенской умиротворенности, мы должны научиться воспринимать сигналы тревоги как условие выживания и развития: защита прав человека – дело всегда трудное и нередко – болезненное. Выходя за рамки просто разговоров о том, что «кое-где, кое-с кем, иногда, как исключение» бывает, в область осознанной и последовательной правозащитной деятельности, НПА берет на себя задачу исключительной важности, неизбежно сопряженную с четким видением потенциальных и актуальных конфликтов и их разрешением. В то же время, надо признать: что и НПА не всегда удается найти оптимальные тон и пропорции в своих правозащитных выступлениях.

Что касается внутренних проблем российской психиатрии, то они, как представляется, лежат на пересечении взаимосвязанных оппозиций биологического и социального подходов, с одной, и патернализма и партнерства, с другой стороны. Не раз и не два мне приходилось слышать от коллег, чья профессиональная и человеческая порядочность для меня бесспорны, что их задача – защитить семью и общество. Это была типовая позиция советской психиатрии с ее принудительными, превентивными и просто пролонгированными госпитализациями и лечением. Она восходит, по крайней мере, к трем источникам: традиционным культуральным аттитюдам, семи десятилетиям советского тоталитаризма и доминированию биологического подхода. Эта позиция не оставляет места для человеческого бытия, редуцируя его до «человеческого фактора» и «человека как носителя (мозга, черт характера и т.д.)». Такой патернистско-биологизаторский подход, восходя-

щий к Пастеровской парадигме медицины и рассматривающий едва ли не любое отклонение от доминирующих или навязываемых социальных, гражданских и политических шаблонов как проявление психического нездоровья, открывает широкие возможности для злоупотреблений как психиатрией, так и психиатрии. К сожалению, он превратился в свое-го рода внутреннюю установку психиатрии и продолжает поддерживать «войну за пациента... с самим пациентом», вытеснение ответственности перед пациентом ответственностью перед обществом за него, обращение к психиатрическому этикетированию в гражданской, социальной и политической жизни. Сегодня, когда дракон «карательной психиатрии» уже не висит над Россией, этот подход можно сравнить с яйцом дракона. Ведь и по сегодня в вузовских и постдипломных программах обучения он остается доминирующим. Даже сегодня многие профессора уверены, что в усовершенствовании психиатров достаточно одной-двух лекций по психотерапии и главное правило психиатра – «не психологизировать». С другой стороны, многие психологи не готовы к сотрудничеству с психиатрией из-за «реактивного» (понятного с учетом долгих ограничений психологии) неприятия психиатрии, до-ходящего до воинствующей антипсихиатрии. И лишь в последние годы намечается переход от «ремонта психики» к партнерству с пациентом.

Реальный поворот психиатрии к человеку озна-

чает не только финансовые, организационные и юридические усилия, но и поиск новой профессиональной идентичности психиатрии и психиатра. Выздоровление российской психиатрии, восстановление свойственных ей гуманистических идеалов и норм, ее развитие требуют прежде всего глубоких и серьезных преобразований в системе обучения и усовершенствования психиатров, изменений социокультурных стереотипов отношения к психиатрии и ее пациентам. Опыт последних лет показывает, что именно сфера образования является наиболее перспективной областью международного сотрудничества. Основные усилия в этом направлении сегодня предпринимаются прежде всего независимыми организациями в рамках альтернативного, параллельного и дополнительного обучения. Поддержка и развитие профессиональных обучения и усовершенствования, объединение сил государственных и независимых учреждений – одна из актуальнейших задач.

В заключение я хочу напомнить слова Нормана Сарториуса на 12-ом съезде психиатров России в ноябре 1995 г: «Ваша ситуация характеризуется как кризис. В китайском языке слово кризис изображается двумя иероглифами: опасность и возможность». Сегодня, за шесть недель до президентских выборов в России эти слова звучат особенно актуально. И я верю в возможность – для России, российской психиатрии и нашего сотрудничества.

## НПА

осуществляет проект

### «НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ СЛУЖБА РОССИИ»,

включающий следующие программы:

Независимая психиатрическая экспертиза  
Новые системы реабилитации психически больных  
Реабилитация жертв жестокости и пыток  
Независимая издательская деятельность  
Образовательная программа  
Помощь неимущим психически больным

Как благотворительная организация НПА нуждается  
в спонсорах и принимает пожертвования

Филиал «Таганский» АБ «Инкомбанк»  
р/с № 300700863  
с/корр. счет № 502161000 в РКЦ ГУ ЦБ  
МФО 201791

## ПСИХИАТРИЗАЦИЯ МАССОВОГО СОЗНАНИЯ

Одной из особенностей современного массового сознания является его выраженная склонность к психиатризации как окружающих, так и самой действительности. Психиатрическая лексика на устах политиков, журналистов и простых граждан, психиатрические квалификации не только бранные или метафорические, но вполне искренне-убежденные, отражают грандиозность переживаемых перемен, потерю привычной сетки координат для оценки и элементарной ориентировки в действительности, восприятие этой последней если не как хаоса, то как извращения всех канонов, как перевернутого, кувыркнувшегося мира, мира сошедшего с ума.

Современная действительность непрерывно преподносит такие сюрпризы и с такой плотностью, что будничное и экстраординарное поменялись местами, каждодневная жизнь выглядит как грубая, безвкусно-надуманная неумело-гротескная выдумка, а прежняя размеренная норма как неправдоподобная утопия. Фигура и фон поменялись местами.

В результате обыденное сознание усматривает психические расстройства там, где профессиональный психиатр их не видит. Причем не только в отношении конкретных людей, но целых общественных групп, институтов, документов и явлений действительности. Примером подобной расширительности психиатрических квалификаций, т. е., так наз. психиатризации, является коллизия, послужившая основанием для судебного иска председателя Либерально-демократической партии и ее фракции в Думе В. Жириновского к журналисту «Московского комсомольца» А. Минкину. Приводится ответ на запрос главного редактора «МК», приславшего ряд извлечений из текстов В. Жириновского и полный текст обращения фракции ЛДПР, послуживший отправной точкой конфликта.

22 июня 1995 г.

Главному редактору газеты  
«Московский комсомолец»

П. Н. Гусеву

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПСИХИАТРА

НПА последовательно выступает против использования психиатрии в политических целях. Между тем, психиатрическая лексика в устах политиков и журналистов стала неотъемлемой приметой времени.

Представленные нам на отзыв материалы («Предложения фракции ЛДПР высшему политическому руководству России» и отклик на них в «Московском Комсомольце», 18.02.95, Александра Минкина) представляют пример экспансии в психиатрию не-профессионалов. Естественно профессиональному психиатру прокомментировать адекватность этого словоупотребления.

Прежде всего следует подчеркнуть, что психиатрические термины с обеих сторон касались не конкретных личностей, а общих идей и явлений: «дебилизация» русского народа – у фракции, и «параноидальная идея» в ответ на эту и подобные идеи – у журналиста.

По существу (и не только для психиатра) в них нет ничего обидного, а только констатация неблагополучного, драматического положения вещей. Но здесь нельзя игнорировать традиционное оценочное использование этих слов в просторечии, как своего рода грубых гипербол или ругательств. Существует принципиальное различие между ругательством и грубостью. Последняя используется более или менее адекватно, ругательство обычно даже не претендует на это.

Заявление фракции представляет схематическое изложение целой концепции. Шесть цивилизаций

ведут борьбу за мировое господство, причем в шестой, «скрытой», легко узнается жида-масонская концепция. Под любое стеченье обстоятельств подставляется сознательный умысел, в результате чего получается, что «геостратегические цели западно-христианской и восточно-буддистской цивилизаций совпадают» и состоят в «цивилизационно-духовной колонизации прежде всего России». Так, например, война в Чечне – это результат происков Белого дома. Изложение пяти геополитических тенденций дано в стиле черной пропаганды, имплицитируя исходные волонтаризм и вульгарный детерминизм. «Истинная цель межнациональных, этноконфессиональных и иных конфликтов» – «разрушение этносистемного иммунитета России». Перлом концепции является утверждение, что «сбросами на российский рынок дешевых некачественных продуктов питания, в т.ч. разработанных специалистами генной инженерии, достигается скрытое и плавное уничтожение определенных расовых групп», и прежде всего «приводит к депопуляции и дебилизации нации».

Нетрудно прогнозировать, что при социологическом опросе эта концепция действительно будет названа большинством психиатров и непсихиатров бредовой. И для этого есть веские основания.

Прежде всего это ярко выраженная идея фикс: все пронизано стойкой доминантой, лейтмотивом заговора против России.

Перед нами простая четкая макросхема, полностью игнорирующая не просто отсутствие в реальности этой простоты, этой четкой определенности, но вообще какой-либо адекватности нарисованной картины.

Налицо грандиозность масштабов, решительность и не знающая сомнений убежденность обобщений.

Но в отличие от истинного бреда эти идеи явля-

ются плодом коллективного творчества и преследуют чисто манипулятивные цели, совершенно не интересуясь Истиной. В своем истоке эта концепция или ее отдельные фрагменты вполне могли быть творчеством душевнобольных, но давно «зажившим собственной жизнью», позаимствованным для инструментального использования.

Нельзя игнорировать мощного провокационного заряда этой концепции, сознательно призываю-

щей к активным действиям погромного характера. Таким образом, перед нами чисто политический документ с ярко выраженным экстремистским содержанием. Назвать его «параноидальным» значит не оскорбить, а избавить от ответственности, так как по существу всем своим содержанием он подпадает под статью Закона о разжигании социальной и межнациональной розни.

Ю. С. Савенко

## «ПРОТИВ ЛОМА НЕТ ПРИЕМА»?

В делах о дееспособности или вменяемости заключение судебно-психиатрической экспертизы является для судов единственным решающим доказательством. Оспорить это заключение и потребовать назначения повторной экспертизы для одно из сторон процесса бывает почти невозможным. Особенно – если это заключение прозвучало с такого психиатрического олимпа как Центр им. Сербского. Одна из судей, имея перед собой их акт СПЭ так и сказала потерпевшему, сомневающемуся в добросовестности вердикта оракулов Центра: «Ну, что Вы! Сербский... Как говорится, против лома нет приема». Однако оценка акта специалистом НПА дала основание для назначения повторной экспертизы и ее заключение подтвердило мнение специалиста НПА.

В последнее время в НПА все чаще начали направлять акты (СПЭ) для их оценки, и стало очевидным, что не все безупречно в этих ответственных и судьбоносных документах. Как пример такого рода приведем оценку специалистом НПА акта судебно-психиатрической экспертизы, проведенной П-ву в Центре им. Сербского. В обоснование диагноза «шизофрения» в акте указывается на:

1. «Патохарактерологический сдвиг в подростковом возрасте».

Однако в акте не описано такого. Сказано, что в 15-летнем возрасте испытуемого перестала интересовать учеба, у него возникали конфликты с преподавателями из-за неудовлетворительного поведения; тут же указано, что он справлялся с программой обучения, поступил в техникум, закончил его и работал по специальности в институте им. Курчатова. Если и можно говорить о каком-то «сдвиге», то это, скорее, пубертатный криз даже не патологического свойства. Не описано также характерных для шизофрении изменений в этом возрасте в эмоциональной сфере – холодности и отчуждения от родителей, наоборот, испытуемый тяжело перенес смерть матери, много плакал, было чувство вины перед матерью, ощущение что остался один, никому не нужен, т.е. описана естественная человеческая реакция в виде реактивной депрессии.

2. «Появление в возрасте 19 лет неврозоподобной, сенесто-ипохондрической симптоматики /страх смерти, удушья, неприятные ощущения в области сердца/».

Из описательной части акта следует, что речь идет о т.н. панических реакциях. Описанная симптоматика невротического регистра конечно же не является

облигатной для шизофрении; она может проявляться в рамках органического поражения ЦНС, что было возможно и у испытуемого с учетом переносимых им органических вредностей /повторные черепно-мозговые травмы, массивная алкоголизация/.

3. «Присоединение впоследствии специфических для шизофрении нарушений мышления»

В описательной части акта /при обследованиях испытуемого в психиатрических стационарах/ на это нет указаний. В психическом статусе акта указано: «Некоторые суждения отличаются незрелостью, примитивностью. Память несколько снижена, мышление конкретного типа». При экспериментально-психологическом исследовании: «Ассоциативные образы в целом отражают содержание понятий, конкретны, формальны, малопроективны». То есть описаны расстройства мышления, характерные для органических процессов.

4. «Нарастающая социальная дезадаптация».

Описана типичная алкогольная деградация.

Непосредственно перед совершением сделки обмена жилплощади, в отношении которой решался вопрос его дееспособности, испытуемый в течение двух месяцев находился в психиатрической больнице; там психотических явлений не обнаружено, выписан с диагнозом: «Органическое заболевание ЦНС сложного генеза со склонностью к невротическим реакциям и аффективным колебаниям». При последующем обращении испытуемого в психиатрический диспансер также не выявлялось психотической симптоматики, и он был снят с диспансерного наблюдения.

Заключение специалиста НПА: «Таким образом, диагноз «шизофрения», установленный в заключительное части акта не вытекает из описательной его части. Вывод экспертов о том, что в период, относящийся к обмену жилплощади у испытуемого наблюдалось обострение его хронического психического заболевания, что лишило его возможности понимать значение своих действий и руководить ими» следует считать необоснованным».

Мнение специалистов ИЛА стало для судов авторитетным; по заключениям подобного рода назначаются повторные судебно-психиатрические экспертизы, и что особенно отрадно, профессионализм специалистов НПА адекватно оценивается официальными экспертами.

В. Батаев

## О СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ ИНВАЛИДОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Ю. Н. Аргунова

По данным статистики, в России инвалидами являются 4,5 млн человек. По утверждению А. Ломакина, председателя Всероссийского общества инвалидов, в действительности их гораздо больше – 8,5 млн. А это означает, что далеко не все инвалиды имеют официально признанную инвалидность и, соответственно, положенную пенсию. Кроме того лишь у 650 тысяч инвалидов имеются рабочие места, только половина из 300 тысяч детей-инвалидов учится в школах<sup>1</sup>. Проблема социализации инвалидов, включая лиц с психическими расстройствами, вовлечения их в активную жизнь имеет государственное значение и масштаб.

Статья 39 Конституции РФ гарантирует каждому социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности, потери кормильца, для воспитания детей и в иных установленных законом случаях. Поощряются добровольное социальное страхование, создание дополнительных форм социального обеспечения и благотворительность.

20 июля 1995 года Государственной Думой принят Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»<sup>2</sup>. Закон определяет государственную политику в области социальной защиты инвалидов, целью которой является обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией России, а также в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами РФ.

Социальная защита инвалидов представляет собой систему гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Согласно Закону инвалидом является лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Под ограничением жизнедеятельности понимается полная или частичная потеря лицом способности

или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

В зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лицам в возрасте до 16 лет устанавливается категория «ребенок-инвалид».

Признание лица инвалидом осуществляется Государственной службой медико-социальной экспертизы, на которую возлагаются:

- 1) определение группы инвалидности, ее причин, сроков, времени наступления инвалидности, потребности инвалида в различных видах социальной защиты;
- 2) разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов;
- 3) изучение уровня и причин инвалидности населения;
- 4) участие в разработке комплексных программ профилактики инвалидности, медико-социальной реабилитации и социальной защиты инвалидов;
- 5) определение степени утраты профессиональной трудоспособности лиц, получивших трудовоеувечье или профессиональное заболевание;
- 6) определение причины смерти инвалида в случаях, когда законодательством РФ предусматривается предоставление льгот семье умершего.

Медико-социальная экспертиза осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием классификаций и критериев, разрабатываемых и утверждаемых в порядке, определяемом Правительством РФ.

Решение органа Государственной службы медико-социальной экспертизы является обязательным для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Закон рассматривает реабилитацию инвалидов как систему медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Целью реабилитации являются восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимо-

<sup>1</sup> Московская правда. – 1996. – 3 апреля.

<sup>2</sup> Российская газета. – 1995. – 2 декабря.

сти и его социальная адаптация. Реабилитация включает в себя:

1) медицинскую реабилитацию, которая состоит из восстановительной терапии, реконструктивной хирургии, протезирования и ортезирования;

2) профессиональную реабилитацию, которая состоит из профессиональной ориентации, профессионального образования, профессионально-производственной адаптации и трудоустройства;

3) социальную реабилитацию, которая состоит из социально-средовой ориентации и социально-бытовой адаптации.

Правительство РФ утверждает Федеральную базовую программу реабилитации инвалидов – гарантированный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств и услуг, предоставляемых инвалиду бесплатно за счет средств федерального бюджета.

На основе решения Государственной службы медико-социальной экспертизы разрабатывается индивидуальная программа реабилитации инвалида – комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающих в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер. Индивидуальная программа содержит как реабилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду бесплатно в соответствии с федеральной базовой программой, так и мероприятия, в оплате которых принимают участие сам инвалид либо другие лица или организации. Объем мероприятий, предусмотренных индивидуальной программой, не может быть меньше установленного федеральной базовой программой.

Индивидуальная программа реабилитации имеет для инвалида рекомендательный характер, он вправе отказаться от того или иного вида, формы и объема мероприятий, а также от реализации программы в целом. Инвалид вправе самостоятельно решить вопрос об обеспечении себя конкретным видом реабилитации. Отказ инвалида (или лица, представляющего его интересы) от индивидуальной программы реабилитации в целом или от реализации отдельных ее частей освобождает соответствующие органы государственной власти, органы местного самоуправления, а также организации от ответственности за ее исполнение и не дает инвалиду права на получение компенсации в размере стоимости реабилитационных мероприятий, предоставляемых бесплатно.

Оказание квалифицированной медицинской помощи инвалидам, включая лекарственное обеспечение, осуществляется бесплатно<sup>3</sup> или на льготных условиях в соответствии с законодательством РФ (ст. 13 Закона).

Инвалиды и семьи, имеющие детей-инвалидов,

<sup>3</sup> Лица с психическими заболеваниями (инвалиды I и II групп, а также больные, работающие в лечебно-производственных предприятиях для проведения трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства на этих предприятиях), а также больные шизофренией и эпилепсией входят в Перечень групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по

нуждающиеся в улучшении жилищных условий, принимаются на учет и обеспечиваются жилыми помещениями с учетом льгот, предусмотренных законодательством РФ и законодательством субъектов РФ. Жилые помещения предоставляются инвалидам, семьям, имеющим детей-инвалидов, с учетом состояния здоровья и других заслуживающих внимания обстоятельств. Инвалиды имеют право на дополнительную жилую площадь в виде отдельной комнаты в соответствии с перечнем заболеваний, утвержденным Правительством РФ. Указанное право учитывается при постановке на учет для улучшения жилищных условий и предоставлении жилого помещения в домах государственного или муниципального жилищного фонда. Дополнительная жилая площадь, занимаемая инвалидом (независимо от того, в виде отдельной комнаты или нет), не считается излишней и подлежит оплате в одинаковом размере с учетом предоставляемых льгот.

Инвалиды, проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания и желающие получить жилое помещение по договору найма или аренды, подлежат принятию на учет для улучшения жилищных условий независимо от размера занимаемой площади и обеспечиваются жилыми помещениями наравне с другими инвалидами.

Дети-инвалиды, проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания, являющиеся сиротами или лишенные попечительства родителей, по достижении возраста 18 лет подлежат обеспечению жилыми помещениями вне очереди, если индивидуальная программа реабилитации инвалида предусматривает возможность осуществлять самообслуживание и вести ему самостоятельный образ жизни.

