

ISBN 5 - 900513 - 25 - 4

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

**II
1997**

МОСКВА

Издание НПА

Регистрационный номер журнала 0110764

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ
INDEPENDENT PSYCHIATRICAL ASSOCIATION
НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

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. Сафронова (лит. редактор)

Сдано в набор 2. 6. 97. Подп. в печ. 3. 7. 97. Формат 60×90 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура «Таймс». Печать офсетная.
Усл.-печ. л. 12. Уч.-изд. л. 12,7. Тираж 3 000 экз. Заказ №

Цена свободная

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

© НПА, 1997

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ И ПРАВА ЧЕЛОВЕКА	
Предложения о необходимых изменениях и дополнениях к Закону «О психиатрической помощи...»	5
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Прототипы, идеальные типы и личностные расстройства: возвращение к классической психиатрии – Осборн Виггинс, Майкл Шварц, Майкл Норко (США)	11
Новая парадигма в психиатрии (<i>сообщение второе</i>) – Ю. С. Савенко	16
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Малопрогрессирующая шизофрения у больного с полинаркоманией	20
ПСИХИАТРИЯ И ВИРУСОЛОГИЯ	
Психические расстройства при инфекции ВИЧ-1 и СПИДе – М. Мэй, Ф. Старос, Н. Сарториус	29
Неврологические, поведенческие и психические расстройства, сопровождающие инфицирование вирусом болезни Борна (<i>обзор</i>) – Е. Н. Прокудина-Канторович, Н. В. Каверин	34
СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ	
К типологии жен совершивших тяжкие общественно-опасные деяния – Н. Б. Калюжная, Е. В. Маюшилова, Л. А. Рогозина, И. В. Ювенский (Кострома), Н. Г. Шумский (Москва)	38
«Наводнение Е. Замятина – Н. Б. Калюжная (Кострома), Н. Г. Шумский, Л. И. Щеголева (Москва)	42
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Несколько историй: – В. Г. Батаев	50
ЮРИДИЧЕСКИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ	
Ответственность эксперта за дачу ложного заключения – Ю. Н. Аргунова	52
РЕЦЕНЗИИ И ОТКЛИКИ	
Комментарий к комментариям – С. С. Гурвиц (Долгопрудный)	54
ХРОНИКА	
Новый представитель ВПА по Восточной Европе: неожиданная борьба и поучительный урок	59
Первый национальный конгресс невропатологов, психиатров и наркологов Украины	60
Первые чтения Н. П. Бруханского	62
Слушания в Палате по правам человека	65
150-й съезд АПА в Сан-Диего	65
IX-й съезд Ассоциации по развитию проблем философии и психиатрии	67
Калининградский опыт	68
ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ	
Психиатрический ГУЛАГ – Владимир Буковский (Лондон)	69
К 100-ЛЕТИЮ Л. С. ВЫГОТСКОГО	
Понятие о педологии – Л. С. Выготский	77
КОЛЛЕГИ ШУТЯТ	
К вопросу о происхождении... – Эдуард Молчанов	82
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Ясновидец – Франц Элленис	86
РЕКОМЕНДАЦИИ	91
АННОТАЦИИ И ПЕРЕВОДЫ	92

CONTENTS

Proposals on the necessary changes and supplements to the RF Law «On Psychiatric Care...»	5
URGENT PROBLEM OF PSYCHITRY	
Prototypes, ideal types, and personality disorders: the return to classical psychiatry – M. A. Schwartz, O. P. Wiggins & M. A. Norko (USA)	11
New paradigm in psychiatry (second report) – Yu. Savenko	16
DISCUSSION OF CLINICAL CASE	
Sluggish schizophrenia in a patient with drug addition	20
PSYCHIATRY AND VIRUSOLOGY	
Mental disorders accompanying AIDS – M. Maj, F. Starace, N. Sartorius	29
Neurological, behavioral and mental disorders accompanying infection by the virus of the Born disease (review) – E. Prokudina-Kantorovitch & N. Kaverin	34
FORENSIC PSYCHITRY	
On the types of wives of persons who committed serious crimes – N. Kalyuzhnaya, E. Mayushilova, L. Rogozina, I. Yuvenski (Kostroma), N. Shumski (Moscow)	38
«The flood» by E. Zamyatin – N. Kalyuzhnaya (Kostroma), N. Shumski & L. Schegoleva (Moscow)	42
FROM AN EXPERT'S DOSSIER	
A few cases – V. Bataev	50
LEGAL COUNSEL	
The responsibility of an expert for false conclusion – Yu. Argunova	52
REVIEW AND COMMENTS	
Comment to comments – S. Gurvits (Dolgoprudni)	54
CHRONICLE	
The new representative of the Eastern Europe in the WPA: unexpected struggle and instructive lesson	59
The First Ukrainian Congress of Neuropathologists, Psychiatrists and Narcologists	60
The First N.Brukanski hearings	62
Hearings at the Human Rights Chamber	65
150-th Meeting of the APA in San Diego	65
IX-th Meeting of the Association for Advancement of Philosophy and Psychiatry	67
Kaliningrad experience	68
DOCUMENTS OF EPOCH	
Psychiatric GULAG – Vladimir Bukovski (London)	69
TO THE 100-TH VYGOTSKI JUBILEE	
On the notion of Pedology	77
COLLEAGUES ARE JOKING	
On the matter of origin...- E. Molchanov	82
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS	
The Clairvoyant – F. Ellens	86
RECOMMENDATIONS	91
ABSTRACTS AND TRANSLATIONS	92

ПРЕДЛОЖЕНИЯ О НЕОБХОДИМЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ И ДОПОЛНЕНИЯХ К ЗАКОНУ «О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ...»

Предложения Независимой психиатрической ассоциации России

Длительное время права человека в психиатрии были декоративным украшением, предметом демагогии, и поэтому воспринимались большинством психиатров и населения как политическая игра. Однако использование прав человека или психиатрии в политических целях не значит, что они сводятся к политике.

Независимая психиатрическая ассоциация России с момента своего образования в 1989 г. следовала идее, что преуспеет в защите прав психически больных, если будет прежде всего профессиональной, а не чисто правозащитной организацией. Наш журнал опубликовал в феврале 1996 года исследование, где показано, что концепция естественных прав человека интегрирована в сам предмет психиатрии и что без нее психиатрия не смогла бы состояться.

Мы считаем важным, чтобы наше сегодняшнее обсуждение проходило под знаком понимания широкого культурного и общественного звучания этой темы, понимания, что права человека по отношению к психически больным, это не нечто узкое, касающееся только психиатрии. – Нет, проблематика «психиатрия и права человека» непосредственно касается каждого психически здорового. Психически больные – самая уязвимая в правовом отношении часть населения. И то, как фактически обстоят тут дела, – это и лицо общества и мощный подспудный фактор тенденций общественного развития.

Вот уже пятый год, с 1 января 1993 г., как действует Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Действует только формально, так как первые три года фактически игнорировался, а потом в отношении ряда важных статей начал имитироваться. Представители НПА, составлявшие четверть комиссии по разработке Закона, с самого начала акцентировали проблему гарантий его исполнения. Однако многие из наших даже принятых предложений были потом вычеркнуты или изменены. Тем не менее мы считаем само принятие такого Закона фактом чрезвычайной важности. Накопившийся опыт позволяет поставить вопрос о внесении изменений и дополнений как в Закон о психиатрической помощи, так и в другие правовые акты.

В нашей стране текущая ситуация с правами человека в области психиатрии определяется следующими тремя основными аспектами.

Во-первых, – это экономическое давление как на отдельных больных, так и на всю систему психиатрической помощи:

- ✓ грубое, на 60 и более процентов недофинансирование,
 - ✓ нарушение правил бесплатной выдачи лекарств,
 - ✓ невозможность применения новейших методов лечения из-за дороговизны,
 - ✓ нищенское существование, вплоть до урезания норм пищевого рациона,
- то есть нарушение прав больных на жизнь и лечение, гарантированные Законом.

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 участвовавшие случаи заключения брака с одиночками больными без намерения создать семью, а с целью только вселиться на жилплощадь больного.

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.

Положение Закона о психиатрической помощи (ст. 16) относительно обязательного квотирования рабочих мест предприятий для трудоустройства лиц, страдающих психическими расстройствами, не выполняется, наоборот, в условиях кризиса больные делаются первыми кандидатами на увольнение по сокращению.

Во-вторых, – сохраняется поправка гражданских прав психически больных. Принятый Закон не выполняется в своих кардинальных положениях.

Несмотря на категорические предписания Закона (ст.8) и уточняющих указаний Минздрава России (1994), в обществе по-прежнему господствует стремление выделять как особую категорию населения лиц с психическими расстройствами. Об этом свидетель-

ствуется повсеместная практика запросов в психиатрические учреждения о том, состоит ли данное лицо на психиатрическом учете или нет, хотя термин «психиатрический учет» не существует в официальных документах уже несколько лет. Психиатрические учреждения часто отвечают на эти запросы, не задумываясь о том, что ответ «не состоит» укрепляет и углубляет общественные предрассудки против психически больных.

В нарушение ст. 6 Закона запросы делаются в отношении лиц, освидетельствование которых психиатром перечнем медицинских психиатрических противопоказаний, утвержденным Постановлением Совета министров Правительства РФ (1993) 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 своем 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.

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

Большое число нарушений связано с первичным недобровольным освидетельствованием, которое часто проводится без достаточных оснований, составляя в Москве более половины случаев. Например, ПНД для проведения недобровольного освидетельствования и даже стационарирования оказывается достаточным жалобы соседей, ЖЭКа, почтового отделения и т.п. Во всех этих случаях грубая недобровольная госпитализация обычно ограничивается сутками, проведенными в ПБ. Однако значительного морального и психического ущерба можно было бы легко избежать, если бы диспансеры несли ответственность за необоснованные недобровольные меры.

С 1 января 1997 года вступило в силу принятое Правительством Положение «О порядке признания гражданина инвалидом», которое совершенно не учитывает специфику психиатрии, так как предусматривает освидетельствование в медико-социальных экспертных комиссиях (МСЭК вместо ВТЭК) только на основании личного заявления освидетельствуемого. Но кто напишет заявление больным с врожденным или приобретенным слабоумием, если нет ни родственников, ни опекунов, или когда по бредовым мотивам больные вообще отказываются проходить комиссию?

Требование письменного согласия на госпитализацию (ст. 28), на лечение (ст. 11), на прохождение

МСЭК, превратило защиту прав больного в защиту врача, в освобождение последнего от ответственности. В результате, взятие подписи стало главным, если не единственным требованием Закона, которое стараются соблюдать.

В результате совершенно необоснованного понимания недобровольной госпитализации как «отрицательного показателя», отмечаются многочисленные случаи фальсификации «добровольной подписи» даже у больных с помраченным сознанием и слабоумных. Из года в год число направленных в недобровольном порядке в ПБ превышает число принятых туда недобровольно в 2,5 – 3 раза. Поверить, что больные за время следования из дома до приемного покоя поняли необходимость лечения, невозможно. Купирование острых состояний в первые «законные» 48 часов, снимающее необходимость обращения в суд, в Законе не оговаривается. Характерно, что тезис о письменном согласии появился в результате посткомиссионного редактирования Закона (предполагалась просто фиксация в истории болезни выказанного обследуемым согласия за подписью дежурного врача).

Государственная, независимая от органов здравоохранения, служба защитников прав больных ПБ до сих пор не создана, а приглашение адвоката большинству больных недоступно. В результате требование состязательности не может быть выполнено.

Новый, 1993-го года Перечень профессий, противопоказанных при психических расстройствах, по сравнению с прежним, 1989-го года, не сужает их, как сказано в новом Комментарий к Закону о психиатрической помощи, а – наоборот – расширяет. В результате, для психически больных закрываются профессии дворника, уборщицы, грузчика, что лишает их социально-трудовой реабилитации и ухудшает материальное положение.

И, наконец, **в-третьих**, – мы являемся свидетелями **возрождения масштабных попыток сделать психиатрию орудием внутриполитического манипулирования.**

Так, например, Законодательное собрание Краснодарского края приняло в августе 1996 года постановление об обязательном представлении кандидатами в губернаторы справок из психиатрического и наркологического диспансеров о «не состоянии на учете». Протеста прокуратуры, насколько нам известно, не последовало.

На муниципальном уровне в том же 1996 году администрация г. Долгопрудный Московской области потребовала сведений о том же «состоянии на учете» почти полутора тысяч (1377) кандидатов в присяжные заседатели областного суда.

На федеральном уровне в августе 1996 г. Минздрав разослал руководителям здравоохранения и ректорам мединституты РФ инструктивное письмо, в котором говорится о необходимости «предусмотреть при регистрации сект экспертизу состояния психического здоровья лиц, осуществляющих непосредственное руководство сектой на территории РФ», а также создание специализированной службы помощи пострадавшим от некоторых религиозных организаций по типу наркологической. То, что «вред психическому здоровью и деформация личности» от религиозной деятельности никем в мире еще не дока-

заны, разумеется, игнорируется. Очень характерно, что инициаторы этого письма и его рассылки проигнорировали отдел психиатрической помощи Минздрава, что объясняет его полную некомпетентность. Призыв Палаты по правам человека 27 декабря 1996 г. отозвать это письмо до министра, д-ра Дмитриевой, скорее всего так и не дошел.

Это письмо Минздрава, также как идея Закона об информационно-психологической безопасности личности, манипулирует далекими от науки мифами о программировании, зомбировании, сектомании, психической кастрации. К сожалению, эти экзотические фантазии получили хождение в прессе. Ненаучная психиатризация действительности, путаница в умах сочетается с сознательным запутыванием, например, разработчиками мифического психотронного оружия (в виде генераторов торсионных полей Акимова и компьютерных психотехнологий Смирнова) и игнорированием профессионалов, что связано с полным безразличием к научной истине и использованием психиатрии в далеких от медицины целях.

Дорогу всему этому федеральному, региональному и муниципальному законодательству открыла часть 2 второй статьи Закона о психиатрической помощи, закулисно отредактированная таким образом, что предоставила министерствам и ведомствам возможность принимать правовые акты. Между тем, само существо понятия политизации как раз и представляет тотальное огосударствление психиатрической службы, примат исполнительной власти, подмену ею юридических инстанций и попытки игнорирования общественных организаций.

Попытка объяснить бедственное положение народа психической неуравновешенностью населения, не только несостоятельна, это подготовка резервной армии мальчиков для битвы: во всем окажутся виноватыми психиатры. Полноценно защищать больных могут только такие специалисты в области психиатрической помощи, которые сами защищены в социальном и правовом отношении. Мы разработали блок таких предложений, касающихся различных форм страхования, возмещения ущерба, согласованных действий с милицией и т.д., без разрешения которых законодательные акты в отношении психически больных останутся декларациями.

Подведем итог.

Ситуация с правами человека в области психиатрии несомненно улучшилась, если сравнивать с положением до 1988 г. Между тем, она по-прежнему неблагоприятна, просто ее проблематика трансформировалась. Психиатрия остается привлекательными темными кустами для облегченного решения всевозможных сложных ситуаций. Однако заложенная и постоянно улучшаемая законодательная база неизбежно с определенного момента даст свои плоды. В настоящее время назрела необходимость в реализации очередных законодательных инициатив. **НПА России выступает со следующими предложениями:**

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, обобщенные, в частности, в Обращении в Государственную Думу и Правительство РФ Всероссийского семинара «Социальная работа и права человека» в апреле 1996 г. («Независимый психиатрический журнал», 1996, 2, 62–64).

2. Ввести в гражданское законодательство положение о временной и специальной, в том числе, процессуальной, недееспособности, позволяющей в период обострения состояния уберечь тех, кто находится под диспансерным наблюдением, от ущерба, а тем, кто находится в стационаре, своевременно гарантировать социальное обеспечение.

3. Определить формы и условия взаимодействия медицинских учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, с правоохранительными органами и социальными службами.

4. Внести дополнения и изменения в Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (в ст. 2, ч. 2; ст. 16, ч. 1; ст. 28, ч. 5; ст. 38 и 39).

5. Обеспечить экономическое равноправие лиц с психическими расстройствами путем неукоснительного внедрения в жизнь ст. 16, ч. 2 Закона о психиатрической помощи и Закона РФ «О социальной защите инвалидов Российской Федерации» с предоставлением предприятиям (независимо от форм собственности) соответствующих налоговых льгот.

6. Прокуратуре, как высшему органу надзора за соблюдением Закона, постоянно контролировать выполнение всеми предприятиями, учреждениями и организациями ст. 8 Закона о психиатрической помощи о запрещении требования сведений о состоянии психического здоровья, а Минздраву контролировать выполнение распоряжения зам. министра № 04–15 / 29–15 от 14 июня 1994 г.

Дополнения и изменения в Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»

Статья 2, часть 2.

«Правительство Российской Федерации и правительства республик в составе Российской Федерации, а также министерства и ведомства вправе принимать правовые акты о психиатрической помощи в пределах своей компетенции.»

Вместо «правовые акты» – записать «нормативные акты».

Статья 16, часть 1 и ст. 39.

Внести «Государством гарантируются: ... защита законных прав и интересов больных в государственных органах и судах».

Статья 28, часть 5.

«Полученное согласие на госпитализацию оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра».

Вместо «подписью лица» записать «подписью пациента, если он способен по психическому состоянию выразить свою волю».

Статья 38, дополнить частью 3

«Представители службы защищают интересы больных в судах, когда решается вопрос о недобровольной госпитализации».

Предложения Независимой ассоциации детских психиатров и психологов

I. Разработка и принятие Закона РФ по оказанию психиатрической помощи несовершеннолетним.

Основные положения Закона:

1. Реализация принципа максимальной доступности психиатрической помощи детям.

2. Государственная поддержка семьи, имеющей ребенка с психическими нарушениями.

3. Ответственность детского психиатра первичного звена за поддержание психического здоровья детского населения, с целью чего узаконенность профилактических психолого-психиатрических осмотров детского населения, обязанности детского психиатра активно предлагать психиатрическую помощь, развития детской психолого-психиатрической патронажной службы, активного взаимодействия детского психиатра с социальной службой.

4. Отмена возрастных ограничений на оказание психиатрической помощи детям.

5. Подтверждение незаконности любых внесудебных социальных ограничений для психически больных детей, в том числе перевода воспитанников «вспомогательных» интернатов в инвалидные психоневрологические интернаты.

6. Подробная разработка механизмов воздействия на семью, препятствующую оказанию квалифицированной психиатрической помощи ребенку с психическими нарушениями.

7. Защита профессиональных прав и льгот и установление профессионального контроля за деятельностью детских психиатров, работающих в психиатрических учреждениях различных ведомств.

8. Узаконенность открытости учреждений, содержащих детей с психическими нарушениями, для общественного и независимого профессионального контроля.

9. Конституирование участия независимых сертифицированных экспертов в работе медико-педагогических комиссий (по аналогии с комиссиями по установлению инвалидности).

II. Развитие детской психиатрической службы в соответствии с Проектом, разработанным Независимой ассоциацией детских психиатров и психологов.

III. Передача всех учреждений, содержащих детей с выраженными психическими нарушениями (т.е. инвалидов в связи с психической патологией), в ведение здравоохранения.

IV. Введение поста Уполномоченного по правам ребенка при Президенте РФ и создание Комиссии по защите прав детей при Парламенте РФ.

V. Организация в соответствии с действующим Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» системы социально-правовой защиты детей с психическими расстройствами и их семей, независимой от здравоохранения и других ведомств (возможно, как функции муниципальных и региональных комиссий по защите прав детей, если такие будут созданы).

VI. Создание рабочей группы при Администрации Президента РФ или Правительстве РФ для разработки плана реализации предложений Российской конференции «Сироты России: проблемы, надежды, будущее» (Москва, 1993) по реформированию системы призрения детей-сирот в РФ.

VII. Стимулирование и государственная поддержка альтернативных (негосударственных) форм оказания психолого-психиатрической помощи детям и их семьям при условии доказанности профессионализма, эффективности и некоммерческого характера таких организаций.

Решение Палаты по правам человека Политического консультативного совета при Президенте Российской Федерации

от 17 июня 1997 года

Тема заседания:

«Психиатрия и права человека»

I

1. Признать необходимым внесение изменений и дополнений в Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Обратиться в комитеты Государственной Думы и ФС РФ с предложением о создании рабочей группы по подготовке соответствующего законопроекта.

Предложить субъектам законодательной инициативы:

а) предусмотреть внесение в закон положений, создающих механизм защиты законных прав и интересов лиц, страдающих психическими расстройствами, включая имущественные права и интересы, трудовые и авторские права, право на неприкосновенность частной жизни, жилища и другие гарантированные Конституцией Российской Федерации права, в том числе

при исполнении в отношении указанной категории граждан уголовного наказания;

б) предусмотреть внесение в закон положения, обязывающего медицинские учреждения, оказывающие психиатрическую помощь, по письменному запросу общественных объединений врачей-психиатров предоставлять подробную выписку из историй болезни граждан, находящихся (или находившихся) на лечении или под диспансерным наблюдением в психиатрических или психоневрологических учреждениях, по просьбе данных граждан или с их согласия, или по просьбе или с согласия их законных представителей, при условии неразглашения врачебной тайны;

в) дополнить Закон РФ «О психиатрической помощи...» отдельной главой, регулиющей оказание

психиатрической помощи несовершеннолетним, с учетом предложений Независимой ассоциации детских психиатров и психологов (приложение 1).

2. В соответствии со ст. 38 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» организовать при участии Палаты по правам человека независимую от органов здравоохранения службу защиты прав лиц, страдающих психическими расстройствами.

Создать из числа членов Палаты и экспертов рабочую группу по подготовке проекта Положения о независимой службе защиты прав лиц, страдающих психическими расстройствами. Рабочей группе внести проект Положения на рассмотрение Палаты до 15 сентября 1997 года.