Жилое помещение в домах государственного, муниципального и общественного жилищного фонда, занимаемое инвалидом по договору найма или аренды, при помещении инвалида в стационарное учреждение социального обслуживания сохраняется за ним в течение шести месяцев.

Инвалидам и семьям, имеющим детей-инвалидов, предоставляется скидка не ниже 50 % с квартирной платы (в домах государственного, муниципального и общественного жилищного фонда) и оплаты коммунальных услуг (независимо от принадлежности жилищного фонда), а в жилых домах, не имеющих центрального отопления, – со стоимости топлива, приобретаемого в пределах норм, установленных для продажи населению.

Инвалидам и семьям, имеющим в своем составе инвалидов, предоставляется право на первоочередное получение земельных участков для индивидуального жилищного строительства, ведения подсобного и дачного хозяйства и садоводства.

Вышеприведенные нормы по обеспечению инвалидов жилой площадью вступили в силу с 1 января 1996 г. Порядок предоставления указанных льгот определяется Правительством РФ. Органы исполнительной власти субъектов РФ и органы местного

рецептам врачей бесплатно. Этот Перечень был утвержден Постановлением Правительства РФ от 30 июля 1994 № 890 (Российская газета. – 1994, 10 августа).

самоуправления вправе устанавливать инвалидам дополнительные льготы.

**Воспитание и обучение детей-инвалидов.** Образовательные учреждения совместно с органами социальной защиты и органами здравоохранения обеспечивают дошкольное, внешкольное воспитание и образование детей-инвалидов, получение инвалидами среднего общего образования, среднего профессионального и высшего профессионального образования в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.

Детям-инвалидам дошкольного возраста представляются необходимые реабилитационные меры и создаются условия для пребывания в детских дошкольных учреждениях общего типа. Для детей-инвалидов, состояние здоровья которых исключает возможность их пребывания в детских дошкольных учреждениях общего типа, создаются специальные дошкольные учреждения. При невозможности осуществлять воспитание и обучение детей-инвалидов в общих или специальных дошкольных и общеобразовательных учреждениях органы управления образованием обеспечивают с согласия родителей обучение детей по полной общеобразовательной или индивидуальной программе на дому.

**Образование инвалидов.** Государство гарантирует инвалидам необходимые условия для получения образования и профессиональной подготовки. Общее образование инвалидов осуществляется бесплатно. Государство обеспечивает инвалидам получение основного общего, среднего (полного) общего образования, начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования в соответствии с индивидуальной программой реабилитации. Для инвалидов, нуждающихся в специальных условиях для получения профессионального образования, создаются специальные профессиональные образовательные учреждения различных типов и видов или соответствующие условия в профессиональных образовательных учреждениях общего типа.

Одной из наиболее важных гарантий, предусмотренных настоящим Законом, является обеспечение трудовой занятости инвалидов путем проведения следующих специальных мероприятий, способствующих повышению их конкурентоспособности на рынке труда:

1) осуществления льготной финансово-кредитной политики в отношении специализированных предприятий, применяющих труд инвалидов, предприятий, учреждений, организаций общественных объединений инвалидов;

2) установления в организациях независимо от организационно-правовых форм и форм собственности квоты для приема на работу инвалидов и минимального количества специальных рабочих мест для инвалидов;

3) резервирования рабочих мест по профессиям, наиболее подходящим для трудоустройства инвалидов;

4) стимулирования создания предприятиями, учреждениями, организациями дополнительных рабочих мест (в том числе специальных) для трудоустройства инвалидов;

5) создания инвалидам условий труда в соответствии с индивидуальными программами реабилитации;

6) создания условий для предпринимательской деятельности инвалидов;

7) организации обучения инвалидов новым профессиям<sup>4</sup>.

Организациям, численность работников в которых составляет более 30 человек, устанавливается квота для приема на работу инвалидов в процентах к среднесписочной численности работников (но не менее 3 %). Органы исполнительной власти субъектов РФ вправе устанавливать более высокую квоту.

В случае невыполнения или невозможности выполнения квоты для приема на работу инвалидов работодатели вносят обязательную плату в установленном размере за каждого нетрудоустроенного инвалида в пределах установленной квоты в Государственный фонд занятости населения Российской Федерации, который перечисляет указанные суммы организациям независимо от организационно-правовых форм и форм собственности на создание рабочих мест для инвалидов сверх утвержденной квоты, а также общественным объединениям инвалидов на создание специализированных предприятий (цехов, участков), применяющих труд инвалидов. Руководители организаций, нарушающие порядок внесения обязательной платы в фонд занятости, несут ответственность в виде уплаты штрафа.

Работодатели в соответствии с установленной квотой для приема на работу инвалидов обязаны: 1) создавать или выделять рабочие места для трудоустройства инвалидов; 2) создавать инвалидам условия труда в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида. В соответствии со ст. 23 Закона не допускается установление в коллективных или индивидуальных трудовых договорах условий труда инвалидов (оплата труда, режим рабочего времени и времени отдыха, продолжительностью ежегодного и дополнительного оплачиваемых отпусков и другие), ухудшающих положение инвалидов по сравнению с другими работниками.

Для инвалидов I и II групп устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени не более 35 часов в неделю с сохранением полной оплаты труда. Привлечение инвалидов к сверхурочным работам, работе в выходные дни и ночное время допускается только с их согласия и при условии, если такие работы не запрещены им по состоянию здоровья<sup>5</sup>. Инвалидам предоставляется ежегодный отпуск

<sup>4</sup> Дополнительные гарантии занятости для отдельных категорий граждан, в том числе инвалидов, предусмотрены и в новой редакции Закона РФ «О занятости населения в Российской Федерации», вступившей в силу 6 мая 1996 г. В соответствии со ст. 13 Закона государство обеспечивает разработку и реализацию целевых программ содействия занятости, создание дополнительных рабочих мест и специализированных организаций (включая организации для труда инвалидов), установление квоты для приема на работу инвалидов, предоставление услуг по профориентации, а также организацию обучения по специальным программам и другие меры. Безработные инвалиды, в частности, имеют право в приоритетном порядке пройти профессиональную подготовку, повышение квалификации и переподготовку.

не менее 30 календарных дней из расчета шестидневной рабочей недели. Указанные нормы вступили в силу уже с 1 июля 1995 года.

**Социально-бытовое обслуживание инвалидов** (ст. 28 Закона) осуществляется в порядке и на основаниях, определяемых органами местного самоуправления с участием общественных объединений инвалидов.

Инвалидам, нуждающимся в постороннем уходе и помощи, предоставляются медицинские и бытовые услуги на дому либо в стационарных учреждениях<sup>6</sup>.

В числе льгот, установленных инвалидам, предусмотрена 50-процентная скидка за пользование телефоном и радиотрансляционной точкой.

Инвалиды и дети-инвалиды имеют право на санаторно-курортное лечение в соответствии с индивидуальной программой реабилитации на льготных условиях. Инвалиды I группы и дети-инвалиды, нуждающиеся в таком лечении, имеют право на получение на тех же условиях второй путевки для сопровождающего их лица. Неработающим инвалидам, в том числе находящимся в стационарных учреждениях социального обслуживания, путевки выдаются бесплатно органами социальной защиты населения. Работающие инвалиды обеспечиваются путевками по месту работы на льготных условиях за счет средств социального страхования (ст. 29 Закона).

**Транспортное обслуживание инвалидов** (ст. 30 Закона). Дети-инвалиды, их родители, опекуны, попечители и социальные работники, осуществляющие уход за детьми-инвалидами, а также инвалиды пользуются правом бесплатного проезда на всех видах транспорта общего пользования городского и пригородного сообщения, кроме такси.

Инвалидам предоставляется 50-процентная скидка со стоимости проезда на междугородных линиях воздушного, железнодорожного, речного и автомобильного транспорта с 1 октября по 15 мая и один раз (проезд туда и обратно) в другое время года. Инвалидам I и II групп и детям-инвалидам предоставляется право бесплатного проезда один раз в год к месту лечения и обратно, если законодательством РФ не установлены более льготные условия. Указанные льготы распространяются на лицо, сопровождающее инвалида I группы или ребенка-инвалида.

Детям-инвалидам и сопровождающим их лицам предоставляется право бесплатного проезда к месту

лечения (обследования) в автобусах пригородных и междугородных внутрирегиональных маршрутов.

Инвалиды, имеющие соответствующие медицинские показания, обеспечиваются автотранспортными средствами бесплатно или на льготных условиях.

Следует отметить, что приведенные положения статей 28, 29 и 30 Закона вступят в силу лишь с 1 января 1997 года.

Настоящий Федеральный закон сохраняет льготы, установленные инвалидам законодательством бывшего Союза ССР. Предусмотренные для инвалидов льготы сохраняются независимо от вида получаемых ими пенсий. В случаях, если другими правовыми актами для инвалидов предусмотрены нормы, повышающие по сравнению с настоящим Федеральным законом уровень социальной защиты инвалидов, применяются положения этих правовых актов.

Споры по вопросам установления инвалидности, реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов, предоставления конкретных мер социальной защиты, а также споры, касающиеся иных прав и свобод инвалидов, рассматриваются в судебном порядке.

В целях представительства и защиты своих прав и законных интересов инвалиды и лица, представляющие их интересы, имеют право создавать общественные объединения, движения и фонды.

Органы исполнительной власти оказывают общественным объединениям содействие и помощь, в том числе материальную, техническую и финансовую. Органы исполнительной власти, организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности привлекают полномочных представителей общественных объединений инвалидов для подготовки и принятия решений, затрагивающих интересы инвалидов. Решения, принятые с нарушением этой нормы, могут быть признаны недействительными в судебном порядке.

Инвалиды, их семьи должны быть информированы о правах, содержащихся в Декларации о правах инвалидов, провозглашенной Генеральной Ассамблеей ООН 9 декабря 1975 г. Декларация служит общей основой и руководством для защиты прав инвалидов, среди которых право на меры, предназначенные для того, чтобы дать им возможность приобрести как можно большую самостоятельность (п.5) право на восстановление здоровья и положения в обществе, на образование, профессиональную подготовку и восстановление трудоспособности, на помощь, консультации, на услуги по трудуустройству и другие виды обслуживания, которые позволяют им максимально проявить свои возможности и способности и ускорят процесс их социальной интеграции и реинтеграции (п.6). Инвалиды имеют право в соответствии со своими возможностями получить и сохранить за собой рабочее место или заниматься полезной, продуктивной и вознаграждаемой деятельностью (п.7). Особые нужды инвалидов должны приниматься во внимание на всех стадиях экономического и социального планирования (п.8).

<sup>5</sup> Соответствующие нормы предусмотрены и в Кодексе законов о труде РФ. Согласно ст. 157 КЗоТ, в случаях, предусмотренных законодательством, администрация обязана принимать на работу в порядке трудоустройства инвалидов и устанавливать им в соответствии с медицинскими рекомендациями неполное рабочее время и другие льготные условия труда. Привлечение инвалидов к сверхурочной работе, работе в выходные дни и ночное время допускается только с их согласия и при условии, если такая работа не запрещена медицинскими рекомендациями.

<sup>6</sup> Подробнее по этому вопросу смотри комментарий к Федеральному закону «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» – Независимый психиатрический журнал. – 1996. – № 1, с. 32–34.

# ХРОНИКА

## VIII ЦИКЛ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ НПА

8-13 апреля 1996 г. в подмосковном пансионате «Клязьменское водохранилище» Независимая психиатрическая ассоциация при участии Департамента здравоохранения Москвы и МЗ РФ провела VIII-ой цикл своей образовательной программы «Восполнение пробелов отечественной психиатрии», посвященный теме «Социальная работа в психиатрии и права человека». Семинар собрал около 70 участников из 22 регионов России: от Мурманска до Воронежа и от Калининграда до Екатеринбурга. Были также представители Белоруссии и Таджикистана. Основной темой обсуждения была подготовка среднего персонала и защита специалистов, работающих в психиатрии.

Именно средний персонал и прежде всего система его отбора и психотерапевтической подготовки обеспечивают характер психологической атмосферы педиатрического учреждения, а это определяющий фактор так наз. терапии средой. Наконец, полноценная защита больных неосуществима без защиты их защитников, т.е., всех специалистов, всего персонала, работающего в психиатрических учреждениях. Как всегда новации семинара касались не только его содержательной стороны, но и формы проведения. Это не только продолжение движения от лекций к круглым столам с вовлечением в обсуждение всех присутствующих, что позволило в первый же день собрать редкую по разнообразию и полноте подборку мнений и предложений по разбираемой проблеме. Впервые такого рода обсуждение проходило на равных в аудитории профессуры, преподавателей, практических врачей, социальных работников и значительного числа старших медсестер (половина аудитории). 20 из них представляли стационарные и амбулаторные психиатрические учреждения Москвы и Московской области. Наконец, впервые для такой аудитории был проведен (В. Е. Каганом из Санкт-Петербурга) совместный психологический тренинг, что уже на семинаре имело свое стихийное и удачное продолжение, подхваченное д-ром В. Г. Поповым (Челябинская обл.) в форме импровизированного концерта, своеобразного психотерапевтического хэппининга. Опыт таких концептов он приобрел в военных частях в Афганистане и Чечне. Внедрение этой прогрессивной формы общения и обучения в широкую практику, распространение и на персонал, может существенно продвинуть осуществление многих наших задач. Отрадно было убедиться в очередной раз, что уровень многих регионов успешно конкурирует с московским. В частности, нельзя не отметить высокое мастерство, с которым были проведены круглые столы Б. Н. Алмазовым (Екатеринбург), И. Г. Шацем (Санкт-Петербург) и Ю. Н. Аргуновой (Москва) и - как всегда - три клинических разбора (А. Ю. Магалиф, Москва и С. М. Плотников, Ижевск). Очень содержательными были рассказ директора по общественным свя-

зям благотворительного Фонда «Душа человека» А. С. Синельникова, доклад вице-президента Московского отделения Ассоциации врачей России В. Н. Уранова, фокустивная лекция «Философия и психиатрия» Е. Б. Беззубовой и многие выступления с мест, которые наглядно показали, сколь многие вопросы можно решать своими силами, создавая свободную творческую обстановку. В результате на заключительном круглом столе был выработан итоговый документ в виде *Обращения к Думе и Правительству*, публикуемый ниже. (Редакционная комиссия: Б. Н. Алмазов, Ю. Н. Аргунова, С. С. Гурвиц, Ю. С. Савенко, И. Г. Шац)

В рамках семинара 12.04 была проведена конференция «Психиатрия и права человека в России и Германии» с участием известных правозащитников в области психиатрии, а ныне директора Института «Открытое Общество» В. И. Бахмина и главного редактора еженедельника «Экспресс-Хроника» А. П. Подрабинека, а также германских коллег проф. Клеменса Дикхофера (Бонн) и д-ра Штефена Хааса (Айхберг), доклады которых публикуются в настоящем выпуске. Был также зачитан доклад не приехавшего по болезни Президента Германской ассоциации по борьбе с использованием психиатрии в политических целях д-ра Фридриха Вайнбергера (Мюнхен) «Социальные фобии». Конференция ознаменовалась, в частности, острым столкновением двух позиций: как быть, когда главный врач больницы, известный своей причастностью в прошлом к использованию психиатрии в политических целях, сейчас сделал свою больницу строгого наблюдения самой показательной, как это произошло в г. Орле. В ответ проф. Дикхофер сразу же привел пример Carl Schneider, активно сотрудничавшего с нацистами и очень прогрессивного в реабилитационных начинаниях. В данном случае речь шла о публикации в «Экспресс-Хронике» еще непроверенного письма бывшего сотрудника Орловской ЦБ строгого наблюдения, утверждавшего, что одному из больных в связи с его участием в религиозной секте диагноз был существенно утяжелен. Председательствующий д-р Ю. С. Савенко подчеркнул возникающий в этой коллизии определенный баланс ответственности за содеянное и за достоверность публикуемых данных. Предпочтительна система, связывающая мониторинг нарушений прав человека и Закона о психиатрической помощи, с открытостью этих данных. Такая система будет иметь собственную тенденцию к усовершенствованию.

К новациям семинара можно отнести и предпринятую при анкетировании систему дифференцированной оценки лекторов и ведущих. Участники семинара высоко оценили актуальность его тематики и форму проведения. В результате ряды Независимой психиатрической ассоциации пополнились новыми талантливыми коллегами.

# **ОБРАЩЕНИЕ В ГОСУДАРСТВЕННУЮ ДУМУ И ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

*участников семинара «Социальная работа в психиатрии и права человека»,  
организованного Независимой психиатрической ассоциацией России*

*(Клязьма, 8 – 13 апреля 1996 г.)*

Мы, участники семинара – врачи-психиатры, психологи, научные работники, преподаватели, медицинские сестры, социальные работники, юристы, представители разных регионов России, всесторонне обсудив проблемы, которые нам приходится решать в своей повседневной деятельности, пришли к выводу, что исполнение Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», действующего уже четвертый год, не привело, как предполагалось при его разработке и принятии, ни к ликвидации дискриминации психически больных в обществе, ни к устранению правовой незащищенности работников, оказывающих психиатрическую помощь.

## **Нарушение прав человека при оказании психиатрической помощи**

1. Несмотря на категорические предписания Закона (ст. 8) и уточняющих указаний Минздрава России /1994 год/ в обществе по-прежнему господствует стремление при осуществлении гражданами своих прав и свобод выделять как особую категорию населения лиц с психическими расстройствами. Об этом свидетельствует повсеместная практика запросов в психиатрические учреждения о том, состоит ли данное лицо на психиатрическом учете или нет, хотя термин «психиатрические учет» не существует в официальных документах уже несколько лет. Психиатрические же учреждения охотно, за немногими исключениями, отвечают на эти запросы, не задумываясь о том, что ответ «не состоит» укрепляет и углубляет общественные предрассудки против психически больных.

При этом в нарушение ст. 6 Закона запросы делаются в отношении лиц, освидетельствование которых психиатром перечнем медицинских психиатрических противопоказаний, утвержденным постановлением Совета Министров Правительства Российской Федерации /1993 г./ не предусмотрены, а органами дознания – когда нет никакого расследования по уголовному делу.

В психиатрических учреждениях, а также в медучреждениях, не оказывающих психиатрической помощи и не имеющих в спом составе психиатров, сохраняется неправомерная практика проверки военных билетов с выискиванием там отметок об освобождении от военной службы и последующим применением решений, относящихся исключительно к специфическим армейским условиям, для выводов о возможности трудоустройства, обучения и т.п. в гражданских условиях.

2. Психически больные с изменениями личности оказались в новых, далеко не устоявшихся экономических условиях жизни, совершенно беззащитными при отстаивании своих трудовых, имущественных и жилищных прав. При этом особенно тревожит приватизация квартир, продажа, дарение и завещание их под давлением криминальных элементов, а также участившиеся случаи заключения брака с одинокими больными без намерения создать семью, а с целью только вселиться на жилплощадь бального.

Каким либо основанным на Законе механизмом защиты больных от этих злоупотреблений психиатрическая служба не располагает. Многократные, в свое время, предложения НПА в период разработки Закона о психиатрической помощи о введении в текст Закона положения об обязанности и праве психиатрических учреждений защищать законные права и интересы больных не были приняты. В Основах законодательства РФ о нотариате отсутствуют какие-либо положения об учете при заключении договоров дарения, купли – продажи, обмене жилплощади и других сделках возможной недееспособности одной из сторон, хотя бы проверки, ни для кого не являющейся врачебной тайной, факта наличия инвалидности по психиатрической ВТЭК.