3. Во исполнение ст. 16. ч. 2 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», в целях обеспечения экономического равноправия лиц, страдающих психическими расстройствами, обратиться в Правительство Российской Федерации с предложением разработать и принять Постановление об установлении обязательной квоты рабочих мест на предприятиях, в учреждениях и организациях для трудоустройства указанной категории граждан и предоставлении предприятиям (независимо от форм собственности) соответствующих налоговых льгот и иных мер экономического стимулирования.

4. В целях установления гарантий своевременно социального обеспечения и защиты лиц, страдающих психическими расстройствами, обратиться к субъектам законодательной инициативы с предложением о внесении в Гражданский кодекс Российской Федерации положений о временной и специальной, в том числе процессуальной, недееспособности.

5. Обратиться к субъектам законодательной инициативы с предложением внести поправку в принятый в первом чтении Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации, согласно которой дела в отношении лиц, признанных судебно-психиатрической экспертизой невменяемыми и нуждающихся в применении мер принудительного лечения в психиатрических учреждениях, должны рассматриваться судами в месячный срок с момента дачи заключения.

6. Обратиться к субъектам законодательной инициативы с предложением о разработке и принятии федерального закона о наркологической помощи.

7. В связи с поступающими в Министерство здравоохранения Российской Федерации предложениями об организации специальных реабилитационных учреждений для лиц, пострадавших в результате участия в религиозной деятельности, просить министра здравоохранения РФ воздержаться от принятия решения о создании указанных учреждений. Обратит внимание Министерства здравоохранения Российской Федерации и иных заинтересованных ведомств, что концепция создания «реабилитационных центров» такого рода противоречит конституционным принципам свободы вероисповедания и равенства религиозных объединений перед законом, а также статьям 1 и 10 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

8. Рекомендовать правительству Российской Федерации обеспечить участие профессиональных об-

щественных объединений врачей-психиатров в разработке нормативно-правовых актов, затрагивающих проблемы оказания психиатрической помощи, социальной и правовой защиты больных и специалистов, деятельности психиатрических учреждений.

9. В целях определения правил взаимодействия медицинских учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, с правоохранительными органами и специальными службами, обратиться в Министерство внутренних дел Российской Федерации и в министерство труда и социального развития Российской Федерации с предложением разработать изменения и дополнения в соответствующие нормативно-правовые акты.

10. Обратиться к Генеральному прокурору Российской Федерации с предложением обеспечить постоянный контроль за исполнением предприятиями, учреждениями и организациями (независимо от форм собственности) нормы Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (ст. 8), запрещающей требования о предоставлении сведений о состоянии психического здоровья гражданина в случаях, непосредственно не предусмотренных федеральным законом.

Обратиться к министру здравоохранения Российской Федерации с предложением обеспечить постоянный контроль за исполнением органами здравоохранения указанного в данном пункте положения Закона.

II

(о психолого-психиатрической помощи детям)

11. Одобрить проект развития детской психиатрической службы, разработанный Независимой ассоциацией детских психиатров и психологов (приложение 2).

12. Обратиться к Президенту Российской Федерации с предложением об учреждении должности Уполномоченного по правам ребенка при Президенте Российской Федерации.

13. Предложить Правительству Российской Федерации передать учреждения, содержащие детей-инвалидов с выраженными психическими нарушениями, в ведение органов здравоохранения.

14. Предложить Президенту Российской Федерации и Правительству Российской Федерации создать рабочую группу для разработки программы реформирования системы призрения детей-сирот на основании предложений Всероссийской конференции «Сироты России: проблемы, надежды, будущее» (Москва, 1993 год) (Приложение 3).

15. Считать необходимым организацию системы социально-правовой защиты прав детей с психическими расстройствами и их семей, независимой от органов здравоохранения (предположительно, в виде муниципальных и региональных комиссий по защите прав детей).

16. Считать необходимым стимулирование и государственную поддержку альтернативных (негосударственных) форм оказания психолого-психиатрической помощи детям и их семьям при условии профессионализма и некоммерческого характера таких организаций.

Председатель Палаты по правам человека
В. Борщев

Ответ Министра здравоохранения РФ

от 28. 07. 1997 № 25 10/5676-97-20

Уважаемый Валерий Васильевич!

Министерство здравоохранения Российской Федерации рассмотрело Ваше письмо, касающееся некоторых аспектов деятельности психиатрической службы и благодарит Вас за проявленный интерес к столь актуальным проблемам отечественного здравоохранения.

Так же как и Вы, Министерство крайне заинтересовано в приведении действующего законодательства к требованиям, которые время ставит перед психиатрией и поэтому Минздрав России и специалисты, работающие в системе государственного здравоохранения, в случае соответствующего правительственного поручения, примут участие в работе по подготовке изменений и дополнений в закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Министерство здравоохранения Российской Федерации также готово рассмотреть предложение о целесообразности передачи психоневрологических интернатов в ведение Министерства с учетом имеющихся проблем в части финансирования психиатрических стационаров.

Что касается создания реабилитационных центров для т.н. «жертв религиозных объединений», то

этот вопрос Минздравом России в настоящее время не рассматривается.

В отношении Вашего запроса о предпринимаемых органами здравоохранения мерах по обоснованности перевода детей – воспитанников образовательных учреждений в психоневрологические интернаты, то Минздрав России планирует разработку документов, обращающих внимание территориальных органов здравоохранения, образования и социального развития на эту серьезную проблему.

Информацией о лицах, страдающих психическими расстройствами и содержащихся в психиатрических учреждениях Чеченской Республики, Минздрав России в полном объеме не располагает, т.к. утвержденная государственная статистика по этому вопросу отсутствует. По имеющейся информации, указанная категория граждан получает медицинскую помощь в ряде территорий Российской Федерации, в частности, в Ставропольском крае, по мере обращения пациентов за необходимой помощью.

Минздрав России с благодарностью принимает Ваше предложение о сотрудничестве с Палатой по правам человека.

Т. Б. Дмитриева

КОММЕНТАРИЙ РЕДАКТОРА

Министерский ответ, к сожалению, сохраняет все смысловые и стилистические особенности прежней эпохи. Все округлено, уклончиво и малосодержательно: министерство «заинтересовано», «планирует», «рассмотрело» и «готово рассмотреть», или «в настоящее время не рассматривает». Полностью отсутствует собственная инициатива, целенаправленность и воля к действию: «в случае правительственного поручения примут участие». Однако и этот стиль на деле информативен: не приходится рассчитывать на творческий поиск и активные действия Минздрава.

Призыв Палаты по правам человека от 27 декабря 1996 года к Минздраву отозвать его совершенно некомпетентное, подготовленное в обход соб-

ственного отдела психиатрии, инструктивное письмо от 20 августа 1996 г., подписанное прежним министром, уже принесшее серьезный вред, обойден молчанием, также как Обращение Всероссийского семинара «Социальная работа в психиатрии и права человека» (апрель 1996 г.) о социальной и правовой незащищенности специалистов, оказывающих психиатрическую помощь. Традиционное пренебрежение к общественным организациям было лишь недавно поколеблено в своих внешних проявлениях специальным Постановлением о сотрудничестве государственных и общественных структур. Однако наивно думать, что что-то изменилось по существу: спасение утопающих по-прежнему дело самих утопающих.

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»

Экспертная 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

ПРОТОТИПЫ, ИДЕАЛЬНЫЕ ТИПЫ И ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА: ВОЗВРАЩЕНИЕ К КЛАССИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ*

Осборн Виггинс, Майкл Шварц, Майкл Норко (США)

ВВЕДЕНИЕ

Стремление «усилить научное обоснование» диагностики в психиатрии привело к возникновению DSM-III (Millon, 1986a), а также стимулировало попытки некоторых исследователей использовать «прототипы» для большей точности в диагностике. Прототипы были тщательно описаны многими авторами (Blashfield, Sprock, Pinkston & Hodgins, 1985; Cantor & Mischel, 1979; Cantor, Smith, French & Mezzich, 1980; Clarkin, Widiger, Frances, Hurt & Gilmore, 1983; Horowitz, Post, French, Wallis & Seligman, 1981; Livesley, 1986; Rosch, 1978; Rosch & Mervis, 1975).

Прототипы широко использовались в нозологии личностных расстройств. В этой литературе они обычно противопоставляются «классическому» подходу к категоризации. Предполагается, что этот классический подход доминировал в психиатрической классификации до публикации DSM-III (Cantor et al., 1980; Cantor & Genero, 1986) и его называют также «монотетической категоризацией» (Hempel, 1965; Schwartz & Wiggins, 1987). Монотетические категории описывают психическое расстройство через определение необходимых и достаточных условий для принадлежности к определенному классу. Достоинство DSM-III состоит в переходе от монотетической классификации к политетической (Kendell, 1983). Политетические категории обеспечивают список признаков и затем определяют количество признаков, которые должны присутствовать у индивида, чтобы он был включен в данную категорию (Beckner, 1959). Позднее исследователи доказали, что для классификации психических расстройств больше подходят прототипы, чем политетические понятия (Livesley, 1985).

В этой статье мы проанализируем «историю» постепенного прогресса в психиатрической классификации. Еще в начале века известные европейские психиатры разработали и проанализировали гибкую систему классификации личностных расстройств, которая впитала в себя преимущества прототипов. Мы имеем в виду теорию, которая рассматривает эти расстройства как «типы». Эта теория была разработана Карлом Ясперсом (Karl Jaspers, 1963, pp. 434–435 & 560–562) и в дальнейшем развита Куртом Шнайдером (Kurt Schneider, 1958, 1959; Schwartz & Wiggins, 1987). Сегодня, однако, за редким исключением (Livesley, 1987), обычно утверж-

дают, что классики европейской психиатрии ограничивались понятием синдрома (Millon, 1986b). Понятие синдрома действительно обеспечивает плодотворный подход к классификации таких расстройств, как большие психозы. Однако Ясперс понимал, что для личностных расстройств требуется другой тип классификации, и пытался разработать его с помощью введения в психиатрию «идеальных типов» социолога Макса Вебера (Lefebvre, 1957). Мы полагаем, что собственная попытка Ясперса использовать идеальные типы Вебера для психиатрической классификации не была достаточно успешной. Однако, основные составляющие подхода Ясперса весьма значимы. Идеальные типы Вебера, если их тщательно переработать для целей психиатрии, обладают преимуществами, которые отсутствуют в современном понимании прототипов. Мы сравним идеальные типы с прототипами с точки зрения их потенциальных возможностей для классификации личностных расстройств.

ПРОТОТИПЫ

Прототипы были разработаны представителями когнитивной психологии при исследовании «естественных категорий» (Rosch, 1978). Естественные категории – это категории, которые люди используют в повседневной ненаучной жизни для узнавания и понимания предметов окружающего мира. Психологические исследования показали, что эти категории являются «неопределенными». Границы между различными категориями трудно определить, существует множество промежуточных случаев, члены какого-либо класса могут иметь лишь несколько признаков, членство в классе составляет континуум от определенного до неопределенного. Такое понимание естественных категорий было в значительной мере обусловлено представлением Людвиг Витгенштейна о том, что в естественном языке термины обычно выражают лишь фамильное сходство различных элементов (Wittgenstein, 1953, pp. 31–36).

Разработанное таким образом понятие прототипов было успешно введено в психиатрическую нозологию, точнее, в классификацию расстройств детского возраста, депрессий, функциональных психозов и личностных расстройств (Blashfield et al., 1985).

Прототипы могут быть определены через перечисление основных признаков категории. Для того, чтобы попасть в определенную категорию, индивиду не обязательно иметь все эти признаки. То есть, перечисленные признаки не являются «необходимы-

* Journal of Personality Disorders, 1989, 3 (1). 1–9, NY: Guilford Press.

ми условиями» для принадлежности к классу. Принадлежность к категории это, скорее, вопрос степени (Cantor & Seneo, 1986). Если индивид имеет больше признаков прототипа, это «лучший» член категории. Если индивид обладает лишь несколькими признаками, это «худший» член. В монотетических категориях, наоборот, членство никогда не является вопросом степени. Индивид или является, или не является членом монотетического класса (Blashfield, 1986, p. 367; Hempel, 1965; Livesley, 1986).

Прототипы отличаются и от политететических понятий, использованных в DSM-III-R. В политететических понятиях индивид или является, или не является членом класса, принадлежность классу определяется установлением определенного количества признаков, которые должны быть выражены у индивида, чтобы удовлетворять понятию (Livesley, 1986). Прототипы, в отличие от этого, не определяют количество признаков, которые требуются для принадлежности к классу. Здесь членство, как уже говорилось, является, вопросом степени.

ИДЕАЛЬНЫЕ ТИПЫ

Ясперс встретил понятие идеальных типов в работах социолога Макса Вебера (Max Weber, 1949, 1978) и попытался модифицировать его для целей психиатрии (Jaspers, 1963; Schwartz & Wiggins, 1986, 1987). Идеальные типы Вебера «протестантская этика» и «дух капитализма» хорошо известны (Weber, 1958). Ясперс увидел в методах Вебера путь к классификации тех психиатрических расстройств, которые не удается понять как синдромы или болезненные сущности (Jaspers, 1963, p. 611; Schwartz & Wiggins, 1987). Таким образом, Ясперс понимал, что личностные расстройства не подпадают под монотетические категории.

Для Ясперса психиатрические диагнозы распались на три группы. Группа 1 включала известные соматические болезни с психическими нарушениями, такие как опухоли мозга, центральный паралич и эндокринопатии. В группе 2 были большие психозы, эпилепсия, маниакально-депрессивные заболевания и шизофрения. Группу 3 составили нарушения личности и неврозы.

В отношении этих трех групп расстройств (надо заметить, что именно из них выросли современные классификации), Ясперс писал (1963):

«Три основные группы расстройств существенно отличаются друг от друга. Не существует такой унифицированной и понятной точки зрения, которая позволила бы упорядочить эти три группы. Для каждой из них мы имеем другую точку зрения...» (стр. 610)

Расстройства группы 1 это «классы заболеваний, к которым случай или принадлежит, или не принадлежит» (Jaspers, 1963, p. 611); иначе говоря, эти расстройства могут быть поняты с использованием монотетических понятий. Расстройства группы 3, с другой стороны, всегда должны пониматься как «типы». Интересно заметить, что относительно группы 2 Ясперс полагал следующее: «хотя конкретная причина и природа заболеваний нам неизвестны, мы имеем в уме классы болезней, однако на самом деле случай всегда принадлежит к какому-либо типу» (Jaspers, 1963, p. 611). Со времени выхода «Общей

психопатологии» фактически было доказано, что эпилепсия является болезнью с соматической основой.

Используя понятие идеальных типов Вебера, Ясперс немного изменил его значение, введя разграничение между «идеальными типами» и «реальными типами» (Jaspers, 1963, pp. 431–446). Мы считаем, что это особое разграничение, введенное Ясперсом, было неудачным, но в целом его подход остается значимым. Мы не будем принимать во внимание разграничение Ясперса между идеальными и реальными типами и, впредь, будем говорить только об «идеальных типах». Таким образом, мы вернемся к Веберу, чтобы заново открыть источник, из которого исходил Ясперс.

Вебер с самого начала стремился, чтобы идеальные типы были научными категориями (Weber, 1949). В связи с этим они отделялись от прототипов и «семейной принадлежности» Витгенштейна, которые были первоначально описаны как ненаучные, «естественные» способы категоризации.

Вебер считал, что все научные понятия определяются, исходя из *целей*, которым они должны служить (Weber, 1949). В психиатрии эти цели – укрепление психического здоровья и ослабление психических заболеваний (Schwartz & Wiggins, 1985, 1988). Идеальные типы в психиатрии избирательно нацелены на те особенности человеческой жизни, которые соответствуют целям психиатрии. По этой причине идеальные типы всегда перспективны и односторонни. Та же реальность, если к ней подходить, имея в виду другие цели, может быть оценена совершенно иначе, и эта другая точка зрения даст другой набор понятий.

Вебер всегда четко понимал, что идеальные типы это *человеческие построения*. Они представляют попытки человека постичь реальность, а не отражают саму реальность. Это человеческое, слишком человеческое качество этих типов становится особенно очевидным, если осознать их односторонний и перспективный характер. Поскольку идеальные типы с самого начала направляются теми ценностями, которые мы исповедуем, они остаются частичными и ограниченными и не могут оцениваться с точки зрения абсолютной истины. Как выразил эту идею в «Общей психопатологии» Ясперс: «(Идеальные типы) имеют отношение к перспективам понимания, а не к материальному существованию» (Jaspers, 1963, p. 434).

Вебер (1949) описывал построение идеальных типов следующим образом:

«Идеальный тип формируется на основе одностороннего выделения одной или более точек зрения и синтеза большого количества расплывчатых, дискретных, более или менее выраженных, а иногда отсутствующих конкретных индивидуальных явлений, которые ранжируются в соответствии с этими односторонне выделенными точками зрения в унифицированные мыслительные конструкты» (p. 90).

Мы рассматриваем реальность с той точки зрения, которая определяется нашими ценностями. С этой точки зрения мы замечаем одни свойства и игнорируем другие, которые стали бы видимыми лишь с другой точки зрения.

Идеальные типы – это идеализированные описания конкретных свойств вещей, которые даются с определенной точки зрения. Конкретные свойства

вещей часто оказывается трудно отличить друг от друга; они могут быть неясными, изменчивыми, неопределенными и неуловимыми. С помощью идеальных типов мы получаем точные и ясные концептуальные границы вокруг свойств вещей. Мы абстрагируемся от реальной неразграниченности и неопределенности и представляем «чистый» случай, в котором соответствующие свойства различимы и определены. Более того, в конкретных случаях признаки могут варьировать в таких широких пределах, что каждый индивид кажется уникальным и несравнимым с другими. Идеальные типы выделяют многочисленные характеризующие данный тип свойства, которые мы можем и не найти в полном объеме в каждом конкретном случае. Свойства, определяемые идеальным типом, как выразил это Вебер, «более или менее присутствуют, а подчас и отсутствуют» в отдельных конкретных случаях.

СХОДСТВО И РАЗЛИЧИЕ МЕЖДУ ПРОТОТИПАМИ И ИДЕАЛЬНЫМИ ТИПАМИ

В некоторых аспектах идеальные типы имеют сходство с прототипами. И те, и другие признают неясность, неопределенность и изменчивость многих свойств, которые мы находим в конкретных случаях. И те, и другие преодолевают эту неясность и неопределенность путем точного и ясного определения признаков. Более того, и те и другие противостоят разнообразию отдельных конкретных случаев, признавая, что различные индивиды «более или менее подходят к типу».

Различные свойства реальных вещей могут также не проявлять никакой очевидной связности и целостности: может казаться, что они просто не связаны или неупорядочены. Как выразил эту идею Вебер, «индивидуальные феномены» могут быть «диффузными» и «дискретными». Тем не менее, определяя индивидуальные типы, мы стараемся «синтезировать» или сгруппировать эти свойства вместе в «целостный мысленный конструкт» или понятие. И здесь совершенно ясно, что концепция идеальных типов Ясперса очень значительно ушла от понятия прототипов.

Считается, что прототипы состоят из списка признаков. Список не является концептуально целостным; он, скорее, состоит из отдельных разрозненных элементов. Некоторые элементы списка могут быть похожими друг на друга. Но это сходство лишь видимое, так как список оставляет их отдельными и не устанавливает никакой связи между ними. Цитируя Ясперса, прототип обеспечивает «бессвязный перечень» признаков (Jaspers, 1963, p. 561).

Идеальные типы по Ясперсу объединяют признаки расстройства и связаны с ними. Идеальные типы определяют единое целое, частями которого являются различные признаки.

Разрабатывая целостное понимание истерической личности, Ясперс пишет (1963):

«Для того, чтобы охарактеризовать этот тип (истерической личности) более точно, мы должны спуститься вниз, к одной базисной черте: не считаясь со своими склонностями и жизненными возможностями, истерические личности жаждут казаться как для себя, так и для других, больше, чем они есть, и чувство-

вать больше, чем способны. Все остальные признаки могут быть поняты как следствие этого» (p. 443).

Другие признаки истерических личностей, перечисленные в прототипах (Livesley, 1986) или в DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) Ясперс пытается понять, как сущностно выводимые из этого. Именно такое понимание смысловых связей между многообразными признаками «объединяет» их. Базисное свойство, соответственно, объединяет другие не как их «первопричина» или «источник», это не какая-то реальность, лежащая в основе и вызывающая другие свойства в качестве следствия, но, скорее, концептуальное целое, частями которого являются остальные характеристики. Другие характеристики, следовательно, — его частичные формы.

Не существует реальных различий между базисным свойством и другими свойствами. Каждое свойство является базисным, но в особой форме.

Конечно, мы не можем описать «базисные признаки» для каждого личностного расстройства. В лучшем случае мы можем постулировать список несвязанных между собой признаков. Но это указывает на необходимость создавать, проверять, модифицировать и усовершенствовать «целостные мысленные конструкты» как возможные базисные признаки. Это будет обобщением продолжающейся научной работы с идеальными типами в психиатрии. Другой аспект такой работы — выделение новых типов. Многие важные достижения психиатрии заключались именно в описании новых типов личности, которые могут применяться как идеальные типы, — это, например, определения Шнайдера (психопатические личности), Кречмера (шизотимии, психотимии) и Юнга (экстраверты, интроверты).