3. Положение в психоневрологических интернатах системы Минсоцзащиты России нисколько не изменилось со дня вступления в силу Закона о психиатрической помощи, который администрации этих домов попросту неизвестен. Поэтому ежегодные проверки показаний для проживающих в интернатах не проводятся, и до сих пор там есть лица, которые могли бы находиться в домах-интернатах общего типа, а некоторые из них (особенно – молодого возраста) при налаженной системе реабилитации и реадаптации даже быть вовлечеными в общественно-полезный труд.

4. Психиатрическими учреждениями «Закон о психиатрической помощи и гарантиях граждан при ее оказании» понят, в основном, очень узко, как инструкция о «пределах дозволенного» при недобровольной госпитализации, которая многими совершенно необоснованно считается «отрицательным показателем». Вследствие этого имеют место многочисленные случаи фальсификации «добровольной подписи» при госпитализации этого рода, вымогательство подписи о согласии на лечение даже у тех больных, которые не в состоянии ее дать при помраченном сознании и/или слабоумии.

5. Правительству РФ ускорить разработку и утверждение Положения о независимой медицинской экспертизе во исполнение ст.53 Основ законодатель-

ства РФ об охране здоровья граждан с включением в комиссию по разработке проекта Положения представителей медицинских ассоциаций России, в том числе Независимой психиатрической ассоциации.

6. Внести корректиры в нормы законодательства о здравоохранении, посвященные военно-врачебной экспертизе. В соответствии со ст. 51 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан заключение ВЕК является обязательным для исполнения всеми должностными лицами. Предание экспертному заключению юридической силы, равной силе судебного решения, едва ли правомерно. Экспертное заключение не обладает свойством юридической обязательности. Оно может стать лишь фактической основой для юридически обязательных решений субъекта, обладающего властными полномочиями.

Кроме того нормы, регламентирующие производство военно-врачебной экспертизы, призванные гарантировать конституционные права граждан, могут содержаться только в законе, а не в постановлениях Правительства, являющихся подзаконными нормативными актами.

#### **Социальная и правовая незащищенность специалистов, оказывавших психиатрическую помощь**

На персонал психиатрических учреждений продолжается давление социальное стихии, лейтмотивом действий которой является грубо противоречащее Закону мнение о гражданской второсортности лиц с психическими расстройствами и соответственно, профессиональной второсортности и малой значительности специалистов, оказывающих психиатрическую помощь. Особенности их труда, постоянная угроза их жизни и здоровью из-за непредсказуемых действий больных как в психиатрическом стационаре, так и, особенно, в амбулаторных участковых условиях при первичных осмотрах на дому неизвестных ранее, больных совершенно не учитывается, вследствие чего Правительством Российской Федерации до сего времени не разработан не реализован ряд подзаконных актов:

1. Положение о порядке и условиях государственного личного страхования врачей, иных специалистов, медицинского и другого персонала, участвующих в оказании психиатрической помощи и правовые акты о льготах для этих лиц. Названные правовые акты должны были быть утверждены Правительством РФ еще до 1 декабря 1992 года во исполнение Постановления Верховного Совета РФ «О порядке введения в действие Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Комитету Верховного Совета РФ по охране здоровья и социальному обеспечению надлежало обеспечить контроль за выполнением мер, предусмотренных данным Постановлением. Однако в дальнейшем, с вступлением в силу статьи 3 Закона Российской Федерации «О страховании», вопрос должен был решаться на уровне Закона. В настоящее время законопроект по данному виду страхования все еще находится на рассмотрении Прави-

тельства, и хотя бы предположительные сроки его принятия не известны.

2. Остался не обеспеченным механизм реализации ряда положений статьи 63 «Социальная и правовая защита медицинских и фармацевтических работников» Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, предусматривающих, в частности, среди прав медицинских и фармацевтических работников право на страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежностью или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей.

3. Отсутствуют соответствующие решения Правительства и по обеспечению выполнения ч. 5 ст. 64 «Оплата труда и компенсации» тех же Основ, установившей для медицинских, фармацевтических и иных работников государственной и муниципальной систем здравоохранения, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью, обязательное государственное личное страхование на сумму в размере 120 месячных должностных окладов в соответствии с перечнем должностей, занятие которых связано с угрозой жизни и здоровью работников, утвержденным Правительством РФ.

4. Не действует также норма о возмещении ущерба медицинским и фармацевтическим работникам в случае причинения вреда их здоровью при исполнении ими трудовых обязанностей или профессионального долга /ч. 6 ст. 64 Основ/, так как объем и порядок возмещения ущерба законодательством не установлен.

5. Из-за расхождений и несогласованности между Законом о психиатрической помощи и Законом о милиции представители органов внутренних дел при участии в недобровольной госпитализации ограничиваются функцией свидетелей, предоставляя зачастую опасную для жизни и здоровья работу медперсоналу, в том числе – и женщинам.

6. В этих условиях специалисты, оказывающие психиатрическую помощь, могут противопоставить најиму социальных структур только чувство долга. Социальная служба в психиатрии остается в роли ходатая по делам и ее вмешательство в жизненные обстоятельства пациента нередко требует личного мужества сотрудника. Вследствие этого влияющейся в состав психиатрической службы специалисты немедицинских профессий (социальные работники, воспитатели, педагоги, юристы и др.) не имеют четких гарантий защиты своих прав, полагающихся лицам, работающим в социально небезопасной среде. Участники семинара

понимая, что в период реформ уклад жизни и законодательство не всегда совпадают и это требует от специалистов, работающих с социально незащищенной частью населения, собственной инициативы в поисках разумных решений повседневных вопросов,

надеясь, что правительство и общество искренне стремятся облегчить судьбу психически больных людей,

обращают внимание законодателя, исполнительной власти и коллег на необходимость:

1. Просить Правительство РФ ускорить разработку и утверждение нормативных актов по обеспечению социальной и правовой защиты больных и специалистов в сфере оказания психиатрической помощи с привлечением к этой работе представителей профессиональных медицинских ассоциаций, в том числе Независимой психиатрической ассоциации, имеющей конкретные предложения по этим вопросам.
  2. Ввести в гражданское законодательство положение о временной и специальной недееспособности, позволяющей в период обострения состояния уберегать тех, кто находится под диспансерным наблюдением, от ущерба, а тем, кто находится в стационаре, своевременно гарантировать социальное обеспечение.
  3. Определить структуру и функции социальной защиты населения (может быть, в виде специального Закона), в системе которой психиатрические подразделения могли бы занять свое место, четко представляя себе порядок взаимодействия с правоохранительными органами и смежниками по социальной работе.
  4. Принять и утвердить Положение о психиатрическом учреждении, закрепляющем правовой статус и соответствующие права и гарантии всех сотрудников, участвующих в оказании помощи психически больным людям, без чего процедура лицензирования осуществляется очень произвольно и не гарантирует от неоправданных ограничений.
  5. Определить статус социального работника в психиатрической службе, его функциональные обязанности и подготовку этих кадров в соответствии со специальным образованием (высшим, средним, начальным).
  6. Уточнить вопросы профессиональной пригодности психиатрического персонала и нормы для профессионального предназначения.
  7. Определить и утвердить нормы и порядок страхования работников, обслуживающих психически больных лиц, с учетом всех факторов социального риска, связанных с этой деятельностью. В частности, решить вопрос о страховании медицинских работников от угрожающих факторов среды: токсичности нейролептиков, агрессии больных, мести криминальной среды при соприкосновении с ее интересами при производстве экспертизы и защите интересов больного-потерпевшего. Узаконить страхование врача от врачебной ошибки в диагностике при предъявлении больным иска о нанесении морального ущерба от неверного диагноза.
  8. Найти формы сотрудничества психиатрического учреждения с судами, способные заинтересовать суды выполнять свои обязанности по существу.
  9. Установить правовые, организационные и этические нормы взаимоотношений психиатрических учреждений с добровольными правозащитными объединениями, действующими в интересах больных людей.
  10. Определить статус подследственного психически больного в следственном изоляторе (нередко это многие месяцы) пока не вынесено судебное решение или хотя бы не проведена экспертиза, дающая ему основания для перевода в медицинский блок.
  11. Узаконить средства принуждения со стороны медицинских работников «скорой помощи» при наличии прямой угрозы социально опасного действия со стороны больного.
  12. Утвердить обязанности милиции при совместной работе по задержанию больного с социально опасными тенденциями поведения.
  13. Разработать порядок аттестации рабочего места в психиатрическом учреждении для получения законных льгот.
  14. Определить границу профессиональной перегрузки сотрудника психиатрического учреждения.
  15. Определить нормы социальной защиты воспитателей, работающих в психиатрических подразделениях для несовершеннолетних.
  16. Распространить на всех сотрудников отпуск по уходу за ребенком на срок вынашивания с учетом профессиональной вредности работы в психиатрическом отделении.
  17. Признать профессиональной вредностью психическую напряженность, повлекшую психические расстройства, возникающие в процессе целенаправленного воздействия подготовки к военным действиям на личность военнослужащего.
  18. Обратиться к Комитету Государственной Думы по охране здоровья с просьбой обеспечить контроль за принятием Правительством указанных подзаконных актов.
- Без разрешения этих законодательных, организационных и нравственных проблем задачи соблюдения прав человека в современных условиях российской жизни (применительно к положению психически больных и оказания психиатрической помощи) не могут считаться выполненными, а законодательные акты в этих областях – только исполненными благими намерениями декларациями.

## ПОЕЗДКИ В РЕГИОНЫ

После осуществленного за 3/4 века советской властью проекта Козьмы Пруткова по введению единомыслия в России (1859) вдохновляющее выглядит разнообразие творческих инициатив регионов в организации психиатрической помощи. Во всех восьми выездных семинарах ИЛА, мы постоянно убеждались в высоком профессиональном потенциале на местах, нисколько

не уступающем, а по ряду позиций превосходящем столичный. Это, например, опыт Владимира Михайловича Савина в Рязани, Александра Ефимовича Лившица в Калуге, Сергея Михайловича Полевого и Владимира Филипповича Переймы в Калининграде, создание там же реабилитационного центра для наркоманов Владимиром Евгеньевичем Аменицким и центра диаг-

ностики и реабилитации детей и подростков Валентиной Петровной Стаковской и многое другое в других местах. Подтверждением этого стали и поездки группы НПА в Ярославль (5–7 марта 1996 г.) и Воронеж (18–20 апреля 1996 г.) в рамках работы по проекту «Содействие соблюдению прав человека при оказании психиатрической помощи в России». Оба эти города были выбраны неслучайно. В обоих имеются крупные региональные центры НПА, а психиатрическая служба в них и научно-педагогическая деятельность, как нам было известно, стоят на значительной высоте. Однако увиденное превзошло наши ожидания.

Ярославская областная психиатрическая больница размещается на одной территории с дневным стационаром, ПНД для взрослых и детей, скорой психиатрической помощью, лечебно-трудовыми мастерскими. На базе больницы работают обе кафедры психиатрии ЯГМА: лечебного факультета – профессор Леонид Константинович Хохлов, и факультета усовершенствования врачей – профессор Елена Алексеевна Григорьева. И все эти психиатрические службы работают в тесном взаимодействии, обеспечивая преемственность в лечении и реабилитации больных и являясь примером значительного повышения эффективности психиатрической помощи. Большая заслуга в этом принадлежит главному врачу больницы Вячеславу Геннадьевичу Турлаеву. Следует приветствовать и работающие здесь целые семейные династии. Уже более 4 лет работает в больнице Этический комитет, в состав которого входят представители кафедры и всех лечебных служб больницы, есть среди них и члены НПА. Здесь обсуждаются и разрешаются неясные, конфликтные случаи, жалобы больных.

Скорая психиатрическая помощь (СПП) располагается в здании ПНД, в смежном помещении с регистратурой. Получая вызов, врачи СПП еще до выезда имеют возможность ознакомиться с амбулаторной картой больного, а после его выполнения они заполняют не только карточку вызова, но и делают запись в амбулаторной карте, информируя участкового врача о состоянии больного. Все срочные вызовы осуществляются врачами СПП. Каждое утро на пятиминутке у зам. глав, врача по диспансерной службе Льва Владимира Дьяконова присутствуют врачи ПНД идежурная бригада врачей СИП, обсуждаются все случаи срочных вызовов и недобровольных госпитализаций. В ПНД, принимая заявление от родственников на первичное недобровольное освидетельствование при необходимости собираются дополнительные сведения, если же заявление поступает не от родных, то дополнительные сведения собираются обязательно и только после этого ПНД обращается в суд за санкцией, поэтому после первичного освидетельствования крайне редко врач делает заключение – психически здоров. В отделениях и для острых, и для пограничных больных палаты перегружены (в палате, рассчитанной на 4-х человек, лежит 8), в санаторном отделении нет возможности выделить отдельное помещение для проведения групповых психотерапевтических методик. Несмотря на тесноту в отделениях чисто и психотерапевтическая работа проводится, но в таких условиях и работать и лечиться труднее. Больницу строили в рас-

чете на 800 коек, но затем при небольших пристройках здесь было развернуто 1500 коек. Уже несколько лет строится новая больница, однако из-за трудностей с финансированием сроки ее сдачи затягиваются.

Семинар НПА (В. Н. Прокудин, Ю. С. Савенко, Н. В. Спиридоновав) собрал около ста человек. И когда речь зашла о Законе о психиатрической помощи было высказано много замечаний, претензий и деловых предложений, хотя работают здесь в соответствии с Законом и работают люди неравнодушные, любящие свое дело.

Семинар в Воронежской городской психиатрической больнице (Ю. Н. Аргунова, В. Н. Прокудин, Ю. С. Савенко) собрал более 80 коллег, задававших большее количество вопросов, и завершился активной дискуссией по всем затронутым темам. Знаменательно, что это заседание проходило в большом конференц-зале только что полученного просторного здания областного психо-неврологического диспансера (бывшей областной ветеринарной лечебницы). Благодаря усилиям главного врача диспансера Владислава Михайловича Кизяковского и его заместителя Александра Алексеевича Седнева здесь заканчивается создание уникального для любого региона России, высококвалифицированного, целесообразно организованного, амбулаторного психиатрического учреждения. Здесь все, начиная от регистратуры, рядом с окошками которой выведен выполненный крупным шрифтом, читаемый с расстояния «Закон о психиатрической помощи...», от службы скорой психиатрической помощи, кабинетов медицинских психологов, специально оборудованных комнат для проведения самых современных методов психотерапии, и кончая традиционными кабинетами участковых психиатров, все предназначено для наилучшего оказания помощи душевнобольным, для повышения качества их жизни.

Воронежская городская психиатрическая больница, главный врач канд. мед. наук Сергей Васильевич Шестаков, построенная около 10 лет назад рядом с границей города, представляет собой 2-х этажное современное здание в виде «разведенных пальцев кисти», соединенных в месте их сближения стеклянными коридорами, и отдельно стоящий 2-х этажный детский корпус. В этих «типовых» условиях коллективу больницы удалось создать столько оригинального, эстетичного, удобного для больных и персонала (стеклянные кабинеты-фонарики для дежурных медсестер в коридорах отделений, оранжереи с бассейнами-аквариумами в детском корпусе), что этому могут позавидовать и столичные клиники. Но все эти и многие другие новшества не даются просто. Труднее всего отстоять интересы больницы «наверху» и сплотить коллег перед лицом неизбежных трудностей. Превратностей на этом пути хватило бы на роман. И тем выше успех этой больницы.

В 30 км от Воронежа в селе Орловка не берегу Дона расположена Воронежская областная психиатрическая больница. Эта исторически значимая для отечественной психиатрии больница построена Воронежским земством в 1905 г. по проекту Н. Н. Баженова. Вначале это была психиатрическая колония на 240 мест. До сих пор функционируют два старинных «Ба-

женовских» корпуса с чрезмерно большими палатами-залами, переоборудовать которые пока не удалось. Около 20 лет больнице возглавляет человек уже вошедший в историю нашей психиатрии – главный врач «от Бога» – Ксения Власьевна Тумакова. Гордостью ее и возглавляемого ею коллектива являются построенные в последние годы новые современные больничные корпуса, особенно отделения санаторного типа. На базе этой больницы успешно работает кафедра психиатрии Воронежской медицинской академии, которой заведует профессор Любовь Акимовна Стукалова, давний и активный член НПА. В отличие от сложных отношений между кафедральными и больничными коллективами радует настоящая творческая дружба между этими милыми женщинами-руководителями: К. В. Тумаковой и Л. А. Стукаловой. То, как много каждая из них на своем месте сделала и продолжает делать, удалось увидеть в прекрасно оформленном

объединенном Музее больницы и кафедры, в котором читаются лекции студентам.

Скульптурная композиция в парке больницы и мемориальная доска на административном корпусе напоминают о душевнобольных, погибших от рук фашистов, и двух женщинах-врачах, не оставивших своих больных.

В Воронеже, как мы убедились, реально воплощен принцип здоровой состязательности между коллективами обеих ПБ. К сожалению, в обеих с начала 1996 г. сложилась тяжелая финансовая обстановка из-за задержек бюджетного финансирования.

Следует отметить, что выездные семинары полезны для обеих сторон. В результате таких поездок растет число членов НПА. Нас вдохновляет вступление в члены Ассоциации практических врачей и их руководителей. Вряд ли есть большая оценка деятельности НПА.

## ФИЛОСОФИЯ И ПСИХИАТРИЯ – ПУТИ СБЛИЖЕНИЯ

*Международная конференция в Малаге*

В конце февраля – начале марта 1996 г. в г. Малаге на юге Испании прошла Первая международная конференция «Философия и психическое здоровье», в которой от России принял участие представитель Независимой психиатрической ассоциации. Конференция стала своего рода официальным признанием, институализацией нового, активно развивающегося направления – междисциплинарной области на стыке философии и психиатрии.

Ощущение искусственности этого сближения возможно лишь при поверхностном противопоставлении отвлеченности «науки наук» и практической медицинской специальности. Более пристальное рассмотрение снимает противопоставление, показывая наличие не просто междисциплинарного пространства, но принципиально общей проблематики. Это общее восходит к вечному вопросу «Что есть человек?» к душе как мыслящей самую себя субстанции и психиатрии как науке о страдающей болеющей душе. Философия обращена к человеку как духовной целостности, осмысливая общие закономерности ее развития. Психиатрия также обращена к целостному человеку, но в его конкретности, единичности. Философию и психиатрию сближает эта целостность телесно-душевно-духовных ипостасей. Психиатрия дает философии возможность познания человека через проявления разного рода психических расстройств. Философия дает возможность психиатрии отрефлексировать свой предмет.