Однако, интересно выяснить, могут ли исследования с помощью прототипов, проводимые в последнее время, продуцировать какие-либо новые типы. Изучение Витгенштейном естественного языка имело цель выяснить, как люди в своей повседневной жизни используют и понимают различные слова, такие, например, как «игра» (Wittgenstein, 1953). Прототипические исследования направлены на выяснение с помощью широко-масштабных опросов того, как психиатры понимают пациентов и ставят им диагноз. Также как Витгенштейн анализировал не игры, а то, как люди понимают значение слова «игра», так и прототипическое исследование изучает не психические нарушения, но то, что психиатры подразумевают под терминами, которые они применяют к этим нарушениям. Прототипическое исследование, как и подход Витгенштейна, ограничено тем, что философ науки Карл Хемпел (Carl G. Hempel, 1970) назвал «смысловым анализом». Смысловой анализ заключается в объяснении того значения слова, которое используется определенной группой или сообществом людей. Но в эмпирических науках, как подчеркивает Хемпел, смысловой анализ недостаточен. В дополнение к нему ученые обращаются к «эмпирическому анализу». Эмпирический анализ стремится раскрыть те свойства предметов, к которым относятся слова. Как выразил это Хемпел (1970): «Эмпирический анализ имеет дело не с лингвистическими выражениями и их значениями, а с эмпирическими феноменами».

Идеальные типы направлены не на выяснение того, как много психиатров используют определенные слова, но, скорее, пытаются изучать пациентов и их расстройства и, таким образом, лучше способны обнаружить новые и более эффективные пути их понимания. Новые идеальные типы углубляют наше понимание пациентов и могут быть представлены через эмпирический анализ. Эмпирический анализ, предпринятый Максом Вебером (1958), создал новые идеальные типы – «протестантская этика» и «дух капитализма», которые оказались чрезвычайно плодотворными. Такие понятия никогда бы не могли возникнуть через смысловой анализ использования слова «этика» большинством ранних протестантов.

Эмпирический анализ с применением идеальных типов может проводиться в двух направлениях: 1) выбор большого количества объектов для номологического и статистического исследования; 2) клиническое лечение конкретных пациентов. Заметим, что по различным причинам и Вебер, и Ясперс считали, что идеальные типы не подходят для номологических и статистических исследований. Оба полагали, что идеальные типы могут быть использованы только для опросов индивидов.

1. Идеальные типы обычно просто общие понятия. Но в зависимости от интересов исследователя идеальные типы могут подвергаться уточнению так, что они характеризуют все более и более узкий круг людей. Таким образом, исследователь может определить идеальный тип на том уровне специфичности, который он выбрал, и затем предпринять эмпирическое исследование выделенной группы с использованием номологических и статистических подходов.

Мы бы хотели отметить, что идеальные типы, уточненные в соответствии с целями исследования, никогда не будут рассматриваться как правильные или адекватные. Они, скорее, могут служить эвристиками, изобретенными для выбора объектов с соответствующими сходными характеристиками. Только результаты, полученные на основе номологических или статистических исследований, могут рассматриваться как правильные или ложные, валидные или невалидные.

2. Идеальные типы обычно применялись в клинических исследованиях и при лечении отдельных пациентов. В клинической практике идеальные типы определяют и направляют процесс исследования уникальных свойств пациента. Кроме того, идеальные типы говорят нам, что является значимым с точки зрения психиатрии, а что незначимым в многообразных компонентах данной личной жизни. Поскольку тип служит только концептуальным гидом для дальнейшего опроса в конкретном случае, он не является ни правильным, ни неправильным. Он, скорее, просто полезен или бесполезен, помогает или не помогает в обнаружении определенных признаков данного конкретного пациента. Не имеет смысла спрашивать, является ли способ, которым мы определили идеальный тип «истерической личности» правильным или неправильным. Это понятие служит лишь эвристическим разделением, которое говорит нам, что искать в индивиде.

Когда мы применяем идеальный тип к какому-то конкретному пациенту, мы можем обнаружить, что

он демонстрирует очень мало черт, характерных для этого типа, или вообще их не имеет. Если это так, мы можем сделать вывод, что применяемый тип не способен помочь нам понять данного индивида. Если мы все же полагаем, что пациент попадает в данную категорию, мы вынуждены задать вопрос: «Почему эта типичная черта не выражена в его случае?» Если мы поставим такой вопрос, то предпримем дальнейший опрос для уточнения случая, и этот опрос будет определяться выбранным идеальным типом.

Предположим, например, что мы определили нашего пациента г-на Герберта в соответствии с требованиями DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) как «человека с чрезмерной эмоциональностью и ищущего внимания, начиная с молодого возраста, и проявляющего эти качества в разнообразных ситуациях». Такое определение включает, по крайней мере, 4 специальных признака DSM-III-R, и мы можем с полным основанием диагностировать истерическое расстройство личности. Предположим, далее, что г-н Герберт также обнаруживает базисный признак Ясперса для истерии. Но представим, что он вовсе не «чрезмерно озабочен своей физической привлекательностью» (критерий DSM-III-R для истерического расстройства личности) и, кроме того, в значительной степени проявляет «сочетание перфекционизма с чувством незавершенности» (критерий DSM-III-R для обсессивно-компульсивного расстройства). Психиатр, исповедующий идеально-типический подход, может в таком случае выяснить, почему у г-на Герберта признак истерического расстройства неожиданно отсутствует, а обсессивно-компульсивного так заметно выражен. Идеальный тип, поначалу служащий диагностике, впоследствии будет определять направление исследования г-на Герберта.

Вопрос о правильности или ложности становится уместным только в клинической практике, когда идеальные типы помогают нам постигать определенные признаки расстройства данного конкретного пациента. Тогда возникает вопрос: «Это правда, что у г-на Герберта есть эта конкретная характеристика?» Для психиатра-клинициста идеальные типы не являются верными или неверными в отношении пациентов как членов общего класса, но могут иметь какую-то определенную истинность в отношении конкретных людей.

Некоторые психиатры сетовали, что DSM-III и DSM-III-R служат исследовательским, но не клиническим целям. Еще в 1874 г. Х.Джексон (Hughlings Jackson) отстаивал двойную систему классификации – одну для клинической работы, другую – для научных исследований (Strengel, 1963). После публикации DSM-III та же идея предлагалась Зубиным (Zubin, 1984) и другими (Berner & Katschnig, 1984) для DSM-IV. Идеальные типы, понимаемые представленным здесь образом, могут обеспечить единую систему классификации, которая удовлетворит как клиницистов, так и исследователей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Идеальные типы были введены Карлом Ясперсом для классификации личностных расстройств. Значимость этой предложенной схемы классифика-

ции, как и многих других гениальных и неподвластных времени догадок Ясперса, часто пересматривалась. Однако, в свете нынешнего внимания к прототипическим категориям, преимущества идеальных типов могут быть оценены заново. Мы считаем, что в современных исследованиях с помощью прототипов может быть продуктивно приме-

нена методология Вебера. Подводя итог, можно сказать, что прототипы и идеальные типы не следует сильно разделять друг от друга (Widiger, 1982). И, таким образом, мы приветствуем нынешний интерес к прототипам как возвращение к классической психиатрии.

Перевод Л. Виноградовой

ЛИТЕРАТУРА

American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.

Beckner M. (1959). The biological way of thought. New York: Columbia University Press.

Berner P., & Katschnig H. (1984). Commentary on R. E. Kendell: Reflections on psychiatric classification—For the architects of DSM-IV and ICD-10. *Integrative Psychiatry*, 2, 51–52.

Blashfield R. (1986). Structural approaches to classification. In T. Millon & G. L. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Towards the DSM-IV* (pp. 363–380). New York: Guilford Press.

Blashfield R., Sprock J., Pinkston K., & Hodgins J. (1985). Exemplar prototypes of personality disorder diagnoses. *Comprehensive Psychiatry*, 26, 11–21.

Cantor N., & Genero N. (1986). Psychiatric diagnosis and natural categorization: A close analogy. In T. Millon & G. L. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Towards the DSM-IV* (pp. 233–256). New York: Guilford Press.

Cantor N., & Mischel W. (1979). Prototypes in person perception. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 12, pp. 3–52). New York: Academic Press.

Cantor N., Smith E., French R. de S., & Mezzich J. (1980). Psychiatric diagnosis as prototype categorization. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 181–193.

Clarkin J. F., Widiger T. A., Frances A., Hurt S. W., & Gilmore M. (1983). Prototypic typology and the borderline personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 575–585.

Hempel C. G. (1965). Aspects of scientific explanation and other essays in the philosophy of science. New York: Free Press.

Hempel C. G. (1970). Fundamentals of concept formation in empirical science. In O. Neurath, R. Carnap, & C. Morris (Eds.), *Foundations of the unity of science: Towards an International encyclopedia of unified science* (Vol. 2, pp. 651–745). Chicago: University of Chicago Press.

Horowitz L., Post D., French R., Wallis K., & Seligman E. (1981). The prototype as a construct in abnormal psychology: 2. Clarifying disagreement in psychiatric judgements. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 575–585.

Jaspers K. (1963). *General psychopathology* (J. Hoenig & M. W. Hamilton, Trans.). Chicago: University of Chicago Press.

Kendell R. E. (1983). DSM-III: A major advance in psychiatric nosology. In R. L. Spitzer, J. B. W. Williams, A. E. Skodol (Eds.), *International perspectives on DSM-III*. Washington, DC: American Psychiatric Association Press.

Lefebvre L. B. (1957). The psychology of Karl Jaspers. In P. A. Schilpp (Ed.), *The philosophy of Karl Jaspers*. The Library of Living Philosophers. La Salle, IL: Open Court Publishing Company.

Livesley W. J. (1985). The classification of personality disorder: I. The choice of category concept. *Canadian Journal of Psychiatry*, 30, 353–358.

Livesley W. J. (1986). Trait and behavioral prototypes of personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 728–732.

Livesley W. J. (1987). Theoretical and empirical issues in the selection of criteria to diagnose personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 1, 88–95.

Millon T. (1986a). On the past and future of the DSM-III: Personal recollections and projections. In T. Millon & G. L. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Towards the DSM-IV* (pp. 29–70). New York: Guilford Press.

Millon T. (1986b). Personality prototypes and their diagnostic criteria. In T. Millon & G. L. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Towards the DSM-IV* (pp. 671–712). New York: Guilford Press.

Rosch E. (1978). Principles of categorization. In E. Rosch & B. L. Lloyd (Eds.), *Cognition and categorization*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Rosch E., & Mervis C. B. (1975). Family resemblances: Studies in the internal structure of categories. *Cognitive Psychology*, 7, 573–605.

Schneider K. (1958). *Psychopathic personalities* (M. W. Hamilton, Trans.). New York: Grune & Stratton.

Schneider K. (1959). *Clinical psychopathology* (M. W. Hamilton, Trans.). New York: Grune & Stratton.

Schwartz M. A., & Wiggins O. P. (1985). Science, humanism, and the nature of medical practice: A phenomenological view. *Perspectives in Biology and Medicine*, 28, 331–361.

Schwartz M. A., & Wiggins O. P. (1986). Logical empiricism and psychiatric classification. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 101–114.

Schwartz M. A., & Wiggins O. P. (1987). Diagnosis and ideal types: A contribution to psychiatric classification. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 277–291.

Schwartz M. A., & Wiggins O. P. (1988). Scientific and humanistic medicine: A theory of clinical methods. In K. L. White (Ed.), *The task of medicine: Dialogue at Wickenburg*. Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation.

Stengel E. (1963). Hughlings Jackson's influence in psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 109, 348–355.

Weber M. (1949). *The methodology of the social sciences* (E. Shils, Ed.). New York: Free Press.