Необходимость последнего остро осознается современной психиатрией как отражение методологического кризиса, как путь его преодоления. Это типичная ситуация, когда на смену воодушевлению новыми фактами и открытиями приходит скепсис осознания ограниченности фактических знаний, при-

водящий нередко к соблазну обращения к «сверхчестственному», «магическому». Успехи биологической психиатрии – многообещающие достижения нейрофизиологии, биохимии, генетики, фармакологии создавали ощущение близости разгадки проблем психической патологии. Пришедшее со временем понимание принципиальной ограниченности данных этих дисциплин для осмысления проблемы психических расстройств способствовало экспансии вульгарно-психологических подходов в психиатрию. Предмет психиатрии, как не биологической, не психологической, а клинической по происхождению и сущности дисциплины, стал терять свои очертания. Сохранение клинической психиатрии предполагает ее становление как науки, опирающейся не на естественно-научное или психологическое, но на антропологическое основание – с его целостной интеграцией соматического, душевного и духовного. Таким образом, психиатрия обращается к философии. Плотьтворность такого обращения подтверждается успехами междисциплинарного направления «философия и психиатрия». Организационно это направление связано с деятельностью групп из Великобритании и США, созданных около пяти лет назад – почти одновременно, но независимо друг от друга. В Лондоне, при Королевском колледже психиатров (группа проф. В. Fulford) и в Вашингтоне при Американской психиатрической ассоциации (группа проф. М. Schwartz ныне возглавляемая проф. G. Adich). С 1993 года под редакцией В. Fulford и J. Sadler выходит журнал PPP – Philosophy, Psychiatry and Psychology; публикующий оригинальные статьи, обзоры, библиографическую и организационную информацию по проблемам взаимодействия психиатрии и философии. Американская группа выпускает «Newsletter»

– информационные бюллетени, знакомящие с развитием исследований в этой области и способствующие развитию контактов между учеными из разных стран.

К настоящему времени группы по философии и психиатрии работают в большинстве стран Западной Европы. В Университете г. Варвика (Великобритания) под руководством проф. В. Fulford открыт специальный факультет «Философия и психическое здоровье», предлагающий богатый выбор учебных курсов.

В Малаге собрались представители более 20 стран, приехавшие со всех континентов мира. За 4 дня работы конференции на более чем 40 пленарных и параллельно проходящих секционных заседаниях было представлено свыше 160 сообщений. Тон конференции задали два «ключевых» доклада, прозвучавших на открытии, в которых на примере анализа развития генетики психических заболеваний показано, что естественно-научная картина недостаточна для понимания проблемы человека. Путь к разрешению этой проблемы лежит в рамках гуманистической, а не естественно-научной парадигмы.

Основными обсуждавшимися темами были следующие: проблемы личности (идентичности); взаимоотношение тело – душа; психосоматические взаимосвязи; бред; таксономия психических расстройств; социальная психиатрия; этнокультуральные вопросы. Многие сообщения были посвящены анализу классики: Сократа, Декарта, Фихте, Канта. Много внимания уделялось современным исследованиям экзистенциального и герменевтического направления. Пожалуй, чаще других упоминались Хайдеггер и Мерло-Понти. Было очень приятно увидеть интерес и любовь к русской философии. Зару-

бежные психиатры упоминали Шестова и Бердяева, как тонких исследователей душевной жизни человека. Согласно результаты специального опроса, проведенного английскими учеными, среди авторов, оказавших наибольшее влияние на психиатров и психотерапевтов Лондона – Л. Н. Толстой и Ф. М. Достоевский.

Близкими оказались направления немецких и российских психиатров, ориентирующихся на классическое феноменологическое направление.

Российской психиатрии всегда был присущ интерес к философии. Развивать его, способствовать общению психиатров, психологов, философов, продолжать исследования в междисциплинарной области философии психического здоровья – таковы задачи созданной в апреле 1996 г. в Москве группы «Философия и психиатрия». Учредительная конференция с отчетом о поездке в Малагу собрала более 50 человек и прошла с активным обсуждением. Собрания группы будут проходить каждые два месяца в клубе психиатрической больницы № 1 им. Алексеева. Группа создана под эгидой НПА, но открыта для всех желающих. Координатор группы – Елена Борисовна Беззубова. Адрес для корреспонденции: Москва-103982, Лучников пер., 4. Независимая психиатрическая ассоциация, группа «Философия и психиатрия».

Многие участники конференции в Малаге встретились вновь в Нью-Йорке, в мае 1996 г., где в рамках съезда Американской психиатрической ассоциации прошла двухдневная конференция группы по философии и психиатрии, посвященная поставленной в свое время проблеме акразии (слабости воли). Создание в России группы «Философия и психиатрия» было встречено с энтузиазмом.

## ПЕРВЫЙ РОССИЙСКИЙ СИМПОЗИУМ НА СЪЕЗДЕ АМЕРИКАНСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ

4–9 мая в Нью-Йорке Американская психиатрическая ассоциация (АПА) провела свой ежегодный 149-съезд. Из года в год эти съезды – по существу самые представительные международные форумы – делаются все более грандиозными. На этот раз число участников достигло рекордной цифры 17 тысяч человек. Символом равенства стал тот факт, что кроме психиатров и представителей других профессий, связанных с психическим здоровьем, на съезде на равных присутствовали члены «групп поддержки» – профессиональные социальные работники в области психиатрии и просто люди, выступающие против всякой дискриминации душевнобольных и способствующие их включению в социальную жизнь.

Нью-Йорк традиционно притягивает иностранцев и поляризует американцев, в результате чего соотношение членов АПА, участвующих в съезде, и иностранных гостей сместились в пользу последних.

Тем не менее Американская психиатрическая ассоциация, как всегда, была представлена сотрудниками всех ведущих учреждений страны и, в первую очередь – исследователями из Государственного института психиатрии Нью-Йорка, отмечающего в этом году свой 100-летний юбилей.

Научная программа также побила все рекорды. За 5 дней съезда было проведено 129 симпозиумов, 185 семинаров, сделано 109 фундаментальных докладов и 769 (!) сообщений о новых исследованиях. Открытые заседания органично соседствовали с закрытыми секциями, проводимыми различными организациями внутри АПА – Ассоциацией женщин-психиатров, многочисленными национальными ассоциациями (например, Ассоциацией испаноязычных психиатров, Ассоциацией филиппинских психиатров и т. п.) и Ассоциациями сексуальных меньшинств, которые давно пользуются в США полным равноправием во всех областях социальной жизни.

Несколько лет назад в рамках АПА была сформирована также Ассоциация русскоговорящих психотерапевтов с центром в Нью-Йорке, которая также была представлена на съезде. Для членов АПА ежедневно проводились обсуждения клинических случаев на основе видеоматериалов и специальные занятия по DSM-IV.

149 съезд АПА ознаменовался созданием Психотерапевтического Форума, который провозгласил своей целью обеспечить большую значимость психотерапии в практической психиатрии и способствовать созданию непрерывного обучения всем направлениям психотерапии в рамках АПА. Для традиционно биологически ориентированной американской психиатрии это является отражением нового подхода к лечению душевнобольных и отражает начало перехода к новой общенаучной парадигме, в основе которой - синтез естественного и гуманитарного знания.

Девиз съезда, провозглашенный президентом АПА Mary Jane England в прошлом году, - Психическое здоровье в США: партнерство, справедливость, качество, достижения - воплотился в призывае, с которым д-р England обратилась ко всем членам АПА на торжественном открытии съезда - «Быть лидерами реформ, а не объектом реформ!». Американская психиатрия переживает исторический момент своего развития - начало эры серьезных перемен, движение к полному равенству душевнобольных со всеми другими пациентами. Незадолго до съезда была сформулирована поправка к Закону о страховании, уравнивающая права душевнобольных со всеми другими пациентами. Однако ее судьба находится под вопросом, так как согласно предварительным оценкам Комитета по бюджету Конгресса США введение этой поправки потребует увеличения финансирования на 4%. Задача американских психиатров - добиться утверждения нового законодательства по страхованию с учетом равноправия душевнобольных и всех членов АПА призвали включиться в эту борьбу. Каждому было предложено найти не менее пяти человек, которые свяжутся с членами Конгресса (встретятся, позвонят или пошлют факс), выразят свою поддержку и призовут проголосовать за утверждение необходимых изменений. Впечатляющий пример широкого участия народа в законодательной деятельности страны. Для желающих поддержать эту акцию сообщаем телефон Капитолия: 202-224-3121.

Новым президентом АПА стал детский психиатр Harold I. Eist, которому был торжественно передан символический молоток председателя собрания в знак начала его президентского года. Д-р H.Eist призвал не останавливаться на достигнутом, напомнив слова Edmund Burk: все, что нужно для триумфа сил зла, - это, чтобы хорошие люди ничего не делали.

Россия была представлена на съезде АПА делегацией Независимой психиатрической ассоциации из 9 человек, которая провела в знаменательный День Победы первый в истории российской психиатрии

симпозиум, посвященный теме «Российская психиатрия сегодня - роль НПА России». Симпозиум проходил в течение трех часов в гостинице MARRIOTT - Marquis под председательством вице-президента НПА проф. В. Е. Кагана (Санкт-Петербург) и почетного члена НПА д-ра Р. Уинслоу (Сиэтл). Было сделано семь докладов. Освещены тенденции развития российской психиатрии (Ю. С. Савенко, Л. Н. Виноградова, В. Е. Каган), деятельность созданной НПА независимой психиатрической экспертизы (Ю. Н. Аргунова), проблемы реабилитации душевнобольных (А. Н. Богдан), ситуация в психотерапии (М. Е. Бурно), образовательные программы НПА (В. Н. Прокудин) и работа с молодежью (Е. Б. Беззубова). Дискутантом по докладам выступил д-р Ф. Клейман (Нью-Йорк). Среди присутствующих было распространено открытое письмо НПА во Всемирную психиатрическую ассоциацию по поводу новой ситуации в российской психиатрии, ознаменовавшейся грубым игнорированием НПА на съезде Российского общества психиатров. Сделанные доклады вызвали большой интерес и оживленную дискуссию. К сожалению, руководители РОП проф. В. Н. Краснов и проф. И. Я. Гурович не воспользовались приглашением на этот симпозиум, хотя это был удачный случай обсуждения многих принципиально важных вопросов, включая взаимодействие наших обществ. Фонограмма симпозиума на двух кассетах уже рассыпается АПА всем желающим. Адрес см. в Аннотации Chronicle IPA

Делегация НПА приняла также участие в симпозиуме, посвященном проблемам реабилитации детей в неблагополучных семьях Санкт-Петербурга, который был проведен эмигрантами из России (Н. Кацельсон и др.), создавшими общество русскоговорящих психотерапевтов (Е. Матиаш) при российско-американском обществе психиатров.

Все это отражает растущий интерес американских коллег к проблемам российской психиатрии, является обнадеживающим примером плодотворного сотрудничества российских и американских психиатров и признания деятельности Независимой психиатрической ассоциации России.

Делегация НПА провела серию важных встреч и переговоров с лидерами Американской и Всемирной психиатрических делегаций, в частности с медицинским директором АПА д-ром Мелвином Сабшиным, президентом Academy of Organizational and Occupational Psychiatry д-ром Брайеном Грантом, будущим президентом ВПА д-ром Норманом Сарториусом, наиболее вероятным претендентом на пост генерального секретаря ВПА д-ром Хуаном Меззичем и др., установила сотрудничество с международным комитетом «Юристы за права человека».

Успешное проведение симпозиума и сама возможность поехать такой представительной делегацией стали возможны благодаря финансовой поддержке Института «Открытое Общество» в рамках Фонда Сороса.

# ВОЗОБНОВЛЕНИЕ ОТКРЫТЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РАЗБОРОВ

Уважаемые коллеги!

Независимая Психиатрическая Ассоциация и Управление Главного Психиатра Москвы сообщают о возобновлении славной отечественной традиции, основного живого дела каждого психиатра, самой основы нашего профессионализма –

## ОТКРЫТЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РАЗБОРОВ

Такой постоянно действующий семинар начал свою работу под руководством к. м. н. Александра Юрьевича Магалифа 13 июня 1996 года в старейшей в Москве Преображенской психиатрической больнице № 3 им. В. А. Гиляровского и будет проводиться ежемесячно каждый второй четверг в 14 часов с сентября 1996 г. Адрес: ул. Матросская Тишина, 20. Проезд: метро «Сокольники», любым транспортом до ост. «Матросский мост». Очередной клинический разбор проведет д. м. н. Ирина Викторовна Шахматова-Павлова 28 июня 1996 г. в

Московской клинической психиатрической больнице № 1 им. Алексеева

Семинар предполагает неформальное профессиональное общение психиатров и специалистов смежных дисциплин в процессе клинических разборов больных, обмен информацией о традиционных и новых методах диагностики и лечения. Основной целью семинара является поддержание и дальнейшее развитие традиций отечественной психиатрической школы, повышение профессионального уровня врачей. Клинические разборы будут проводиться под руководством высококвалифицированных клиницистов, имеющих опыт консультативной работы и являющихся специалистами в различных областях психиатрии.

Планируется публикация материалов клинических разборов в «Независимом Психиатрическом Журнале». Успех семинара, безусловно, зависит от активности всех нас. Приглашаем всех коллег принять участие в нашем общем начинании.

## ДАР БИБЛИОТЕКЕ НПА

Совет Независимой психиатрической ассоциации выражает глубокую благодарность д-ру Семену Самуиловичу Гурвицу, передавшему в библиотеку НПА полную подборку послевоенных выпусков «Журнала невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова», Ирине Филипповне Бассиной за часть иностранной научной библио-

теки проф. Филиппа Вениаминовича Бассина и медицинскому директору Американской психиатрической ассоциации д-ру Мелвину Сабшину, который в очередной раз передал в дар фундаментальные труды АПА за последние годы, предоставив возможность нашей делегации выбрать их по своему усмотрению.

## НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

первичный прием (общественная приемная):  
понедельник – с 10 до 13 час.; среда – с 16 до 19 час.

Москва, Лучников пер., 4, подъезд 3  
Метро «Китай-город» или «Лубянка»

Экспертизная комиссия (по предварительному назначению):  
вторник и четверг – с 17 до 20 час., там же

Телефон для справок:  
(095) 206-86-39

Почтовый адрес:

103982, Москва, Лучников пер., 4  
Московский центр по правам человека  
Независимая психиатрическая ассоциация

Экспертиза и консультации проводятся бесплатно

## ПОНИМАНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В 10 МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Норман Сарториус (Лондон, 1995, 92 с.)

### Understanding the ICD-10 Classification of Mental Disorders

Norman Sartorius (A Pocket Reference. Science Press, London, 1995, 92 p.)

Эта небольшая по объему книга дает всестороннюю характеристику новой международной классификации психических расстройств. Автор – известный современный психиатр, профессор психиатрии Женевского университета, президент Всемирной психиатрической ассоциации Норман Сарториус (Norman Sartorius) – принимал самое непосредственное участие в создании концепции МКБ-10. Возможно поэтому основным достоинством книги стало сочетание ясности и простоты изложения, четкости и лаконичности формулировок справочного издания с высоким уровнем теоретического обобщения, видением перспективы развития психиатрической таксономии. Значение книги раскрывается ее названием – она как раз и помогает глубже понять основные идеи МКБ-10 и адекватно применять эту классификацию в практической деятельности.

Книга состоит из введения, десяти глав и трех приложений. Введение знакомит с историей создания классификационных систем в медицине вообще и в психиатрии в частности. Становление медицинской таксономии ведет начало от Первого международного статистического конгресса (Брюссель, 1853). Важными вехами являлись принятие Классификации причин смерти (1893) и утверждение Международного перечня заболеваний и причин смерти (1948).

10 пересмотр Международной статистической классификации заболеваний и состояний, связанных со здоровьем (МКБ-10), увидевший свет в 1992 году, стал итогом почти 150-летнего развития медицинских систематик. МКБ-10 сохраняет принятые в 9 пересмотре различие основного, «причинного» заболевания, (обозначается +) и манифестного расстройства (обозначается \*). Например, туберкулезный менингит со значком + кодируется в разделе инфекционные болезни, а со значком "\*" в разделе нервные болезни.

Наиболее существенным новшеством автор счи-

тает концепцию «семейства» классификаций МКБ-10 – создание нескольких модификаций, учитывающих особенности пользования систематикой различными специалистами и в различных целях. Центральное место занимает основная трехзначовая классификация (буква английского алфавита и две цифры), охватывающая все заболевания и расстройства, случаи измененных данных лабораторных исследований, а также внешние причины смертности и заболеваемости и факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в службы здравоохранения. Как правило, трехзначная кодировка за счет введения подрубрик расширяется до четырехзначной.

Однако, для некоторых случаев, например, регистрации поступлений в стационар более адекватен сокращенный вариант – краткий перечень диагнозов, имеется и соответствующий вариант для служб первичной помощи, развитию которой в последние годы уделяется особое внимание. Другие варианты учитывают специфику правовых, социальных, организационно-административных и прочих аспектов. Есть и варианты, адаптированные для различных медицинских дисциплин – психиатрии, неврологии, дерматологии и т.д.

Кроме того, семейство МКБ-10 включает несколько систематик состояний и видов деятельности, связанных с медициной. Прежде всего это Международная классификация повреждений и ограничений возможностей (The International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps – ICIDH), значимость которой определяется весьма внушительным числом лиц, имеющих ограничения возможностей, – 10 %, тем более, что это число имеет высокую вероятность расти. В 1998 году планируется второй пересмотр ICIDH.

В семейство МКБ входит и Классификация процедур. Распространение в психиатрии сложных диагностических и терапевтических манипуляций усиливает и роль этой классификации для нашей

дисциплины. Особенно же важна Классификация причин обращений в службы здравоохранения, позволяющая оценить реальную распространенность психической патологии, часто являющейся истинной, но не распознаваемой причиной обращения к врачу.

Первая глава книги посвящена Классификации психических расстройств МКБ-10, ориентированной прежде всего на нужды практической повседневной работы по организации лечения и помощи психически больным. Этой классификации отведен пятый из имеющегося в основной части МКБ-10 раздела. Используется четырехзначный код – буква английского алфавита, обозначающая раздел классификации, и три цифры, характеризующие занимаемую этим расстройством рубрику. Например, диагноз «гебефрения, непрерывное течение» имеет код F20.10. F – обозначает принадлежность разделу «психические расстройства»; 2 – секции «шизофрения и связанные с ней расстройства»; 0 – «шизофрения»; 1 – обозначает тип шизофрении, в данном случае гебефрения; 0 – обозначает тип течения, непрерывный. Психические расстройства – единственный раздел МКБ, содержащий определения используемых понятий.

Классификация психических расстройств построена по принципам Международных классификаций: простота и ясность; приемлемость не только для медиков, но и специалистов других профессий; не подмена национальных классификаций, но их объединение и связь: легкость перевода на другие языки, опора на устоявшиеся фундаментальные положения; доступность дополнений и изменений в соответствии с новыми данными.

Как особенно характерные для этой классификации выделяются следующие черты. Объединение исследований экспертов из более чем 60 стран, сопоставимость с диагностическим и статистическим руководством по психическим расстройствам Американской психиатрической ассоциации (DSM-IV). Участие широкого круга специалистов, например, врачей общей практики. Интеграция работы специально созданных региональных центров – в Дании, Индии, Китае, Египте, России и т.д.

Построение на основе не только данных литературы, но и специальных полевых исследований. Одновременное издание на нескольких языках – английском, французском, испанском, китайском и других с последующим переводом к настоящему времени уже на 22 языка.

Работа над классификацией сопровождалась созданием ВОЗ соответствующих справочных, диагностических и других материалов. Прежде всего это лексиконы, содержащие определения терминов по психиатрии и психическому здоровью (свыше 300 терминов), а также по злоупотреблению алкоголем и психоактивными веществами. Должен выйти лексикон культурально-специфических понятий. Остро стоит проблема создания многоязычного словаря-

глоссария, дающего наиболее эквивалентные переводы и адекватные определения терминов с учетом своеобразия национальных психиатрических школ. Кроме того изданы унифицированные, учитывающие различие диагностических и культуральных особенностей, оценочные шкалы и опросники *сборник историй болезней (The ICD-10 Mental Disorder Casebook)*; разнообразные материалы для обучения и тренинговых программ.

Вторая глава посвящена главным клинико-диагностическим нововведениям классификации. Изменен принцип диагностики злоупотребления алкоголем и психически активными веществами, ранее эти расстройства кодировались в соответствии с клиническим синдромом, а конкретное психически активное вещество отмечалось добавочным знаком. Теперь же за основу диагностики берется психически активное вещество, например, алкоголь – P10, опиаты – P11, кокаин P14. Для обозначения клинического синдрома, развившегося в результате употребления этого вещества, используется дополнительный четвертый знак .

Ряд изменений касается шизофрении и расстройств шизофренического спектра, для иллюстрации принятого в МКБ-10 подхода автор приводит следующую схему:

| острые и транзиторные психотические расстройства с шизофрениоподобными симптомами | без шизофрениоподобных симптомов     |
|---|--------------------------------------|
| длительность свыше 1 мес.   | длительность свыше 3 мес.            |
| шизофрения  | персистирующее бредовое расстройство |

При сохранении шизофрениоподобной симптоматики свыше указанного срока возникает необходимость смены диагноза острого психотического расстройства на диагноз шизофрении. Отмечается, что такой подход соответствует определению шизофрении как хронического психического заболевания и отличию ее от культурально обусловленных не относящихся к шизофрении преходящих психотических состояний часто встречающихся в развивающихся странах. Но однако, этот подход требует более четких определений таких понятий как «острый приступ», «полиморфная картина».

Вызывающее споры на протяжении уже четырех десятилетий понятие «простая шизофрения» сохраняется в МКБ-10. Предлагается уточнить его соотношение с категориями шизотипические расстройства и шизоидное расстройство личности. Рубрики шизофренического спектра включают и постшизоф-

реническую депрессию – состояние, наблюдающееся у 10 % перенесших приступ шизофрении и лечившихся нейролептиками больных. Пока неясно что именно определяет это состояние – действие нейролептиков, процессуальные аффективно-волевые нарушения или что-то другое.

Имеются изменения в категоризации аффективной патологии. Депрессия, мания, биполярное расстройство сближаются с персистирующими аффективными расстройствами, например, с дистимией. Особенности амбулаторной аффективной симптоматики и значительный удельный вес среди обращающихся в общемедицинскую сеть, лиц с психологическими проблемами определяют содержание рубрик «рекуррентное короткое аффективное расстройство», «смешанное тревожное и аффективное расстройство», «расстройство приспособления (адаптации)».

После длительных консультаций сохранен диагноз «неврастения». Включено 12 классов культурально-специфических расстройств (например, Амок, Кора), предпочтительных для определенных регионов. Существенные изменения коснулись рубрикации детской психиатрии, в том числе в связи с особым вниманием к расстройствам психологического развития.

Для отечественного читателя особенно важны замечания N. Sartotius, касающиеся терминологии. Понятия «nevroticheskoe» и «psychoticheskoe» сохранены лишь как изредка используемые прилагательные, не несущие принципиального клинического смысла. Понятия «psychogennoe» и «psychosomaticheskoe» не используются, для того, чтобы подчеркнуть связь между психологическим фактором и соматическим расстройством рекомендуется сочетать два соответствующих кода. Во всем тексте МКБ используется только термин «расстройство» (disorder) чтобы избежать более «проблемных» категорий «заболевание» (illness) и «болезнь» (disease).

В последующих семи главах дается характеристика семейства классификаций, относящихся к систематике психических и неврологических расстройств. В 3 – 7 главах описываются различные варианты собственно классификаций. Основная книга семейства – «Клинические описания и диагностическое руководство» (*The Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*) предназначена прежде всего для клинической практики и терапии и содержит полную номенклатуру психических расстройств. Каждая диагностическая рубрика представлена введением – общей описательной характеристикой кодируемых расстройств; клиническими описаниями и диагностическими указаниями применительно ко всем включенными в данную рубрику подклассам, специальное издание – «Диагностические критерии для исследований» (*Diagnostic Criteria for Research*) – направлено на поисковые научные цели. Наличие русского перевода обеих этих книг делает излишней их более подробную характеристику.

Многоосевая версия Классификации психических расстройств МКБ-10 («Multiaxial Version of the ICD-10»). Ее оригинальные (английские) варианты для детской и взрослой психиатрии предполагалось опубликовать в 1995 году, смысл этой версии – оценить не только собственно клинические аспекты состояния пациента, но и связанные с ним социально-психологические и другие факторы, влияющие на здоровье.

Детский вариант многоосевой классификации содержит 6 шкал – 1. клинический психиатрический синдром; 2. специфические расстройства психологического развития; 3. интеллектуальный уровень; 4. общее соматическое состояние; 5. связанные «ненормальные» психологические ситуации; 6. глобальная оценка ограничения возможностей.

Взрослый вариант ограничен 3 шкалами: 1. клинический диагноз; 2. ограничение возможностей (самообслуживания, профессиональных, семейных, общесоциальных); 3. контекстуальные факторы, влияющие на течение и проявление заболевания. Как положительный момент отмечается отсутствие различий для кодировки на 1 оси между психическими и соматическими заболеваниями. Это отвечает современной тенденции не противопоставлять психическое и соматическое, а рассматривать их в едином континууме. Так называемые контекстуальные факторы включают неблагоприятные события детства, особенности образования, семейной атмосферы, социального окружения, экономические трудности, проблемы труда и труда, физические особенности, правовые проблемы, перенесенные болезни и состояния ограниченных возможностей, особенности стиля жизни. Все эти факторы представлены в XXI (Z) разделе МКБ-10: «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращение в службы здравоохранения». По-видимому, можно говорить о тенденции все более серьезного внимания собственно клинической медицины к социальной стороне здоровья и болезни.

Создание варианта классификации психических расстройств для первичной медицинской помощи подтверждает признание того, что большинство страдающих психическими расстройствами обращаются к врачам общемедицинской сети. Соответственно этот вариант содержит лишь наиболее актуальные для общей практики диагностические категории, дает доступные для врача, не имеющего специального психиатрического образования, краткие и конкретные диагностические и терапевтические указания. В целом получается весьма ценное практическое пособие, перевод которого на русский язык можно было бы только приветствовать. 9 и 10 главы посвящены описанию диагностического аппарата классификации – стандартизованным шкалам и опросникам как необходимым компонентам создания систематики. Три диагностических

руководства по типу опросников разработаны ВОЗ непосредственно в процессе создания МКБ-10. Это – Структурированный международный диагностический опросник (Composite International Diagnostic Interview – CIDI); Опросник для клинической оценки в нейропсихиатрии (Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry – SCAN) и Международный опросник для определения личностных расстройств (International Personality Disorder Examination – IPDE).

Полный вариант CIDI содержит 288 вопросов. Применение опросника требует специального обучения и служит главным образом целям совершенствования техники интервью и решению эпидемиологических задач. SCAN предназначен для психиатров и психологов, позволяет оценить и классифицировать основные психопатологические проявления. SCAN основана на PSE-10 (Present State Examination-10) – полустандартизированном опроснике, направленном на выявление как непсихотических, так и психотических расстройств. По сравнению с CIDI SCAN в большей степени ориентирован клинически и опирается на объективные особенности статуса.

IPDE включает 153 вопроса касающихся основных форм личностных проявлений – работы, «Я», межличностных отношений, эмоциональности, восприятия реальности, волевого контроля и позволяет диагностировать параноидное, шизоидное, шизотипическое, антисоциальное, пограничное, гистрионное, компульсивное, пассивно-агрессивное, садистическое и некоторые другие варианты расстройств личности.

Диагностический инструментарий классификации психических расстройств МКБ-10 дополняется опросником оценки степени ограничения возможностей (Disability Assessment Schedule – DAS). DAS позволяет оценивать уровень социального функционирования пациентов с нарушениями вследствие психических расстройств, результаты ответов на 97 вопросов, измеряются по 6-балльной шкале от отсутствия дисфункции до ее максимальной выраженности. Опросник может использоваться психиатрами,

психологами, социологами и социальными работниками.

Также имеется Перечень симптомов (ICD Symptom Checklist), сгруппированных по основным диагностическим категориям (Fo-Fe): органические психические расстройства и синдромы злоупотребления психоактивными веществами (F0/F1), психотические и аффективные синдромы (F2/F3); синдромы поведенческих и невротических расстройств (F4/F5); симптомы расстройств личности (F6). Перечень сопровождается глоссарием, содержащим определения всех основных понятий, встречающихся в перечне.

Завершает книгу глава о перспективах развития психиатрической классификации. С одной стороны, подчеркивается необходимость серьезной требующей усилий национальных и международных организаций работы по внедрению новой систематики в практику, обучению врачей и других специалистов работе с МКБ-10. С другой стороны, анализируется стратегия развития психиатрической таксономии – значение дескриптивного феноменологического подхода, возможности сочетания димензионного и категориального принципов систематизации, эпистемологические проблемы. Принципиальным автор считает движение психиатрии по пути обретения психиатрами разных стран, различных школ и направлений единого языка. Книга N. Sartorius несомненно стала шагом на этом пути.

Официальное применение МКБ-10 в нашей стране планируется с 1997 года. Литературы, помогающей понять и усвоить во многом непривычную для отечественной традиции логику МКБ-10, явно недостаточно. Перевод книги Н. Сарториуса на русский язык оказал бы значительную помощь в восполнении этого пробела, стал бы существенным подспорьем для всех профессионалов психиатрической службы: и клиницистам-практикам, и психиатрам-исследователям, и психологам, социальным работникам, реабилитологам и администраторам.

Е. Б. Беззубова (Москва)

# ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

## ПАТОГРАФИЧЕСКИЙ ОЧЕРК О ДАНИИЛЕ ХАРМСЕ

А. В. Шувалов (г. Фрязино)

«... он, как почти все талантливые русские люди, имел странности». (М. Горький)

### I

В смутные революционные годы, во времена культурной и бытовой нестабильности творческие личности с психическими отклонениями, особенно тонко и болезненно ощущающие наступившие противоречия и умеющие ярче других выразить их в литературе, могут достигать определенной степени признания. Пример – Велимир Хлебников, творивший в пред- и послереволюционные годы, значение которого для русской поэзии не нуждается в специальном доказательстве (9). В эпоху сформировавшейся устойчивости стиля и быта подобные авторы уже не вписываются, звук их голосов выпадает из общего аккорда, вызывая диссонанс и антипатию общества. В результате такого несоответствия духу времени непризнание, пожалуй, – самый мягкий удел, которым окружающие награждают такого литератора. Государства тоталитарного типа могут расправиться с ними и более жестоко.

Примером последнего случая является советский поэт и драматург Даниил Иванович Хармс (1905 – 1942), творчество которого пришлось на конец 20-х и 30-е годы Советской России. Уже сам псевдоним, под которым Д. И. Ювачев и получил свою известность, вычурен и полон амбивалентности. «Хармс» с французского (*charme*) означает желание очаровывать окружающих, а с английского (*harm*) – желание причинять окружающим вред. Хармс свободно владел немецким и английским языками, поэтому, хотя первый, внешний смысл псевдонима – Даниил Чародей (тоже, впрочем, не без цирковой претенциозности) и выглядит вполне приемлемым, но второй, внутренний план псевдонима не мог быть ему неизвестен. А возможно были более близким, если вспомнить, что Хармс любил повторять фразу «Зажечь беду вокруг себя» и вообще был (или хотел быть?) уверен, что приносит несчастье тем, кого любит.

Интересна и более подробная расшифровка сокращения «ОБЭРИУ» (название литературной группы, существовавшей в 1928 – 1930 гг., активным членом которой был Хармс). Дело в том, что за рамками названия «Объединение Реального Искусства» оставалась не только буква «Э», но и конечная «У». Если «Э» уместно произносить перед «Р», то «У», также не являясь словопредставителем, была внесена поэтами в аббревиатуру смеха ради, может быть по детской присказке: «потому, что кончается на у».

Даже эти детали псевдонима и названия литера-

турного объединения вполне определенным образом характеризуют обэриутов и самого Хармса, показывая их малое соответствие устанавливающемуся времени. Уже организована Российская ассоциация пролетарских писателей (РАПП, 1928 г.), а вскоре и твердо вставший на позиции социалистического реализма его преемник – Союз писателей (1933 г.). «Литературное хулиганство» обэриутов на этом фоне выглядело анахронизмом, так как их идеи по существу были последней вспышкой русского модернизма и абсурдно-черный юмор вызывал в эти годы, когда «добивали» даже Маяковского, всеобщее непонимание и неприязнь.

Рассмотрим некоторые сведения, имеющие отношение к наследственности Даниила Хармса. Мать – по образованию педагог, «занималась трудным делом – воспитанием людей, прошедших тюрьму, работала начальницей «убежища для женщин» (2; с. 8), освободившихся после заключения. При таком убежище прожила с сыном более десяти лет, почему о Хармсе один из биографов и написал: «Родившись рядом с тюрьмой, он умер в тюрьме» (1; с. 19).

Дед по линии отца «тер полы, по которым ходил император Александр III», а его сын «предлагал друзьям-подпольщикам проект убийства царя во дворце» (2; с. 8 – 9). Но конспиратором отец Хармса был, видимо, никудышным. Его сразу (1883 г.) арестовали и приговорили к пожизненной каторге, замененной на 15-летнее заключение. В каземате Шлиссельбургской крепости у отца произошла примечательная трансформация мировоззрения: из убежденного атеиста он превратился в столь религиозного человека, что ему даже предлагали перейти из крепости в монастырь. Многие из сидевших с ним заключенных пишут о его «религиозном помешательстве», о том, что «он сошел с ума» (7; с. 512). Вернувшись в 1899 г. в Петербург он сделался православным проповедником и под псевдонимом «Миролюбов» (это бывший-то террорист!) написал около 10 религиозных книг.

Представляется маловероятным, чтобы Даниил Хармс смог повторить жизненный сценарий отца и пережить такое же мировоззренческое преображение после своего тюремного заключения. Сын, впрочем, слушал отца и даже хранил его наказы, выписанные из священных книг. Позднее он и сам начнет сочинять нравоучительные притчи. Но была какая-то «перевернутость», какая-то запутанная дидактика в наставлениях Хармса. Его ранние стихи и рассказы как бы

«антидидактичны, неучительны». Что-то общее, однако, в начале все-таки было: отец дофрондировался до каторги и сын рос «некак все» и возможно, что необычность его поведения и некоторая оппозиционность сыграли не последнюю роль в его печальной судьбе.

В автобиографическом наброске («Теперь я расскажу, как я родился...», 1935 г.) Хармс следующим образом повествует о своем рождении: «... я оказался недоноском и родился на четыре месяца раньше срока. Папа так разбушевался, что акушерка, принимавшая меня, растерялась и начала запихивать меня обратно, откуда я только что вылез»<sup>1</sup>.

В присущей ему гротескно-абсурдной манере Хармс описывает, как его «запихали второпях не туда», и он вторично появился на свет после того, как матери дали слабительное.

Здесь мы сталкиваемся не только с определенным эмоциональным изъяном (предметом насмешки становится мать), не только с крайне редкой символикой – идентификация себя с фекалиями, но и можем увидеть в этом образе основу последующего жизненного сценария человека-неудачника, который даже родился не как все нормальные люди, который пытался как-то самореализоваться в жизни, но так и не ощутил своей нужности. Дважды женатый, бездетный, отвергаемый редакциями и обществом, в иные годы буквально голодающий по несколько дней подряд, дважды арестовывавшийся и закончивший свою жизнь в тюремной психиатрической больнице – может быть такая судьба и соответствовала упомянутой символике?

Страсть к театрализованным мистификациям и экстравагантным проделкам проявилась у Хармса еще в училище. Он создал продуманную до мелочей – от одежды и собственного алфавита до стихотворных заклинаний и масок-псевдонимов – систему поведения. Ему нравилось «чудить». Его необычный внешний вид привлекал внимание людей, которые в предвоенные годы иногда даже «принимали его за шпиона» и знакомым приходилось удостоверять его личность (5; с. 16).

Из этих же соображений – быть не как все – Хармс «считал полезным развивать в себе некоторые странности... Чудачества и даже тики как-то удивительно гармонично входили в его облик» и, вероятно, были необходимы для его столь своеобразного творчества (6; с. 239). На общем фоне борьбы «за социалистическую индустриализацию страны» джентельменство Хармса могло выглядеть в лучшем случае как малопонятное чудачество, в худшем – как насмешка над окружающими. Одной из выдумок Хармса было «изобретение» себе брата, который якобы был приват-доцентом Петербургского университета. Манерам этого «брата» они подражал. Так, отправляясь в кафе, брал с собой серебряные чашки (фамильную ценность), вытаскивал их из чемоданчика и пил только из своей посуды. Когда шел в театр, то наклеивал фальшивые усы, заявляя, что мужчина

«неприлично ходить в театр без усов». В 1927 – 1928 годах, когда обэриуты особенно часто появлялись перед публикой, Хармс «в длинном клетчатом сюртуке и круглой шапочке поражал изысканной вежливостью, которую еще больше подчеркивала изображенная на его левой щеке зеленая собачка» (4; с. 7). «Иногда, по причинам тоже таинственным, перевязывал он лоб узенькой черной бархаткой. Так и ходил, подчиняясь внутренним законам» (8; с. 512). Как большинство клоунов и юмористов, Хармс страдал приступами пониженного настроения и, будучи склонным к неологизмам, он даже дал своей меланхолии женское имя: «Игнавия».

Хармс с поразительной интуицией умел находить и выбирать нужных себе для общения людей. Их всех отличали высоко ценимые Хармсом черты – независимость мышления, «свобода от косых традиций, некоторый алогизм в стиле мышления и, иногда, творческая сила, неожиданно пробужденная психической болезнью. Все это были люди с сумасшедшинкой...» (6; с. 243).

В последние дни 1931 г. Хармс был арестован по ложному доносу. В тюрьме НКВД провел около полугода, затем был сослан в Курск. В тюрьме и ссылке Хармс тем более не мог приспособиться к окружающей обстановке. За нарушение тюремного режима его неоднократно переводили в изолятор. Тюрьма вообще разрушительно действовала на личность писателя. В Курске им были сделаны такие характерные дневниковые записи<sup>2</sup>. «... Собачий страх находит на меня... От страха сердце начинает дрожать, ноги холодеют и страх хватает за затылок. Я только теперь понял, что это значит. Затылок сдавливают снизу, и кажется: еще немного и (тогда) сдавят всю голову сверху, тогда утеряется способность отмечать свои состояния, и ты сойдешь с ума». (1932 г.) А вот строчки из письма к писателю А. И. Пантелееву: «Курск – очень неприятный город. Я предпочитаю ДПЗ<sup>3</sup>. Тут, у всех местных жителей я слышу за идиота. На улице мне обязательно говорят что-нибудь в догонку. Поэтому я, почти все время сижу у себя в комнате...».

Осенью 1932 г. Хармс вернулся в Ленинград. Неприкаянный, неприспособленный («Я весь какой-то особенный неудачник»), голодающий, он тем не менее безуспешно пытался прожить только литературным трудом. Подрабатывать «на стороне» или не хотел, или просто не мог. (Кстати, М. М. Зощенко, оказавшись в 1946 г. в аналогичной ситуации – невозможность публиковаться – пытался зарабатывать в сапожной артели. Но Зощенко был невротиком, а не шизофреником). Во всяком случае никаких сведений о подобного рода попытках не сохранилось, хотя свое литературное творчество Хармс скрывает от окружающих и пишет «в стол». В 30-е годы, как свидетельствует мемуарист, «Хармс с удивительным упорством отказывался от обнародования своего творчества» (7; с. 422). В эти годы у Хармса

<sup>1</sup> Художественные тексты Д. Хармса цитируются по книге: Полет в небеса. Стихи. Проза. Драма. Письма. Л.: «Сов. писатель», 1991.