Weber M. (1958). *The protestant ethic and the spirit of capitalism* (T. Parsons, Trans.). New York: Scribner's.

Weber M. (1978). *Economy and society: An outline in interpretive sociology*. Berkeley, CA: University of California Press.

Widiger T. A. (1982). Prototypic typology and borderline diagnoses. *Clinical Psychology Review*, 2, 115–135.

Wittgenstein L. (1953). *Philosophical investigations*. New York: Macmillan.

Zubin J. (1984). Commentary on R. E. Kendell: Reflections on psychiatric classification—For the architects of DSM-IV and ICD-10. *Integrative Psychiatry*, 2, 52–53.

НОВАЯ ПАРАДИГМА В ПСИХИАТРИИ

(сообщение второе)

Ю. С. Савенко

Хорошо известная разница между школьным учебником и ВУЗовским и последнего с передним краем науки состоит во все большей проблематичности все более широкого круга тем, решение которых поначалу представляется однозначным. Переход к новой парадигме – это еще один, третий прорыв устоявшихся представлений. Поскольку речь идет о слабо или вовсе неартикулированном, неосознаваемом, автоматизированном, догматичном, то несомненное преимущество обычно имеет каждое новое молодое поколение ученых. Со студенческой скамьи впитывает оно те разнообразные новые концептуальные и методологические усовершенствования, в которых преуспели различные изучаемые науки, каждая в чем-то своем. Многие из этих частных новшеств постепенно делаются общеметодологическими. Поэтому полнота овладения новой парадигмой готовится исподволь и осуществляется ступенеобразно. Это неизбежный процесс. Отсюда правота горьких слов Макса Планка, что новая парадигма утверждается, когда вымирает старое поколение ученых. Однако это не значит, что новая парадигма недоступна пониманию и претворению старым поколением.

Профессионализм, – как сказал Вернер Гейзенберг, – состоит не в том, что профессионал больше знает, а в том, что он знает типовые ошибки в своей профессии. В соответствии с этим, мы построим свое изложение существа новой парадигмы в психиатрии.

Первая и наиболее фундаментальная типовая ошибка состоит в непонимание самого существа феноменологии в психиатрии. Обычно используется трактовка этого термина 18–19 вв., как «описания». При этом клиническое описание уподобляется чему-то внешнему, поверхностному, второстепенному, что противопоставляется данным, полученным с помощью различных биологических дисциплин: нейрогистологических, нейрофизиологических, нейроиммунологических, нейроэндокринологических, нейрохимических и т.п. методов исследования. В психиатрии – в противовес клинической синдромологии – начали использовать понятия «биохимической синдромологии» (И. А. Полищук), нейрофизиологической синдромологии и даже семиологии (А. В. Снежневский), как более сущностной, приближающей к разгадке патогенетического механизма. Это доминирующее представление привело к тому, что в хорошо известное клиническое наблюдение, согласно которому за одной клинической картиной могут скрываться различные патогенетические механизмы, и, с другой стороны, один и тот же патогенетический механизм может обуславливать различные картины, стало незаконным образом **привноситься ценностное предпочтение**, рассматривающее патогенетический механизм как наиболее фундаментальное основание. Тем самым, **частный аналитизм совершенно нелогично противопоставляется и предпочитается интегральному, целостному выражению многообразных**

факторов различных аспектов **на макроуровне.** Этот плоский редукционизм уже не раз приводил к усыханию многих направлений. Но постоянно находятся новые, столь же односторонне аналитичные. Между тем, корректное клиническое описание психопатологических картин – это и есть то **«непосредственно данное»**, которое является нетленным отражением самого предмета психиатрии, в то время как «патогенетические основания» – это всегда преходящие концептуальные построения. Опора последних на лабораторные, экспериментальные и статистические исследования не делает их чем-то более объективным, чем клиническое описание, и содержит не меньше, если не больше, пунктов для различного рода ошибок. Во всяком случае, нелепо противопоставлять эти различные ступени друг другу.

Клинические картины – это макроуровень, на котором интегрируются все частные аналитические подходы и который, таким образом, представляет зримое воплощение сущности, то есть патогенеза.

Характерное для уходящей эпохи расщепление между внешней поверхностной обманчивой феноменальной личиной и подлинной глубинной патогенетической сущностью имеет своим источником – решимся предположить – небрежное поспешное поверхностное (особенно в связи с превращением профессии врача-психиатра и психиатра-ученого в относительно массовые профессии) описание, игнорирующее не только зафиксированные Гуссерлем требования феноменологического метода, не только неразличение индуктивного и целостного, объяснительного (естественно-научного и гуманитарно-научного) и понимающего подходов, но также замыкание в догматически научном подходе всякий раз какой-то определенной концепции, школы.

Здесь, в частности, и ответ на поразительное отставание наук о человеке от его художественного постижения. На вершине успехов позитивистической науки постоянным контрастом выступала несоизмеримость всего сделанного научной психологией с Достоевским.

Развернувшаяся в 1973–77 гг. и 1984 г на страницах «Журнала невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова» дискуссия о соотношении предметов психопатологии и патопсихологии началась с утверждения рефлексологически мыслящим психиатром проф. Б. Я. Первомайским, что психопатология изучает внешние проявления психической болезни, ее эпифеномены, тогда как только нейрофизиология, вернее, Учение о высшей нервной деятельности акад. И. П. Павлова раскрывает ее сущность. Кончилась эта дискуссия итоговой статьей психолога проф. Ю. Ф. Полякова, который подтвердил, что психопатология изучает эпифеномены, а сущность выясняется благодаря привлечению нейрофизиологии и экспериментальной патопсихологии. И это писал близкий сотрудник А. В. Снежневского! В 1986 году на страницах

«Вестника МГУ» по психологии (№ 1, 36–41) была представлена дискуссия на ту же тему, подытоженная психологом Б. С. Братусем таким же образом, как Ю. Ф. Поляковым. Если бы мы ограничивались, как психиатрия, клиническим методом, – сказал Братусь, – то считали бы, что кит – рыба, а не животное.

Мы видим здесь яркую иллюстрацию той самой поспешной небрежности в отношении метода описания, о которой уже упоминали. «Описание? Мы все это умеем, суть не в этом». Налицо игнорирование неисчерпаемости и постоянного углубления клинического метода, надежда найти ответы на главные вопросы психиатрии не на ее собственном поле, а при расширении исследования за границы предмета, используя всевозможные параклинические методы.

Однако, методы описания и самоописания не стоят на месте, их развитие имеет длинную и бурную историю, которая продолжается. Итак, в одном случае мимолетный взгляд на кита не оставляет сомнений, что это рыба, и к наблюдениям не возвращаются, переходя к последующим стадиям. Но в случае даже чуть более длительного наблюдения делается очевидным, что кит дышит воздухом, что у него есть дыхало, а наблюдение за его образом жизни обнаруживает, что это живородящее существо, вскармливает детенышей молоком, и что у самок есть соски, а у самцов пенис, и что по своему поведению кит соответствует высшим млекопитающим. Таким образом, оказывается возможным без анатомического вскрытия и т.п. квалифицировать кита как животное. Итак, пример Б. С. Братуся опровергает его собственный тезис.

Как много можно увидеть, если уметь смотреть, уметь наблюдать, прекрасно показал Гете.

Но как представляют феноменологию сами психиатры?

Психиатры – участники упомянутых двух дискуссий, как и психиатры – читатели соответствующих журналов, не выступили с защитой клинического метода*. Только «Независимый психиатрический журнал» дал отпор этим и последующим (Н. А. Зорин, А. Ш. Тхостов и др.) попыткам девальвировать клинический метод и даже само понятие профессионализма (2). Интересно, что ссылки на несовершенство и ненадежность клинического метода исходили также, в частности, от части руководства советской психиатрией, которое таким образом пыталось

объяснить, вернее оправдать использование психиатрии в политических целях (3).

Полное непонимание того, что такое феноменология, обнаруживается постоянно. Это, прежде всего, руководства, терминологические словари и даже предисловие к «Общей психопатологии» К. Ясперса (4). Причем это непонимание бывает воинствующим (5).

Что же такое феноменология?

Этот старый философский термин приобрел не только новый смысл, но принципиально новый масштаб звучания у Э. Гуссерля и поэтому «феноменология» ДО и ПОСЛЕ Гуссерля – это совершенно разные вещи. В XX веке, когда говорят о феноменологии, имеют в виду прежде всего Гуссерля.

С одной стороны, феноменология это «первая философия», т.е., онтология, «учение о сущностях в пределах чистой интуиции». Причем о конкретно-эйдетических материальных, а не формальных математических сущностях. Первые даются описательным методом, вторые – идеализирующим методом. «Это совершенно различные фундаментальные классы эйдетических наук» (6).

С другой стороны, феноменология это первая ступень гносеологии, феноменологический метод, необходимым образом предваряющий любое исследование. В этом смысле феноменология это усмотрение (понимание) и именованье (описание) «непосредственно данного» (наглядно данного) в аспекте (в рамках) доступного непосредственному усмотрению (непосредственной интуиции). Как пишет Гуссерль, под словом «данность» мы должны разуметь также и постигнутость, а под словами «сущностная данность и данность сущности» – также и подлинную постигнутость.

Что такое «непосредственно данное»? – это значит «подвергшееся феноменологической редукции переживание восприятия», очищенное слой за слоем от всех предвзятостей, про которое после этой процедуры можно сказать, «являющееся как таковое» или «восприятие, описанное в ноэматическом аспекте», то есть, в аспекте смысла.

Что такое «в рамках доступного непосредственному усмотрению»? – это значит, по удачному обозначению Карла Дункера, **неюмовские** предметы, события, вопросы и задачи, то есть такие, где проблемная задача непосредственно понятна, очевидна. В знаменитых опытах Вольфганга Келера (W. Koehler) обезьяны, не имевшие опыта обращения с палками, чтобы достать лежащий в отдалении от клетки банан, всегда сразу брали палку с функциональным для этой цели навершием. Опыт не является безусловно необходимым там, где проблемная ситуация понятна. В противоположность этому, **юмовские** случаи и задачи требуют предварительного опыта. Опасность огня и воды, съедобность хлеба не являются очевидными при изначальной встрече с ними. Только из опыта узнаем мы, что одна вещь всегда сопутствует другой, и встречаясь в жизни с одной из них, предвидим появление другой. Но неужели все связи в природе, – спрашивает Дункер, – являются делом привычки, прошлого опыта, врожденной способности, короче – делом ассоциации? После Юма до настоящего времени все теории мышления, кроме гештальт-психологии, были теориями

* Исключение составила моя статья по итогам первой дискуссии, судьба которой оказалась очень показательной. Статья была принята в «Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова», но я обнаружил в присланных гранках такие купюры, произведенные ответственным секретарем журнала проф. Д. Д. Орловской, которые для биологически ориентированной коллеги наверняка были пустым философствованием, если не философской интоксикацией, но на деле превращали мою позицию в свою полную противоположность. Мой протест на имя главного редактора и отказ от публикации в таком виде привел не к извинениям, которые казались мне само собой разумеющимися, а к аудиенции у А. В. Снежневского, который – уже незадолго до смерти – не стал вникать в существо работы, а возможно, почувствовав независимость позиции, предложил отложить разговор до другого раза. «А. В., ведь другого раза не будет», – сказал я. Так оно и вышло. Статья эта была зачитана на учредительном съезде НПА 12 марта 1989 года и вошла в основной корпус публикаций в «Независимом психиатрическом журнале» 1992 г. № 1–2, 5–9 (1).