<sup>2</sup> Дневниковые записи и письма цитируются по книге: Д. Хармс. Горло бредит бритвой. Случаи, рассказы, дневниковые записи. Лит.-худож. журнал «Глагол», № 4, 1991.

<sup>3</sup> ДПЗ – Дом предварительного заключения.

нарастает удельный вес прозы, а ведущим прозаическим жанром становится рассказ.

Объем написанного Хармсом сравнительно невелик и может уместиться в одном томе. Так что можно было бы говорить о пониженной творческой работоспособности: ведь продолжительность его творческой деятельности составляла все-таки лет пятнадцать. С другой стороны, как тут не вспомнить и сочную фразу М. В. Ломоносова из письма к графу И. И. Шувалову (1753 г.): «Музы не такие девки, которых всегда изнасилывать можно». Сам Хармс период с 1932 г. называет периодом «падания». Но именно в это время наступает и его духовная и творческая зрелость, создается повесть «Старуха» и наиболее популярный цикл рассказов «Случай».

В последние годы мировоззрение Хармса сдвигается в более мрачную сторону. Трагизм его рассказов усиливается до ощущения полной безнадежности, полной бессмыслицы существования. Подобную же эволюцию проходит и юмор: от легко и слегка ироничного – до черного.

Весьма характерно отношение Хармса к детям. Не будем забывать, что речь идет о профессиональном детском писателе. В дневниковых записях (1937 – 1938 гг.) встречаются такие фразы: «Я не люблю детей, старииков, старух и благоразумных пожилых». «Травить детей – это жестоко. Но что-нибудь ведь надо же с ними делать?» А герой повести «Старуха», по профессии, кстати, писатель, категорично заявляет: «Дети – это гадость». Переход на творчество для детей (и, соответственно, преимущественный успех у детей) мог быть обусловлен не только случайными внешними обстоятельствами, но скорее всего тем, что детское мышление, не связанное привычными логическими схемами, более склонно к восприятию свободных и произвольных ассоциаций. Свою нелюбовь к детям Хармс не скрывал и находил объяснение, которое носило довольно бредо-подобный оттенок. В записи от 1933 г. мы читаем: «Все вещи располагаются вокруг меня некими формами. Но некоторые формы отсутствуют. Так, например, отсутствуют формы тех звуков, которые издают своим криком или игрой дети. Поэтому я не люблю детей». Тема «нелюбви к детям» проходит и через многие произведения Хармса. Драматург Е. Л. Шварц в своем дневнике вспоминает: «Хармс терпеть не мог детей и гордился этим. Да это ишло ему. Определяло какую-то сторону его существа. Он, конечно, был последний в роде. Дальше потомство пошло бы совсем уж страшное». (8; с. 511).

В конце тридцатых годов образ жизни Хармса и его поведение остаются такими же экстравагантными, хотя, казалось бы, уже не было необходимости ради популярности эпатировать публику, как во времена существования ОБЭРИУ. В данном случае, по-видимому, можно говорить уже об определенном эмоциональном снижении и, как следствие последнего, о неадекватности поведения. Это предположение подтверждает дневниковая запись от 1938 г.: «Подошел голым к окну. Напротив в доме, видно, кто-то возмутился, думаю, что морячка. Ко мне ввалился милиционер, дворник и еще кто-то. Заявили, что я

уже три года возмущаю жильцов в доме напротив. Я повесил занавески. Что приятнее взору: старуха в одной рубашке или молодой человек, совершенно голый».

В 1939 г. Хармс поступает на лечение в психиатрическую больницу и после выписки получает «медицинское свидетельство о заболевании шизофренией» (1; с. 16). Вряд ли можно согласиться с теми биографами, которые считают, что психическая болезнь Хармса была «очередной артистической мистификацией», симуляцией с целью получения «охранной грамоты», которая могла бы спасти его от повторного ареста. Для многих художников, безусловно, болезнь была одним из немногих средств, позволявших укрыться от не слишком доброжелательного к ним мира. В случае Хармса если можно что-то предположить, то лишь агрессию текущего психического расстройства.

Летом 1941 г. Хармсу оформляется вторая группа инвалидности, но вскоре – 23 августа 1941 г. – происходит второй арест: после начала войны сотрудники НКВД «чистили» город. На основании проведенной судебно-психиатрической экспертизы Хармса, как психически больного, освобождают от уголовной ответственности и направляют на принудительное лечение в психиатрическое отделение больницы при пересыпочной тюрьме, где он через несколько месяцев и умирает.

## II

Поэзия Даниила Хармса состоит из отдельных, порой не связанных между собой фраз, которые тем не менее создают атмосферу определенного настроения. А его неологизмы заполняют весь возможный смысловой спектр: от понятных слов до звукоподражательных буквосочетаний. Так, в стихотворении «Скупость» (1926 г.) мы встречаем лешего, который характеризуется как «людий враг». Необычно, но еще понятно. Но чуть дальше уже менее понятно «мерцаает дочь». Первое, что приходит в голову, – опечатка, не дочь, а ночь. Но ночь уже была двумя строчками ранее:

«Ночь свистела –  
Плыл орел.  
Дочь мерцала –  
Путник брел».

Однако, чем дальше, тем больше алогизма и разорванности:

«Все настигнет естега:  
Есть и гуки, и снега...  
А ты, тетя, не хиле,  
Ты микука на хиле».

(«Радость», 1930 г.)

Или:

«Думы шатая живого леща  
Топчет ногами калоши ища».

(«Мяч летел с тремя крестами...», 1930 г.)

Можно, конечно, вспомнить лингвистическую шутку о «Глокой куздре» языковеда Л. В. Щербы, но одно дело – лингвистический пример, другое – творческий метод. У неологизмов Хармса есть, впрочем, своя особенность (в отличии, например, от хлебниковских): они во многом инфантильны и напоминают исковерканые ребенком слова.

Не будем забывать, что именно своеобразие мышления больных шизофренией, которое позволяет им рассматривать явления с самых разных, часто неожиданных сторон, сопоставлять несопоставимое, их способность отойти от шаблонов стереотипного мышления, отойти благодаря болезненно нарушенному восприятию окружающего и породили привлекающую к себе по настоящему внимание проблему «гениальности и помешательства». По словам Гете, «то сверхобычное, что создают эти люди, предполагает весьма тонкую и хрупкую организацию, – они ведь должны испытывать чувства, мало кому доступные...».

Проза Хармса оригинальна не столько наличием неологизмов (они не играют в тексте заметной роли и уж во всяком случае не доминируют, как у того же В. Хлебникова), сколько тесным сплетением реального и нереального. Сюжет у Хармса в большей степени абсурден, чем фантастичен, что и создает сильный эмоциональный эффект, который сопоставим порой с действием анекдота. Вот фрагмент рассказа из цикла «Случаи» (1933 г.):

«Писатель: Я писатель.

Читатель: А по-моему, ты г... о!

Писатель стоит несколько минут потрясенный этой новой идеей и падает замертво. Его выносят».

А вот начало другого рассказа (1929 – 1930 гг.):

«Одна муха ударила в лоб бегущего мимо господина, прошла сквозь его голову и выпала из затылка. Господин, по фамилии Дернятин, был весьма удивлен...» И далее приводятся рассуждения героя по данному поводу и его дальнейшие не менее невероятные происшествия. Один из биографов в связи с таким своеобразием прозы Хармса находил в ней черты «западного сюрреализма и русского безумия».

Если прибегнуть к метафоре А. В. Луначарского и сравнить все человечество с гигантской клавиатурой, в которой из поколения в поколение присутствует приблизительно одинаковое соотношение психически больных и здоровых людей (а так оно, по-видимому, и есть), то можно сказать, что искусство ударяет по всем клавишам рояля, но в зависимости от времени и обстоятельств в унисон общей мелодии звучат далеко не все звуки. Хармс оказался патологически звучащей клавишей на клавиатуре своего времени. Его звук диссонировал, но не был фальшивым. Он звучал так, как только мог звучать в силу особенностей своей личности. К счастью для российской словесности. И к несчастью для самого себя.

Психопатические личности, а Хармс безусловно представлял из себя внешне тип истерического психопата, как правило, к 35 – 40 годам уже как-то при-

способливается к жизни, находят свою социальную нишу. У Хармса такой адаптации не произошло. Поэтому можно согласиться с врачами, освидетельствовавшими писателя, что в данном случае речь действительно шла о вялотекущем шизофреническом процессе. Тем более, что при всей любви советских психиатров к гипердиагностике шизофрении (к ленинградской психиатрической школе это относится в наименьшей степени!) сложно было бы дважды симулировать шизофрению да еще в ситуации судебно-психиатрической экспертизы. Но не в уточнении диагноза суть. «То, что в медицине считается подлежащим устраниению, может быть в искусстве исключительно ярким цветком», – говорил Константин Бальмонт, который сам был еще более прекрасным цветком из той же «психиатрической оранжереи».

В клинической картине больных малопрогредиентными шизофреническими расстройствами часто смешиваются, как у Хармса, психопатоподобная симптоматика с истероподобной. Однако личность писателя периода 30-х годов ближе стоит к группе «дефензивных шизоидов» (М. Е. Бурно), представители которой хранят «за фасадом аутистически-формального, стеклянно- aristократического поведения» свою высокую аффективность и повышенную ранимость (3; с. 256). Хармс существовал и творил в мире собственной поэтической схемы, которая была для него выше реальной действительности, из-за чего он и не мог «практически приспособиться к людям иного склада». Или, как образно записал в записной книжке еще в возрасте 19 лет сам Хармс: «Я не подхожу классу физиологически». Подразумевался класс в Ленинградском электротехникуме.

Получить психотерапевтическое облегчение (как отец) возвучной ему религиозной вере Хармсу также не было дано. И осталось – к счастью! – только литературное творчество. Трудно говорить, испытывал ли Хармс полное удовлетворение от своего сочинительства. Судя по всему, вряд ли. Но вне сомнения, что сама возможность творческого самовыражения должна была помочь ему в стабилизации психического состояния и способствовала более благоприятному течению заболевания.

А главное – мы в очередной раз убеждаемся, что оригинальное, очень своеобразное по своему содержанию и форме выражения литературное творчество создается если даже и не психически больным человеком, то крайне аномальной в психическом отношении личностью. Не даром один из биографов пишет: «Даниил Иванович... владел своим безумием, умел управлять им и поставить его на службу своему искусству» (6; с. 244). Игра в человека, совершающего экстравагантные и загадочные поступки, постепенно перестала быть игрой, стала сердцевиной личности Хармса. Вполне возможно, что он принадлежал к тем людям, у которых, по словам французского моралиста Вовинаржа, «талант никогда бы не обнаружился, не будь у них еще и недостатков».

Чем больше знакомишься с историей искусства, тем чаще поражаешься тому, как много в ней презираемых и гонимых, проклинаемых и казненных, а то и просто – психически больных. И невольно прихо-

дит мысль: может быть именно эти бескорыстные еретики и юродивые и являются истинными двигателями нашей культуры? Как бы там не было, но ее про-

гресс достается дорогой ценой. И судьба Даниила Хармса еще раз подчеркивает позитивную роль болезни в человеческой культуре.

### Биографические источники

1. Александров А. «Правдивый писатель абсурда». – В кн.: Д. И. Хармс. Проза. Ленинград-Таллинн: Агентство «Лира», 1990, с. 5 – 19.
2. Александров А. Чудодей. Личность и творчество Даниила Хармса. – В кн.: Д. Хармс. Полет в небеса. Стихи. Проза. Драма. Письма. Л.: «Советский писатель», 1991, с. 7 – 48.
3. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением. М.: «Медицина», 1889.
4. Волгин И. Л. «Чтоб кровь моя остынуть не успела...» – В кн.: Н. А. Заболоцкий. Стихотворения и поэмы. М.: «Правда», 1985, с. 5. – 24.
5. Кобринский А. А., Устинов А. «Я участвую в сумрачной жизни». Комментарии. – В кн.: Д. Хармс.
- Горло бредит бритвою. «Глагол», № 4, 1991, с. 5 – 17 и 142 – 194.
6. Петров В. Н. Даниил Хармс. – В кн.: Панorama искусств. Вып. 13. Сб. статей и публикаций. М.: «Советский художник», 1990, с. 235 – 248.
7. Устинов А., Кобринский А. А. Дневниковые записи Даниила Хармса. – В кн. Минувшее. Исторический альманах. 17. М-СПБ: «Феникс», 1992, с. 417 – 583.
8. Шварц Е. Л. «Живу беспокойно...» Из дневников. Л.: «Советский писатель», 1990.
9. Шувалов А. В. «Король времени Велимир I-й». – Независимый Психиатрический Журнал, № 3, 1995, с. 66 – 70.

### СТИХИ

У вас депрессия.  
Сказал мне психиатр.  
Поверьте мне – это пройдет,  
Депрессия всегда проходит.  
«Жизнь всегда проходит» –  
Раздалось во мне, как эхо.  
Ну нет. Это меня не устраивает.  
Я не дам ей пройти.  
Я вернулся домой  
И остановил ее.

\*\*\*

Хирургу ампутировали ногу,  
Терапевт свалился с инфарктом,  
Инсульт у невропатолога,  
У онколога рак желудка,  
Бедные, счастливые люди.  
А у меня всего лишь депрессия,  
Как сказал психиатр.  
И больше нет ничего –  
Ни внутренностей,  
Ни тела,  
Ни души.  
Остался только один  
Маленький кусочек,  
Который выдавливает все это  
На бумагу.

Но сейчас я избавлюсь  
И от него.

\*\*\*

Когда я почувствовал,  
Как больно прикасаются ко мне  
Руками и словами  
Я выстроил вокруг себя  
Стеклянный купол.  
И скрылся в нем от людей.  
Он со временем покрылся пылью  
И все вокруг стало серым и бесцветным.  
Я не слышу прежних звуков  
И не различаю никаких запахов.  
Чем мог себе представить раньше,  
Как это больно,  
Когда не можешь чувствовать боли.

\*\*\*

Я подумал – как же провожу я жизнь мою?  
Понял – меж ненужностью и недостижимостью.  
Я аодумал – что я в жизни делаю?  
Понял, что в пространстве  
Лишь передвигаю тело я.  
Что ж тело делает во времени?  
Ожидает окончания бремени.

Г. К.

# НЕКРОЛОГ

## ЮЛИЯ ПАВЛОВНА АРГУНОВА

25 марта 1996 г. скончалась член-корреспондент Независимой психиатрической ассоциации России, кандидат медицинских наук, доцент Юлия Павловна Аргунова. Она родилась в 1925 г. в г. Саратове, в 1948 г. с отличием окончила лечебный факультет 1-ого Московского медицинского института, в 1953 г. по окончании аспирантуры по патологической анатомии в МОНИКИ успешно защитила кандидатскую диссертацию. Последующие 36 лет Юлия Павловна проработала на кафедре патологической анатомии лечебного факультета Московского медицинского стоматологического института, вначале ассистентом, а затем доцентом, являлась зав. учебной частью кафедры. На протяжении всей своей жизни она вела большую общественную работу, около 2 – 3 десятилетий была парторгом. Это был неравнодушный человек, подлинный энтузиаст, активно всеми силами души включавшийся в деятельность, которую считала важной, не жалея времени и сил. Ведь наряду с этим с такой же самоотдачей Юлия Павловна совмещала педагогическую и научную деятельность с практической работой врача-патологоанатома в Балашихинской городской больнице, в Московской клинической больнице № 36. Отсюда звания «Ветеран труда» и «Отличник здравоохранения».

С замечательными деловыми и личностными качествами Юлии Павловны члены Независимой психиатрической ассоциации познакомились в 1992 г., когда она, уже на пенсии, вступила в НПА и как всегда на энтузиазме, добровольно взялась выполнять очень трудоемкую и скрупулезную деятельность по рассылке по почте печатных изданий НПА во все концы СССР, а затем СНГ, в чем ей помогала ее дочь, юрист-консультант НПА Юлия Николаевна Аргунова. Смерть застигла Юлию Павловну в момент, когда она, превозмогая страшную болезнь, составляла список приглашений на VIII цикл образовательной программы НПА.

Мне посчастливилось познакомиться с Юлией Павловной



значительно ранее моих коллег по НПА. С 1972 г. я часто встречался с ней на ученых Советах и других общепринятых собраниях медицинского стоматологического института, где я работал на кафедре психиатрии. Уже тогда я обратил внимание на удивительную строгую красоту и деловые качества этой женщины – прирожденного педагога высшей школы и ученого.

Светлая память о Юлии Павловне Аргуновой навсегда останется в сердцах ее студентов и коллег.

Доцент В. Н. Прокудин

## ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА Н. Ф. ШАХМАТОВА 9. XII. 1923 – 14. IV. 1996

Умер Николай Феофанович Шахматов – профессор, доктор медицинских наук, один из основателей отечественной генетопсихиатрии.

Н. Ф. Шахматов родился в медицинской семье. Его отец, известный в г. Хабаровске врач – Феофан Акимович Шахматов – более двух десятилетий возглавлял крупнейший на Дальнем Востоке военный госпиталь. Ярость и незаурядность личности Николая Феофановича проявились с детства: один из лучших учеников, лидер и заводила, располагавший к себе открытостью, и доброжелательностью. После школы – судьба младшего военного поколения: служба в Советской Армии на Дальнем Востоке на протяжении всех лет Великой Отечественной войны. В военной офицерской шинели Н. Ф. Шахматов приходит в Хабаровский медицинский институт. Становится старостой и любимцем курса. Серьезные академические успехи сочетаются с репутацией острого слова, мастера импровиза-



ции и розыгрыша и в это же время самоотверженно-го надежного друга.

На студенческой скамье был сделан и професси-ональный выбор – психиатрия. Наставником стал профессор Иван Борисович (Иоганн Борух) Галант. Об этом оригинальном, глубокоодаренном, прошедшем школу самого Еугена Блейлера, враче, ученом и педагоге Николай Феофанович написал воспоми-нания. Первые самостоятельные шаги в психиатрии – исследования в Павловской лаборатории высшей нервной деятельности стали и прощанием с Дальним Востоком. Хабаровск и величественный Амур, яр-кие и солнечные годы детства и юности оставались для Николая Феофановича первой щемящей и непро-ходящей любовью.

Впереди была – Москва, институт психиатрии на Потешной (ЦНИИП, а потом МНИИП), с которым связано более 30 лет жизни, в котором пройден путь от аспиранта и младшего научного сотрудника до профессора и руководителя отдела. Учителем, на-учный и клинический, нравственный и культурный авторитет которого всегда оставался главным, стал Самуил Григорьевич Жислин, возглавлявший отде-ление психической патологии позднего возраста. Главной темой научного поиска стала геронтопси-хиатрия. Кандидатская диссертация была посвяще-на нарушениям сна в клинике психозов позднего воз-раста. После смерти Учителя Николай Феофанович возглавил отделение. Он – автор разделов в руково-дствах и фундаментальных статей по геронтопси-хиатрии. Им написаны разделы по психической па-тологии позднего возраста в авторитетных руково-дствах.

Докторская диссертация Н. Ф. Шахматова «Бре-довые психозы позднего возраста» стала этапом раз-вития отечественной геронтопсихиатрической шко-лы. Проводимые в отделении исследования здоровых и страдающих психическими расстройства-ми стариков с учетом социо-психологического и культурально-этнического контекста в совокупнос-ти с анализом клинических данных привели к созда-нию новой концепции геронтопсихиатрии. Николай Феофанович показывает недостаточность традици-онного узко медицинской этионозологической па-радигмы для понимания закономерностей старения в норме и патологии, обосновывает значение общевоз-растных особенностей, роль гетерохроний и гетеро-топий в формировании собственно психических рас-стройств в старости. Окончательное оформление концепция получает в последних статьях и моногра-фии «Психическое старение: счастливое и болезнен-ное», тираж которой Николай Феофанович получил за несколько дней до смерти.

Н. Ф. Шахматов был активным членом НПА, вступив в ассоциацию сразу после ее создания. Он участвовал в работе съездов НПА, публиковался в ее изда-ниях. Блестящими были его клинические раз-

боры на образовательных программах НПА. До по-следнего дня Николай Феофанович прилагал усилия для установления полноценного сотрудничества РОП и НПА.

По-настоящему культурный образованный Нико-лай Феофанович сочетал в себе черты ученого и ху-дожника. И не только потому, что помимо более 100 научных работ написал, например, и живописное полотно – копию ( $1,5 \times 1$  кв. м) картины Анри Руссо «Сон». А потому что стремление к прекрасному было органично его натуре – он все делал красиво: жил, работал, отдыхал, Любил слово, был тонким и вни-мательным читателем. Среди любимых авторов – Л. Н. Толстой, Сервантес, В. Набоков, С. Есенин, Л. Платонов. Выделял творчество Эль Грека, особен-но портреты стариков. Любил природу, много путе-шествовал – побывал во многих странах; на бай-дарках, лыжах и пешком путешествовал по Да-льнему Востоку, Уралу, Подмосковью. Многие километры исхожены по памятным историческим и просто привлекательным местам Москвы.

Николай Феофанович стремился делать красивее все вокруг – умел преображать повседневность, вно-ся в нее одухотворенность и гармонию. Рядом с ним люди чувствовали себя легче и добрее. К нему тяну-лись. У него искали поддержки в трудную минуту, к нему шли разделить радость. Он искренне любил людей, любил помогать, дарить, чувствовать себя нужным. Изысканный кулинар, мастер застолья, сла-вившийся своим гостеприимством, щедростью, он умел веселиться, раззадорить зажигательным танцем.

Николаю Феофановичу был присущ духовный аристократизм – строгость и незыблемость внутрен-них нравственных правил, деликатность и скром-ность, чувство внутренней свободы, брезгливость к желанию занять место в первом ряду.

Темой размышлений Николая Феофановича по-следние годы жизни была тема смерти, органично вы-светившаяся как коренная в осмыслении всей про-блемы старения в норме и патологии. Николай Фео-фанович собрал воедино опыт многочасовых разго-воров с пожилыми людьми находки художественной литературы, мемуары великих стариков. Сокровен-ные мысли, попытка подойти к тайне смерти, а зна-чит и к тайне жизни – прочитываются в строках его книги. Но, наверно в большей степени итоги этих размышлений остались неопубликованными – в виде набросков к статьям и, возможно, новой книге. Мож-ет быть, какая-то тайна нашего прихода и ухода открылась ему полнее. Чуждый показной религиоз-ности, воспитанный в русской, чтившей православ-ные традиции семье, он умер в Пасхальную Ночь. Он оставил нам так много – и он остается с нами навсегда – своими мыслями, чувствами, мягкой уль-бой, добром, помощью и поддержкой, на которые он был так щедр и которые мы, знавшие его, будем ощу-щать еще очень долго.

# РЕКОМЕНДАЦИИ

Г. П. Аксенов – О причине времени – «Вопр. филос.», 1996, 1, 42–50  
С. И. Яковенко – Философия незамкнутости – Ibid, 2, 41–50  
М. И. Штернберг – Проблема Берталанфи и определение жизни – Ibid, 51–66  
М. В. Кузьмин – Экстатическое время – Ibid, 67–79

\*

Г. Д. Левин – Непрофессионалы в профессиональном споре – Ibid, 1, 174–185  
В. А. Лекторский – К.Хюбнер «Критика научного разума» – Ibid, 190–191

\*

Н. И. Кузнецова, М. А. Розов – История науки на распутье – «Вопр. ист. естеств. и техн.», 1996, 1, 3–18  
Д. А. Александров – История науки для историков науки или слово о пользе образования аспирантов – Ibid, 93–104  
Quo vadis? – Беседа ученых о судьбах российской науки – «Социол. иссл.», 1996, 1, 52–60  
Ф. Х. Кессиди – Об одной особенности менталитета древних греков – «Вопр. филос.», 1996, 2, 137–144  
Ю. Н. Давыдов – От национальной экономии к культур–социологии – Ibid, 1, 124–134  
Г. Шавердян – Поэтическая антропология – «Человек», 1996, 2, 27–40

\*

В. Парето – О применении социологических теорий – «Социол. иссл.», 1996, 2, 1 15–124  
П. Ансар – Современная социология – Ibid, 125–139 В. Борисов – Социология для самых маленьких – «Рубеж», 1996, 8–9, 197–221

\*

Нет на свете ничего прекраснее индивидуального. Из писем И. А. Ильина – «Вопр. филос.», 1996, 2, 104–126  
Б. А. Кистяковский – Общество и индивид – «Социол. иссл.», 1996, 2, 103–114  
Л. Г. Ионин – Культура и социальная структура – Ibid, 3–12  
Б. Парамонов – Жить по лжи – «Звезда», 1996, 2, 229–233  
Этика и психология: уровни сопряжения – «Человек», 1996, 2, 5–16

\*

И. А. Ильин – О любезности. Социально–психологический опыт – «Собр. соч.», М., 1996, т.6, кн. 1, 5–50  
Н. С. Трубецкой – О расизме – В: Н. С. Трубецкой «История. Культура. Язык». М., 1995, 449–457  
Эрих Фромм – «Дианетика»: искателям сфабрикованного счастья – «Человек», 1996, 2, 54–56

Ассоциация врачей России издала сборник официальных документов  
Всемирной Медицинской Организации (1964 – 1994),  
Всемирной Организации Здравоохранения (1994)  
и Ассоциации врачей России (1994)

**ВРАЧЕБНЫЕ АССОЦИАЦИИ, МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА  
И ОБЩЕМЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ.**

Под редакцией В. Н. Уранова. М., 1995.

По вопросу приобретения обращайтесь к В. Н. Игнатьеву:  
Москва, ул. Волхонка, 14, 2-ой этаж, комната 216.  
Телефон: 203–91–69.

# ABSTRACTS

---

Jealousy Delirium.

ON THE QUESTION: «DEVELOPMENT OF PERSONALITY» OR «PROCESS»?

Karl Jaspers

This is a work of 1910, which settled the most difficult issue of psychiatry by introduction of the criterion of intelligibility in the context of radical antipsychologism of the phenomenological method of Husserl, has by itself marked the revolution in psychiatry, assertion in it of a new general scientific paradigm. Only

recently it is winning general recognition. That is why we put it not in the Archives section but in the section «Urgent Problems of Psychiatry». It will be published in parts in all four issues of the Journal in 1996. Due to this work Jaspers was proposed to write «General Psychopathology».

## WORD AND IMAGE: LEFT AND RIGHT CEREBRAL HEMISPHERES

N. N. Nikolaenko (St-Petersburg)

The author introduces the data of analysis of drawings made by patients in the process of treatment with a left or right unilateral electroconvulsive therapy. In the case of the oppression of the right hemisphere the patients refuse to draw the proposed object and write its

name instead or draw only a part of the object and add to their drawing written explanation. According to the analysis of the handwriting of F.Dostoevski its diagnostic meaning was shown, namely localization of epileptic focus in the right hemisphere.

## MASTER AND HIS DOG. METHOD OF DRAMATICAL PSYCHOELEVATION

Irina Medvedeva, Tatyana Shishkova

Method of dramatrical psychoelevation is the original individual-group method of psychotherapy for children with borderline disorders. It was elaborated by the authors of the article in 1990. It is directed at harmonization of the personality of a child and doesn't

advocate fixing upon symptoms, traumatical factors and situations. Unlike the psychodrama here the psychotherapist plays an active role. This text represents the first chapter from the authors' unfinished book «Puppet-show is a medicine».

## EXPRESSION OF EMOTIONS BY MEANS OF LANGUAGE IN CLIENT-CENTERED CONVERSATIONAL PSYCHOTHERAPY

Paul Mecheril, Lilly Kemmler

Ten thirty minute segments from client-centered therapies were examined. The topic of approximately 90 percent of the conversations examined is the workings of emotion. It is shown that most of the remarks made had to do with the cognitive components of emotion. This result marks a noticeable difference to expectations derived from a questionnaire answered by 32 therapists, including ten client-centered therapists. The actual handling of emotions in client-centered therapy

differs from the stereotype which seems to be prominent in therapist circles. The results are commentated with regard to the implicit theory of emotion of client-centered psychotherapy. It is shown that clear correspondences exist. Then an integrative model of change of disturbed emotions is presented, based on the assumption that changes of stressfull emotions of the client result from psychotherapeutic influences on cognitive structures and processes.

## THE KEY POINTS IN HISTORY OF GERMAN PSYCHIATRY

Klemens Dieckhofer

In the historical context of the attitude to human dignity of the mentally ill in the European culture beginning

from Empedocles the example of the Heidelberg clinic - the cradle of the German university psychiatry (1878) has dem-

onstrated the greatest decline of the German psychiatry with the advent of the Nazism. That was the expulsion in April 1933 of psychiatrists of «the Jewish race» (W.Mayer-Gross and others) and those who were not loyal to the regime (for instance K.Willmanns) and the transfer the leading posts to narrow-minded psychiatrists but conformists - who were members of the National-Socialist Party. One of them was Carl Schneider (1891-1945) who was on one hand actively struggling for the rehabilitation of his patients, and on the other hand compiling long lists of psychiatrists recruited for military service, who were ordered to sign verdicts, under which thousands of mentally ill persons were sent to die in the gas chambers according to Hitler's order concerning incurable patients of September the 1-st, 1939 (the day of beginning of the World War II). The

coordinator of this action («Action - T-4») had become Max de Crinis (1889-1945) in the Berlin clinic Scharite. Germany lost many Jewish scientists and doctors, who had fled from Nazi. After the war most of the Chief Physicians of mental clinics and Heads of the Chairs of Psychiatry in GDR fled to the West. In FRG the heritage of Karl Jaspers and Kurt Schneider had become the conceptual basis of psychiatry. However, subsequently psychodynamic, behavioral and biological psychiatry originated mainly in the USA, has been quickly developing. Demoralization and decline of the medical ethics represent «a part of worldwide crisis of privileged citizens estates and professions» (H.Schulten). However, the modern psychiatrist accepted the role of the healer of the soul, but irrespective of any religion.

## WERE THERE POLITICAL ABUSES OF PSYCHIATRY IN FORMER GDR?

Stefen Haas

The facts of direct large scale abuse of psychiatry for political purposes in former GDR have not been found. There are indications of separate cases and especially in exercising political pressure in psychiatry and of practice of ordinary abuses.

The political pressure on the mentally ill was exercised by special ministerial instructions to send such persons to psychiatric establishments, by psychiatric expert examination of political dissidents and by violation of human rights as a whole.

Documentally confirmed facts are the following: violation of medical confidentiality; exercising pressure on persons willing to emigrate to West Germany; unfounded commitment to mental hospitals for treatment or prolongation of period of staying in a psychiatric establishment; political pressure during expert examination; psychiatric examination of healthy persons, so called political dissidents under conditions of expertise humiliating to human dignity; shadowing the employees and appointment to all leading posts members of the National Socialist party fulfilling the orders of the party bodies (these persons sometimes closely collaborated with state security authorities

and sometimes themselves were part-time members of the staff of the state security organs).

As far as we know for the time being, in GDR there were no cases of involuntary commitment of political dissidents not suffering from mental illness to psychiatric clinics, as it was the case in the Soviet Union in the seventies. There is also no information, that persons sound in mind were diagnosed as the mentally ill and on that ground were compulsory prescribed certain medicines.

On the other hand in GDR, especially in its last years, the practice of ransom or expulsion of dissidents, as well as mentally retarded and mentally ill persons to FRG was in wide use.

The campaign for revealing and overcoming violations in psychiatry after the collapse of GDR in October, 1989 was initiated by the West Germany. It has been conducted in the form of investigation, frequently in close cooperation with colleagues from the former GDR, who holding at that time key posts in the psychiatric services of GDR had categorically excluded the existence of any violations or abuses of psychiatry in former GDR.

## RUSSIAN PSYCHIATRY: TENDENCIES OF DEVELOPMENT

Yuri S. Savenko, M. D. & Liubov N. Vinogradova , Ph.D.

The historical context is one of the main keys for understanding the situation in the Russian psychiatry. Before the revolution it had noble traditions: the names of V.Kandinskii, S.Korsakov and V.Bekhterev were known to psychiatrists of all over the world.

73 years of Soviet power (picture I) mean dramatic history of defeats of every new bright trend in psychiatry: psychological in 1923, psychohygienic in 1935-37 and psychomorphological in 1952. The fourth one - psychopathological had exhausted itself under conditions of its own monopolism and feeble imitation. Having fulfilled one social order, it ceased to satisfy the next one. In 1989-90 two million persons were struck off the

psychiatric register. Such sharp turns, unthinkable under natural conditions, reveal the unprecedented scale of the use of psychiatry for non-medical purposes in the Soviet Union (picture 2). For instance, according to statistical data by the Serbski Institute of Forensic Psychiatry «the percentage of psychopaths, acknowledged as persons of diminished responsibility was equal in 1922 to 46,5%, in 1935 to 3% and in 1945 – 12%». Concentration on revealing among population sluggish schizophrenia and other mental disorders was hindrance to the state in times of terror and war. The resolution adopted at the Congress of psychiatrists in 1936 condemned widening of the borders of schizophrenia as «harmful

in practice». However, in 1960–80, when it was necessary to discredit and frighten human rights movement, monopoly in psychiatry was offered to that school of thought, which again and on a greater scale widened the borders of schizophrenia (pict.3).

The first category comprise genuinely ill persons, who had been compulsory committed to mental hospitals without sufficient grounds for their dissident activities. One of them was the leading Russian specialist on mathematical logic A.S.Esenin-Volpin rescued from mental hospital due to the letter of protest of 100 mathematicians. That was a very instructive example of juridically substantiated practice: to contest the grounds for involuntary hospitalization, and not the fact of a mental illness. A.S.Esenin-Volpin namely initiated the idea of the strict demand from the authorities to adhere to their own legislation which had always been for everybody usual empty declaration.

The second category - mentally sound persons with falsified diagnosis of a mental illness. In some cases it was a sincere conviction, that it was impossible for a mentally sound persons to openly fight against the totalitarian state. The most vivid example is the case of general P.G.Grigurenko. In 1991 the IPA, which examined this case, managed to reveal the technology of stretching a psychiatric diagnosis (Independent Psychiatric Journal, 1992, III-IV, 36-60).

Now Russia stands before the turning point, which will predetermine its future for a long time to come and will influence the situation in the whole world. The path of reforms in Russia has proved to be zigzag, the reforms are being imitated, protracted and distorted, that has caused distrust of them. And the reformers themselves have proved to be inconsistent.

This kind of situation we witness in psychiatry too. The old model of the state psychiatry has shown its insolvency. This is not only the case of direct ineffectiveness. Exactly total placing of the Soviet psychiatry under the state control had been the basis of its politicization and has led to unprecedented abuses. International response, caused by it, made it possible to gain impressive positive changes in psychiatry for the last 7 years.

Mental patients, who had been the most deprived category of people, for the first time have got de-jure equal rights with all citizens, and social limitations have been individualized.

Unlimited paternalism of psychiatrists has been essentially restricted and for the first time involuntary measures have been juridically controlled.

For the state psychiatry ceased to be the typical and the most convenient form of suppression of discontent.

The scientific community of psychiatrists was given the opportunity to cease being in subservience of the state agency.

The real tendency to decentralization and pluralism of scientific methods and organizational forms has arisen. However, the traditional primacy of the state was making this process insipid. Since 1989 scores of associations has been founded. They were organized and headed by the directors of state institutes and called themselves non-state and independent. The IPA was one of the few actually non-state organizations and it withstood active attempts to discredit it and substitute it by a

pocket association. Now we witness recurrent moment of the turn to the Soviet style. The Russian Society of Psychiatrists (RSP), which in 1989 included in its Charter the provision for cooperation with independent psychiatric associations in the autumn of 1995 struck off that provision from the Charter and rudely ignored the IPA at its Congress, which it named as the Congress of all psychiatrists of Russia. As the honorary member it elected prof A.Portnov, notorious for his participation in pogroms of psychiatry in 1952 and in the middle of 1970-ies. All the appeals of the IPA for cooperation have been neglected. These and many similar facts are well known and understood in this country and they prompted the influx of new members to the IPA from among the leading psychiatrists of Moscow and various regions of Russia.

The fact of existence of the IPA itself has become an important factor of carrying out reforms in Russian psychiatry. The IPA attempts to prevent conversion of these reforms into traditional imitation.

For 7 years already has been functioning the independent psychiatric expert evaluation, paving the way to competitive expert evaluation in court. The IPA members take part in the expert evaluations of the Serbski Institute and other establishments, but the departmental expert evaluation of law enforcement agencies remains closed.

Three years ago for the first time in the history of the Russian psychiatry the Law on Psychiatric Care was promulgated. In the first year of its existence it was ignored and up to now many of its provisions were being observed only formally. Patients often have not been acquainted with it. The IPA continues to participate in law-making activities and exercises public control over observation of legislation in the sphere of psychiatry, overcoming wide-spread views of the heads of psychiatric establishments, including members of the RSP Board, that «public organizations have no right to control state bodies». And here they obviously forget, that the RSP itself is considered to be the public organization.

In a great number of regions the common tendency to conservatism is visible: in Moscow itself, and especially in three state psychiatric centers the conservatism is the strongest.

The control group of the IPA have made 9 inspections of many days of four mental hospitals for patient with criminal record, not taking into account many visits to psychiatric establishments of general profile. It has persuaded, that in many regions one can witness gratifying variety and Independence, leaving behind Moscow in reforms, hindered only by the lack of funds. The role of personal qualities of administrative staff and doctors has grown remarkably.

In 1993 the 62-nd Article of the «Principles of Legislation on Safeguarding of Citizens' Health» provided public professional organizations the right to participate in licensing, certification and attestation of doctors, in certifying medical services for obligatory medical insurance. None of medical associations in Russia has yet managed to realize these rights. In this context IPA has combined its efforts with the Association of

Doctors of Russia. Although the resistance to it on the part of the state medicine has grown now, these efforts coincide with general tendency to decentralization and removal from state control and they promote formation of civil society.

Together with this sociological aspects a number of new tendencies has been determined in own professional aspect of Russian psychiatry.

These tendencies are the following: overcoming the former isolation from the world psychiatry; adoption of ICD-10 as statistical instrument; gradual transfer to priority of semi-clinical and out-patient modes of treatment; widening of psychotherapeutic training of doctors and personnel; introduction of profession of the social worker; realization of necessity of treatment of patients by a team of different specialists; opening psychiatric wards in multi-profile hospitals; organization of ethical committees and associations of relatives of mentally ill persons.

The priorities of the IPA deal with three fundamental deficiencies of the Soviet psychiatry, which were the professional base of abuses. One of them concerns phenomenological method, introduced into psychiatry by Karl Jaspers and Kurt Scheider, and the essence of this method has been completely distorted.

Secondly, criteria of psychotic level for different syndromes, adequately presented only by mathematical apparatus of synergetic. And thirdly, legal and ethical aspects of psychiatry.

There is no comprehension, that the natural human rights, which had been fundamentally substantiated by Max Scheler were integrated into the subject of psychiatry itself. All this is directly connected with the transfer to the new general scientific paradigm in psychiatry and opens up new vistas for any research.

All this is being promoted by monthly clinical evaluations recently introduced by the IPA, as well as cycles of the IPA Educational Program. In the framework of this program 8 All-Russia seminars with foreign participation were held. On the agenda of the seminars were phenomenology and clinical evaluations, spiritual method of approach in psychiatry (with prof V. Kretchmer), law and ethics in psychiatry (with prof A. Carmi and others), training of medium level personal, social workers and lawyers in the sphere of psychiatry, innovations in social and clinical psychiatry after the American ex-

ample (with 11 colleagues from Seattle).

All these find their reflection in the Independent Psychiatric Journal, which has been published since 1991 and now has become the most readable one out of four main professional journals.

Since 1995 placing on secret lists has sharply increased in this country. Medical confidentiality is being contrasted with the right to public control over observation of all other rights of mental patients.

The Russian Orthodox Church is now the most influential confession, enjoying state support, and the political dissidents are now being replaced by the religious dissidents. The pretext of serious harm supposedly done to mental health by new religious movements is being used. And here the consistent stand by the IPA, advocating human rights is opposed by evasive tactics of the RSP.

The state of affairs in the Serbski Center is a vivid example of the situation in Russian psychiatry as a whole. This establishment – the center of former abuses of psychiatry – set up a commission on rehabilitation of its own victims composed of its own former employees. As the principal investigator of the Center's history was unanimously elected acad. George Morozov, who had been the person mostly responsible for these abuses. Even the most documented abuse – General Grigorenko's case – is not considered as an abuse inside the Serbski Center. And now it is the most prosperous psychiatric establishment – the State Center for Social and Forensic Psychiatry, which openly aspires to even greater monopolism than before. Although under the Regulations of 1972 any psychiatrist was able to act as an expert in court, now the Serbski State Center insists, that this right belongs only to persons, who were on probation there.

In spite of this many of the most talented employees of the Serbski Institute actively cooperate with the IPA.

The IPA is open to cooperation with all and views the honest competitiveness as the way out of present difficult situation of Russian psychiatry.

One of the main obstacles to reforms in Russian psychiatry consists of the fact that reforms are conducted by those persons, who want to conserve the old structure, namely monopolism and the priority of the State instead of maintaining natural cooperation between state and non-governmental organizations and the priority of human rights. Because many people have been realized this fact, we are somewhat hopeful.

## RUSSIAN PSYCHIATRY TODAY

Victor Kagan, MD, PhD, DSc.

What is Russian psychiatry today? To answer this question we must answer other question before: «What is psychiatry today?» and «What is Russian reality today?». Most of discussions and publications are focused on the second question and describe the Russian reality applied psychiatry. There is a great deal of truth because psychiatry is not just connected with political, social and economical life, but depends on it. In the same time it is not all truth, because psychiatry is alive part of life: it follows own laws and comes into dialogues

with other parts/sides/aspects of life as well as into inner dialogues. I think we must remember about boundaries between inner and external dialogues and be able to distinguish one from other. Meanwhile these dialogues are mixed in today Russia. Unfortunately it goes far beyond common human games: even collaboration looks like military union against somebody, even disagreement with some opinion is impressed as personally oriented aggression. Competitiveness as a condition of development is impossible when bolshevistic slogan «Who

is not with us – is against us» is attitude of thinking and relations. So creation of IPA in 1989 was impressed by official Soviet psychiatry as an attempt of destructive aggression and had run into heavy opposition from the Ministry of Health and the All-Union Society of Psychiatrists. In 1992 when Independent Association of Child Psychiatrists and Psychologists was established one of the leaders of official child psychiatry told his collaborator: one of two – your work in my department or your membership in this association. I don't want to develop this topic here because situation is changing now – very gradually, little step by little step, but it is changing. Even through accented discrimination of IPA at the XII Congress of Russian Psychiatric Society it was possible to see some timid features of growing awareness of necessity to search new ways for collaboration instead of habitual confrontation.

I am sure that only inner unity of psychiatry (I don't mean conformity and monotony – this totalitarian «All as one») can help us to resolve three great urgent problems.

The first is realizing of the Law on Psychiatric Care adopted in 1992. It can not be tolerated if work of the Law is being blocked to please group, personal or political interests. Unfortunately such attempts are continuing.

The second is endless reorganizations by «order from above». For example, according to the order of the Ministry of Health of February 1995 we have not such profession as child psychiatry. I would like to ask our wise men from Ministry: «How will we train students and physicians in nonexistent profession?». Still now we have not any clear answer.

The third is financial problem. Can you imagine that day ration in psychiatric hospital is one plate of water porridge with less than 10 grams of meat? It is real December 1995 situation in St-Petersburg when the debt of Petersburg government to medicine was about 20 millions US dollars. Bekhterev Psychoneurological Institute – one of the oldest in Russia – literally was near death in January-February 1995 by budget deficit and stopped financing of research work: empty pocket can be more strong than tsar Nicolas II and Stalin who tried to close this Institute by political reasons. Meanwhile, in the same time French Association «Medicine Relations», which during three years realizes wide permanent (French professionals work by «watch method») humanitarian program in the St-Petersburg Hospital № 37, can not get over resistance of Russian Ministry of Health and Custom Service to provide the Hospital with free and licensed in Russia psychotropic drugs needed for patients. Whose interests are protected: interests of the Hospital which has not money for purchase needed drugs, interests of drug dealers who have a lot of unredeeming drugs or interests of patients who have not money for needed drugs? The Ministry of Health and Custom Service estimate it as a barrier against drug abuse but it is more like old Russian proverb «Hit friends for enemies to be afraid». Unfortunately this example is not unique. In such delusion reality the inner unity of psychiatry looks as one of the most important factors.

Quite often I hear that namely IPA destroys so needed unity. I can not accept such approach. Defense of human rights always breaks a silence as well as unspoken arrangement about reticence. It is «additional troubles» always. But if we do not want to live in cemetery silence we have to put up with existence of alarm signals. In the same time I am forced to recognize that IPA also not always can find optimal position and tone; we could find many explanations for it but our task is to take lesson from such experience.

As far as the inner problems of Russian psychiatry are concerned, the main difficulties are in the cross of two mutually connected oppositions – «Biological – Psychological» and «Paternalism – Partnership». In the same time psychiatrist see him/herself as «professional parent» of biologically defective patient on the one hand and «servant of society» on the other hand. One example. My colleague – the highest professional and the very attractive and honest person – told me about his psychotic patient. His state was quite good for more than two months, but my colleague kept him in the hospital. When I asked «Why? For what?» – he answered with surprised expression «What are you talking about? I must defend his family and society». I know – he is very careful to his patients, and I can not name him «the oppressor». Psychiatry in the USSR in 1960-1980ies was used as the instrument of oppression and became «the oppressed oppressor». Human being was replaced by the concepts of «a society animal», «a man as bearer-of-brain», a faceless «human factor». This attitude is continuing to determine «a battle with the patient to save the patient» and responsibility not before a patient but before the society for the patient with the use of psychiatric labels in social and political life. Obviously, such attitude opens ways for «psychiatric abuse» or, by other words, for oppressive psychiatry even if a psychiatrist does not share politically oppressive orientation. It is like a dragon egg.

The real turn to human being means not only financial or juridical changes, but the search for a new professional and social identity of the psychiatry as a system and the psychiatrist as a professional. The recovery of Russian psychiatry requires first of all deep changes in basic education and advanced training. The main efforts in the evolution of psychiatric teaching and training in Russia have been made by the independent psychiatry and psychotherapy; state system is just beginning this very important process. The experience of past decade shows that collaboration in the field of education is the most effective method for international collaboration and partnerships.

Finally, I want to recall the words of Dr. Norman Sartorius at the XII Congress of Russian Society of Psychiatrists(1995): «Your situation is characterized as *crisis*. In Chinese the word *crisis* is depicted by two hieroglyphs – *danger and possibility*». Today, six weeks before President Elections in Russia, I would like to believe in the *possibility* for my country, for Russian psychiatry and for our collaboration.

Under conditions of significant worsening of the human rights situation in Russia, especially since the beginning of the war in Chechnya, slowing down and even the regress of policy of reforms and, in particular, the rude discrimination of the IPA at the Congress of the Russian Society of Psychiatrists in November 1995, the Independent Psychiatric Association of Russia has responded by giving these facts wide publicity and glasnost (Independent Psychiatric Journal, 1995, 4, 69-72 and Open letter to the WPA) and by intensification of its activities.

For the last six months the activities of the IPA comprised two six day cycles of the IPA educational program, three visiting seminars in St-Petersburg, Yaroslavl and Voronezh with inspection of the psychiatric establishments of these cities, the first in our history symposium on the Russian psychiatry at the 149-th Congress of the American Psychiatric Association in New-York. Phonogram (2 cassettes) of the 7 reports, made at that Congress, with discussion of them is being distributed to all willing persons. You may order the cassettes

**«96APA-S125A Russian Psychiatry Today: The Role of Independent Psychiatric Association of Russia, Part 1-2,**  
**1996 American Psychiatric Association Annual Meeting»**

to the following address:

Mobiltape Company, Inc., 24730 Avenue Tibbitts, Suite 170,  
 Valencia, CA 91355 (Tel: 805-295-0504)

On June 20-21 two day conference «Tendencies of development of Russian psychiatry and human rights» was held.

The old tradition of OPEN DISCUSSIONS OF CLINICAL CASES has been renewed with publication of the materials of the discussion in the Independent Psychiatric Journal. At present this is the most important professional matter for the Russian psychiatrists: to minimize the excessive variations of opinions in the process of qualification of different psychopathological syndromes and phenomena.

Besides the Independent Psychiatric Journal the IPA Information Bulletin (bimonthly) and the Supplement to the Journal are being issued.

But the most radiant optimism arises from the fact that in the situation of possible restoration of the totalitarian regime the flow of the new members from the ranks of the talented youth and Chief Physicians of mental Hospitals and out-patient centers has increased.

С июня 1996 года начало выходить

**ПРИЛОЖЕНИЕ**  
 к Независимому Психиатрическому Журналу  
 1-ый выпуск приложения представляет  
 учебное пособие  
 СЕРГЕЯ НИКОЛАЕВИЧА ШИШКОВА

**«СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА (ПОНЯТИЕ И ВИДЫ)»**

Желающие приобрести этот выпуск могут прислать заказ по адресу:  
 Москва-117602, Олимпийская деревня, 15, кв. 61. Аргуновой Юлии Николаевне

Уважаемые коллеги!

**Независимая психиатрическая ассоциация**  
 и  
 УПРАВЛЕНИЕ ГЛАВНОГО ПСИХИАТРА МОСКВЫ

сообщают

о возобновлении славной отечественной традиции, основного живого дела каждого психиатра, самой основы нашего профессионализма –

## **ОТКРЫТЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РАЗБОРОВ**

Такой постоянно действующий семинар начал свою работу 13 июня 1996 года в старейшей в Москве Преображенской психиатрической больнице № 3 им. В. А. Гиляровского и будет проводится там ежемесячно каждый второй четверг в 14 часов с сентября 1996 года.

Адрес: Москва, ул. Матросская тишина, 20

Проезд: метро «Сокольники», любым троллейбусом до остановки «Матросский мост»

Предлагаем для распространения в своем регионе  
**комплект «НЕЗАВИСИМОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЖУРНАЛА»**  
за 1992–1995 годы

Содержание проблемных работ сохраняет актуальность,  
а хроника – историю основных событий психиатрии этих лет.

Цена за один комплект:  
при приобретении 5 комплектов – 15 тыс. руб.; 50 комплектов – 10 тыс. руб.

РЕКОМЕНДУЕМ:

**ЭДМУНД ГУССЕРЛЬ**  
**ФИЛОСОФИЯ КАК СТРОГАЯ НАУКА**

Агентство Сагуна, Новочеркасск, 1994

Логические исследования, т. 1

Философия как строгая наука

Кризис европейских наук и трансцендентальная феноменология

Кризис европейского человечества и философия

со статьей Льва Шестова о теории познания З. Гуссерля

**ЭДМУНД ГУССЕРЛЬ**

Собр. соч., т. 1

**ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ВНУТРЕННЕГО СОЗНАНИЯ ВРЕМЕНИ**

РИГ «Логос», изд. «Гнозис», Москва, 1994

**ЭДМУНД ГУССЕРЛЬ**  
**ИДЕИ К ЧИСТОЙ ФЕНОМЕНОЛОГИИ**

Лабиринт, Москва, 1994

**МАКС ШЕЛЕР**  
**ИЗБРАННЫЕ ПРОИЗВЕДЕНИЯ**

Москва, «Гнозис», 1994

**Журнал «ЛОГОС» № 3, Москва, 1992**

**Э. Гуссерль.** – Амстердамские доклады; Феноменологическая психология (62–80)

**Л. Бинсангер.** – Феноменология и психопатология (125–135)

**Журнал «ЛОГОС» № 5, Москва, 1994**

**З. Гуссерль** - Амстердамские доклады (11 ч.)

**К. Ясперс** - Феноменологические направления исследования психопатологии.

**К. Ясперс** – Общая психопатология (начало 1-ой главы)

**М. Босс** – Влияние Хайдеггера на возникновение альтернативной психиатрии

Из бесед Хайдеггера с Боссом и из переписки Хайдеггера с Ясперсом

**М. Мамардашвили** – о психоанализе

Книги и журналы можно приобрести в Москве в магазинах: «Ad Marginem» (1-ый Новокузнецкий пер., б)  
«Эйдос» (Чистый пер., М. «Кропоткинская»),  
«19 октября» (1-ый Казачий пер., М. «Полянка»).

## **ПРИНИМАЮТСЯ ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА:**

**ЕЖЕГОДНИКИ НПА  
«ПУТИ ОБНОВЛЕНИЯ ПСИХИАТРИИ»  
под ред. Ю. С. Савенко**

### **В сборнике 1991 г.:**

коренные просчеты общей психопатологии и пропедевтики в СССР; критерии психотического для аффективных и паранойальных синдромов; современная генетика против классификации А.В.Снежневского; связь клинической и общественной паранойи; психотерапия беженцев и жертв катастроф; к истории психоанализа

### **В сборнике 1992 г.:**

вялотекущая шизофрения в контексте латентных форм других психозов; правовые вопросы психиатрии; антипсихиатрия и антисциентизм; пути возвращения доверия населения к психиатрии и психиатрам; черты мировоззрения в старости

### **В сборнике 1993 – 1994 гг.: (Выход задерживается)**

новые реабилитационные программы; психические эпидемии современности; парамедицина; психическое здоровье руководителей различных ветвей власти

## **БИБЛИОТЕКА НЕЗАВИСИМОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ**

### **ВЫШЛИ**

#### **E. BLEULER – РУКОВОДСТВО ПО ПСИХИАТРИИ**

Репринт 1920 г., 550 с. с илл., в твердом переплете,  
с приложением рецензий проф. Э. Я. Штернберга и проф. А. К. Ануфриева  
на последние расширенные Манфредом Блейлером издания этого руководства.  
Неповторимым достоинством книги является ясность и четкость изложения пропедевтики,  
клиники и теории психических болезней.

Каждый психиатр должен иметь классический учебник по психиатрии.

#### **ЗАКОН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ**

32 с., с аналитическим предисловием.

Предназначена для массового читателя.

#### **АРТУР КРОНФЕЛЬД – ДЕГЕНЕРАТЫ У ВЛАСТИ**

Репринт 1942 г., лидеры III Рейха глазами психиатра.  
Рассчитана на массового читателя.

#### **КАРЛ ЯСПЕРС – ФИЛОСОФСКАЯ АВТОБИОГРАФИЯ**

М., 1995. С. 128.

С приложением статьи Курта Колле: Карл Ясперс как психопатолог.

### **ВЫХОДЯТ**

#### **АРТУР КРОНФЕЛЬД – РАБОТЫ 1935 – 1940 гг.**

Собраны редкие работы, включая никогда не публиковавшиеся.  
В связи с большим объемом и ограниченным тиражом  
принимается предварительная подписка.

### **ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА**

117602, Москва, Олимпийская деревня, д. 15, кв. 61.  
Аргуновой Юлии Николаевне

### **ПРОДАЖА**

в газетном киоске издательства «Экспресс-хроника» у выхода из метро «Чеховская»

**ПРИНИМАЮТСЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА  
«НЕЗАВИСИМЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ»**

**№ 1, 1991**

Устав НПА

Антипсихиатрия сегодня.

Обывательские комплексы психиатрического мышления.  
О психической заразительности.

**№ 1 – 2, 1992**

Проблема предмета советской психиатрии.  
Начальное бредообразование. Затухание бреда.  
Доклад комиссии о визите в Советский Союз  
летом 1991 г.

**№ 3 – 4, 1992**

Герои и антигерои советской психиатрии.  
Дело генерала Петра Григоренко.

**№ 1 – 2, 1993**

Интрацепция и ипохондрия.  
Проблема идентификации.  
Практика и техника психоанализа.

**№ 3 – 4, 1993**

Взгляд на американскую психиатрию XX века.  
Границы шизофрении.

**№ 1, 1994**

Нелекарственная терапия психических заболеваний.  
Выбор приоритетов.  
Типология деперсонализации.

**№ 2, 1994**

Эрих Вульф о бреде.  
Феноменологические аспекты меланхолии.

**№ 3, 1994**

Деятельность НПА за 1989 – 1993 годы.  
Ответственность за незаконное стационарирование.  
Врачебная тайна. О школе Столбунова.

**№ 4, 1994**

Психоанализ в противоречиях.  
Биографический метод.  
Терапия смыслоутраты.

**№ 1 1995**

Семен Гурвиц о вялотекущей шизофрении.  
Йорг Фроммер о клинической диагностике.  
Антоний митрополит Сурожский о медицинской этике.

**№ 2, 1995**

Жан Эйм об институциональной психотерапии.  
Виктор Каган о границах психотерапии.  
Эрих Вульф об этнопсихиатрии.  
Дело АУМ.

**№ 3, 1995**

DSM-IV.  
Бенедетти о психотерапии шизофрении.  
Психология свидетельских показаний.

**№ 4, 1995**

Психоонкология в гематологической клинике.  
Психохирургия в современной медицине.  
Представительство интересов психически  
больных.  
VII съезд НПА и XII съезд РОП.

**С 1994 г.**

журнал внесен в каталог подписных изданий с индексами  
73290 для индивидуальных и 73291 для коллективных подписчиков.

Во всех номерах с 1992 г. – юридические консультации.

Материалы для публикации присыпать по адресу:  
125581, Москва, ул. Ляпидевского, д. 18, кв. 41, Ю. С. Савенко.

Статьи следует сопровождать резюме для перевода на английский язык.

Информацию для подписчиков и рекламодателей  
можно получить в редакции по телефону  
(095) 206-86-39

103982, Москва, Лучников пер., 4