третьего фактора, то есть, пытались объяснить связь между определенной проблемной ситуацией и ответным действием с помощью различных опосредующих факторов: частоты, новизны, возбудимости, прошлого опыта, ассоциаций по смежности, повторения, информации, инстинкта, наследственности и т.д. Третьи факторы, разумеется, играют важную роль, даже решающую, когда не существует никакой связи между содержаниями проблемных ситуаций и решений, тем более, при автоматизированных, заученных и привычных реакциях. «Большинство юмовских случаев связано с молекулярной сферой, то есть с неизвестными силами в психологической проблемной ситуации», либо с совершенно чуждыми естественной среде бихевиористскими лабиринтами и проблемными ящиками. Мышление здесь невозможно, так как мышление это процесс, который приводит к адекватным действиям посредством инсайта (понимания) проблемной ситуации. «Проблемная ситуация неюмовского типа должна быть, прежде всего, постигнута субъектом, то есть, быть воспринятой как целое, заключающее в себе определенный конфликт. Это постижение или понимание является основой процесса мышления» (7).

Из этого ясно, что феноменология намного дальше и глубже продвигается в понимании тех предметов, которые ей соответствуют, ей «соразмерны», выражают соответствие субъекта и предмета познания, то есть, в познании человека и человеческого мира.

Здесь особенно убедительна принадлежность к единому семантическому полю всего ряда: усмотрение – понимание – интуитивное схватывание сущности – постигнутость, и его фундаментальность для феноменологии. Это достаточно полно отражено в опубликованной в предыдущем выпуске НПЖ работе А. Крауса (Alfred Ktaus) «Значение интуиции для диагностики и классификации в психиатрии» (8). Наряду с обсуждением общих вопросов проф. Краус показывает роль интуиции в диагностике истерии, шизофренической личности, маниакального состояния и бреда.

Позицию, до сих пор традиционную для американской науки в целом, хорошо отражает вышедший в 1996 г. пятым изданием учебник Дэвида Майерса «Социальная психология», по которому училось уже несколько поколений американских специалистов. Здесь в разделе «Противостояние: клинический прогноз – статистический прогноз» читаем: *«статистические прогнозы на самом деле не надежны, но человеческая интуиция – даже интуиция специалиста – вещь еще более непрочная (Dawes & oth., 1989; Faust, Ziskin, 1988; Meehl, 1954). Спустя три десятилетия после того, как было продемонстрировано преимущество статистического прогноза над интуитивным, Paul Meehl (1986) нашел еще более веское доказательство... В книге «House of Cards: Psychology and Psychotherapy Built on Myth» Robin Dawes (1994) развенчивает претензии на интуицию у клинических психологов. «Ну а что, если мы объединим статистический прогноз с интуицией медиков, работающих в области психического здоровья? Что, если мы предоставим клиническим психологам статистический прогноз будущей академической успеваемости или риска повторного насилия со стороны освобожденных под честное*

слово, или риска повторного суицида и попросим их усовершенствовать его? Увы, в некоторых исследованиях, где так и было сделано, прогноз был лучше, если «усовершенствования» не принимались во внимание».

Итак, почему же так много психологов и психиатров продолжают интерпретировать проективный тест Роршаха и предлагают интуитивные прогнозы по отношению к освобожденным под честное слово, риска суицида и вероятности насилия над ребенком? Отчасти по неосведомленности, – говорит Meehl, – а отчасти в соответствии с «ошибочными концепциями этики». Если я пытаюсь дать прогноз чего-то важного о студенте колледжа, преступнике или пациенте в состоянии депрессии, используя вместо эффективных мер неэффективные, а тем временем этот человек или налогоплательщик мог бы заплатить сумму, в 10 раз превышающую ту, которая бы мне понадобилась, чтобы достичь более высокой прогностической точности, то это этически нездоровая практика. И меня как предсказателя не может оправдать то, что мне так лучше и удобнее» (9).

Однако речь, при ближайшем рассмотрении, идет не о феноменологически ориентированных клиницистах, а о клинических психологах и психотерапевтах, преимущественно психоаналитиках. Известная серия экспериментов Mark Snyder (1984, 1992) «позволяет понять, почему поведение людей, проходящих курс психотерапии, начинает соответствовать теориям их психотерапевтов.» Знаменитое исследование David Rosenhan (1973) с подставными пациентами показало, что и клиницисты отыскивают в анамнезе псевдопациентов примеры поведения, которые «подтверждали» диагноз (9).

Здесь путаются стихийная, наивная, диффузная, неупорядоченная, специально нетренированная, «дикая» интуиция с феноменологической интуицией, сложная, детальнейше разработанная техника которой требует и специальных тренингов в отношении самых различных предметов и длительного, регулярного использования в определенном конкретном аспекте или – по Краусу – методологического контроля интуитивных процессов. Их принципиальное различие может быть уподоблено различию обывателя и высокого профессионала. В психиатрии, в силу специфики ее предмета, значение интуиции на порядок выше, а в связи с большими различиями разных школ адекватны лишь сопоставления внутри данной школы, а лучше, внутри данных одного исследователя. Яснее всего эта проблема выступает в исследованиях тестом Роршаха, который – и в этом суть проблемы – имеет славу и самого информативного, и самого субъективного метода. Дело в принципе адекватности, который сознательно игнорируется при индуктивном подходе. Но если обобщать результаты исследования по тесту Роршаха не вообще, а внутри определенной школы техники Роршаха, а лучше внутри результатов одного конкретного экспериментатора, то наглядно и четко видно резкое увеличение валидности этих результатов. Внутри сложившихся стереотипов, составляющих индивидуальный стиль работы каждого отдельного экспериментатора, происходит взаимная нейтрализация всевозможных особенностей, каждая из которых могла считаться несогласованностью и даже

ошибкой при обобщении с данными других исследователей. Однако постоянно обобщаемые каждым исследователем его собственные данные в контексте активной коммуникации с коллегами и знанием дальнейшей судьбы испытуемых дают личный опыт, позволяющий минимизировать наиболее значительный класс ошибок. Когда же мы обобщаем показатели результатов одного конкретного исследования, то есть оказываемся в микрокосмосе конкретного взаимодействия определенного исследователя с определенным испытуемым, и когда этот исследователь использует феноменологический метод, валидность результатов наибольшая из возможных.

Феноменологическое, понимающее, интуитивное направление, в отличие от индуктивного, объяснительного, каузального или статистического, не претендует на монизм и монополизм. Ясперс пишет, что эти направления «не мешают друг другу, и ни одно из них не имеет оснований критиковать другое, так как оба преследуют совсем различные цели... Ошибочной может стать только попытка подменить друг друга и перенести что-либо из одной области в другую» (10).

Сама психическая деятельность человека построена на принципе постоянного диалога этих двух и более способов познания.

Феноменологический метод Гуссерля позволяет превратить так называемые «субъективные данные» в объективные, строго научные, ясные и четкие, точно формулируемые. «Субъективные» ощущения и жалобы в силу того, что они наличествуют, уже объективны. Другое дело, что необходимо прояснение непосредственных формулировок самих больных с их естественной установкой и избавление от догматической (естественно-научной, натуралистической или гуманитарно-научной) установки у самих себя и в данных других психиатров, занимавшихся тем же больным. Очищение от всего, что обычно привносится наблюдателем, слушателем, от всех предвзятостей, проистекающих из односторонности его восприятия и системы смысловых акцентуаций, заданных теоретической ориентацией.

Феноменологическая психопатология не может быть отождествлена с описательной психопатологией также, как феноменологическое описание с естественно-научным описанием. Это частая и грубая ошибка. В описательной психопатологии также всегда выдвигались требования не теоретизировать и не использовать квалификационные термины, но полноценно выполнить их до феноменологической эры было методически невозможно. **Естественно-научное описание**, рассматривая отдельное патологичес-

кое переживание или отдельную патологическую функцию, продвигается, все время обобщая, размышляя и вынося суждения. Отталкиваясь, в зависимости от теоретической установки, от обманов восприятия, причудливой манеры говорить, особого значения слов, от часто упоминаемых образов, например, отца, матери и т.п., описательная психопатология центрирует на чем-то из этого весь дальнейший анализ и погружается в стихию научной теории.

Феноменологическое описание решительно отличается от этого категорическим запретом на преждевременное включение теоретизирования. Оно предписывает активное варьирование усмотренного в воображении, всевозможное мысленное экспериментирование с ним, в результате чего обнаруживается инвариант, тип, гештальт, вместо усредненного средне-статистического индуктивного класса или теоретического конструкта.

Если естественно-научное описание сразу фиксируется на том, что ему по исповедуемой теории представляется главным, существенным, решительно редуцируя все остальное, как малозначимое, случайное, оперируя, таким образом, **индуктивными понятиями** и порождая их снова, то феноменологическое описание, ничего не редуцируя, фиксирует целостный многомерный рисунок всего спектра характеристик, используя гештальтные, физиогномические, феноменологические понятия.

Итак, феноменология имеет дело только с действительно пережитым и только с наглядным. «Любые догадки должны быть подтверждены **действительным созерцанием** сущностных взаимосвязей. Пока это не произошло – нами не получен феноменологический результат». «Метод аналогий ... не может дать ничего для обоснования феноменологии... **Дедуктивная теоретизация в феноменологии исключена**» (Гуссерль).

Называя непонимание того, что такое феноменология, первой по фундаментальности ошибкой, мы, тем самым, выражаем свое понимание существа новой парадигмы в психиатрии. Феноменология в любой науке, но в психиатрии – в силу специфики ее предмета (интегрально-многоуровневого, антропологического) – безусловно, в первую очередь, является тем фундаментом, верность которого предопределяет и стойкость постройки, и угол ее отклонения, стремительно нарастающий при дальнейшем строительстве.

Как хорошо видно, все начинается и предопределяется с самых первых шагов и совершается практически незаметно.

(Продолжение следует)

ЛИТЕРАТУРА

1. Савенко Ю. С. – Проблема предмета психиатрии в Советском Союзе. НПЖ, 1992, 1–2, 5–9.
2. Савенко Ю. С. – Здоровье, болезнь и лечение как мифология. НПЖ, 1993, 3–4, 50–52.
3. Савенко Ю. С. – Социально-политическая сущность антипсихиатрии: истоки и современные тенденции. НПЖ, 1991, 1, 22–24.
4. Ясперс К. «Общая психопатология». М., 1997.
5. Савенко Ю. С. – Ответ на отклик томских коллег... НПЖ, 1996, 1, 59–61.
6. Гуссерль Э. «Идеи к чистой феноменологии». М., 1994.
7. Дункер К. В. «Психология мышления». М., 1965, 21–84.
8. Краус А. – Значение интуиции для диагностики и классификации в психиатрии. НПЖ, 1997, 1, 10–15.
9. Майерс С. «Социальная психология». СПб, 1997.
10. Ясперс К. «Феноменологическое направление исследования психопатологии». Собр. соч. по психопатологии, т.1. М.–СПб, 1996, 91–111.

МАЛОПРОГРЕДИЕНТНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ У БОЛЬНОГО С ПОЛИНАРКОМАНИЕЙ

Разбор ведет проф. А. Г. Гофман

(13 февраля 1997 г.)

Врач докладчик Н.Г. Каминская. Вашему вниманию предлагается история болезни б-ного Е., 1974 г. рожд., который поступил к нам 31.01.97 из Остроумовской больницы по направлению психиатра с диагнозом «Токсикомания, астеническое состояние».

Ранее к психиатрам никогда не обращался.

Анамнез. Родился в Москве, от первой беременности, протекавшей без осложнений. Роды нормальные. Мать больного по характеру очень спокойная, внимательная, добрая ласковая. Отец старше матери на 20 лет, экономист, обстоятельный, педантичный, очень обязательный, раздражительный, вспыльчивый, эгоистичный, всегда был занят только своими проблемами, все вымещал на сыне и жене. Оставил семью, когда больному было 6 лет. Раннее развитие больного своевременное, перенес частые простудные болезни, ветрянку, оспу, корь без осложнений. С детства отмечалась аллергия на рыбу. Посещал детский сад, который очень не любил, предпочитал одиночество, «ходил в сад с горем». Помнит себя с трехлетнего возраста, очень любил гулять по железнодорожному полотну, так как привлекал шум движущихся поездов и запах машинного масла. В шестилетнем возрасте начал читать, увлекался сказками. В школу пошел с семи лет. Сначала учеба казалась неинтересной, трудно давалось письмо. Не мог освоить эти «закорючки, крючочки». В дальнейшем учился легче. Очень любил литературу. Начал дополнительно заниматься иностранным языком, который ему легко давался. Любимым увлечением в возрасте 6–7 лет была железная дорога, в которую играл часами. Она занимала огромное пространство в его комнате, и он боялся, что гости могут раздавить его любимую игрушку. В 9–10 лет у него появляется увлечение проектами городов. Очень тщательно вырисовывал здания, конструировал их, создавал макеты, вырезал их из бумаги, клеил, давал названия своим домам и улицам. Очень раздражался, когда его пытались отвлечь. В четвертом классе познакомился с мальчиком, с которым придумывал «различные галактики», в которых они являлись основными действующими лицами – «кардиналами». Сами выпускали газету и журнал, где подробно описывали все действия в городе, издавали законы. В городе властвовала диктатура, это был «город-диктатор». Никто к этой игре, кроме их двоих, никогда не привлекался. Контакты с этим другом поддерживались и в дальнейшем, после того, как тот поступил на философский факультет МГУ. Это его един-

ственный друг. В 15-летнем возрасте впервые появились мысли о том, что он некрасивый. Стал более скрытным, замкнутым, подолгу рассматривал себя в зеркале. Казалось, что у него уродливая голова (череп у него действительно несколько вытянутый) и плохая кожа. Даже пользовался женской косметикой (применял духи, кремы, делал всевозможные маски). Это длилось до 17-летнего возраста, по его выражению «делал свое лицо». Выходил на улицу достаточно раскрашенным, окружающие даже делали ему замечания. Постепенно это состояние прошло. Окончил школу в 17 лет. Любимыми предметами были литература и иностранный язык. Хуже давались физика, химия и математика. Очень часто спрашивал учителей, зачем нужны все эти формулы, каково их значение в жизни. Не любил заниматься спортом, увлекался музыкой, больше всего американским джазом. В 14–15 лет начинает увлекаться чтением немецкой философии. В основном читал авторов, которые пытались объяснить устройство мира. Стал слушать западные станции на русском языке, мог сутками слушать эту информацию. Узнал о движении диссидентства, ходил в подпольную диссидентскую библиотеку, где читал авторов, запрещенных в России. Здесь впервые прочитал Федотова, Бердяева, Франка, Грофа об исследовании бессознательного с помощью ЛСД. После окончания школы поступил на факультет журналистики МГУ, как и мечтал. На первом курсе начал принимать наркотические вещества (говорит, что хотел быть как все). Марихуана вызывала очень неприятные состояния – казалось, что становится взрослее своих однокурсников. Это пугало, заставляло замыкаться в себе, «скручиваться в улитку». Впервые под действием марихуаны возникли мысли, что эти люди, с которыми он вместе курил, могли его преследовать. Однако эти эпизоды были отрывочны и появлялись только под действием наркотика. В дальнейшем от марихуаны перешел к вдыханию и инъекциям кокаина. Со своими однокурсниками ходил в элитарный закрытый клуб, который носит название ПТЮЧ, где они пользовались особым пропуском и проводили там ночи. Здесь впервые познакомился с экстази. Старался слушать психоделическую музыку, медитировал под нее. Употребление экстази привлекало тем, что он находился как бы в группе сверстников и в то же время ощущал одиночество, что его очень устраивало. В течение двух лет продолжал учиться в университете и принимал различные наркотические средства. Перерывы были в основном

связаны с плохой переносимостью наркотиков, они вызывали кошмары и неприятные ощущения. Последние два года перешел на кетамин. Эффект наступал через 30–60 секунд при внутривенном введении и через 4–5 минут при внутримышечном введении и длился до 3–4 часов. Причиной перехода на этот препарат явилось то, что первая же инъекция кетамина вызвала необыкновенно приятные ощущения. Это были ощущение расширения пространства, когда он сидел с закрытыми глазами, и приятные галлюцинаторные видения, но не внешние, а «внутри себя». В этот момент он «летал» и все окружающее для него было необыкновенно ярким и приобретало особую значимость в жизни. Он отмечал, что прием кетамина всегда проходил на фоне хорошего настроения, которое усиливало действие наркотика. В периоды подавленности и тревоги никогда кетамин не принимал. Летом этого года у него был перерыв в приеме препарата, а последние три месяца он колол кетамин практически ежедневно два раза в день, утром и вечером. За два дня до поступления в больницу инъекции прекратил.

Психический статус при поступлении. Ориентирован в полном объеме. Настроение несколько снижено. Жалуется на апатию, вялость, плохой сон, повышенную тревожность и раздражительность, особенно во второй половине дня, чувство неуверенности в себе. Обеспокоен будущим. В беседе легко отвлекаем, в высказываниях несколько непоследователен, очень быстро истощается, устает. В высказываниях отсутствует перспектива на будущее, неоднократно упоминает, что хочет провести свою жизнь в изоляции от людей, так как воспринимает их как раздражители. Считает себя пассивным, не могущим достичь в жизни желаемого. Сообщает, что его неоднократно посещали суицидальные мысли, от которых он старался избавиться при помощи чтения книг. В отделении охотно согласился на лечение. Понимает, что должен избавиться от наркотической зависимости. Инициатором лечения является мама и девушка, которая появилась в последний год и очень заботливо к нему относится. Сразу принял условия полной изоляции. Получал дезинтоксикационную терапию, большие дозы ноотропов в капельницах. Получал терален (30 мг в сутки), небольшие дозы антидепрессантов (20 мг в сутки) и в первые дни на ночь реланиум в небольших дозах в капельнице. На 4-й день пребывания отметил, что у него произошло «просветление в голове», исчезли вялость, апатия и появилось желание что-либо делать, чего у него давно не было. Он стал читать, попросил мать принести литературу. Но по-прежнему во второй половине дня остается раздражительностью. Она настолько сильная, что раздражает все, включая посещение родственников. В этот период ему добавили 0,5 мг феназепам, и состояние немного улучшилось. На 5-6-й день стал более общительным, однако круг общения весьма ограничен. Общается с молодым больным шизофренией, который учится в МГИМО, и молодой дефектной больной шизофренией, с психомоторным возбуждением и гипоманиакальным состоянием. Опекает ее, считает, что она тяжело больна, и ее нужно лечить. Говорит: «Она больной человек, спасти ее могу только я, но больше

мне никого не давайте». В общем он получил 10 капельниц, церебролизин внутривенно. Лечится охотно, режима не нарушает.

Обследование невропатолога. Отмечает только диспластичный череп своеобразной вытянутой формы.

Глазное дно. Патологии нет.

ЭЭГ. Диффузные изменения электрической активности иритативного характера свидетельствуют о раздражении коры передне-центральных отделов с преобладанием в правом полушарии. Выраженная дисфункция диэнцефальных образований головного мозга.

Рентгенография черепа. Несколько усилен рисунок костей свода черепа.

В первые дни поступления АД было низким, в дальнейшем на фоне терапии выравнилось. Со стороны соматики никакой патологии.

Психолог Т. Л. Готлиб. Больной обследован на 4-й день его пребывания в больнице. В начале обследования был несколько скован, напряжен, но достаточно быстро вовлекается в беседу. Охотно, открыто рассказывает о себе, ищет помощи, задания выполняет старательно. Память ослаблена, внимание неустойчиво, отмечаются колебания умственной работоспособности, истощаемость. На качество результатов отрицательно влияет как утомление, так и эмоциональное волнение, беспокойство, мешающее ему сосредоточиться. Особенности графики свидетельствуют также об эмоциональной лабильности, легкости возникновения внутренней напряженности, тревожности на фоне астенизации. Отмечаются агрессивные тенденции, в том числе аутоагрессия, мазохистические элементы. По содержанию ассоциаций в пиктограмме можно сказать, что они часто неадекватны, крайне своеобразны вплоть до вычурности, много символики, проскальзывают элементы резонерства. Так, например, на слово «дружба» больной рисует две вилки, объясняя это тем, что «вот я друга угощаю». Богатство он изображает своеобразным рисунком – «человек-книга», вместо глаз – прожектора, то есть «этот человек ходит и освещает жизнь, и это значит богатство». Есть ассоциации личностного плана, эмоционально значимые. Так, на выражение «ядовитый вопрос» рисует улитку, потому что «человек от такого вопроса скручивается». На «сомнение» рисует шприц – делать инъекцию или не стоит делать? Ассоциации указывают, с одной стороны, на измененность больного, патологичность его переживаний, а с другой – на творческий потенциал, личностное своеобразие, индивидуальность. Так, на «смелый поступок» он рисует Ван Гога, который отрезал себе ухо, а на «разлуку» – скамейку и на ней один зонт, – «люди разошлись», то есть рисунок передает эмоциональное настроение. Особенности графики указывают на наличие эпилептоидных черт: тенденцию к застреванию, чрезмерную обстоятельность, детализацию в рисунках. Возможна паранойальность, подозрительность в межличностных контактах, тревожность. Об этом говорит опора на мимику в рисунках. Возможны фобии. Например, на слово «страх» больной рисует метро и говорит: «Это лабиринты смерти. Беспеч-

ные люди, которые по ним двигаются». Потом говорит: «Человеческая масса страшна.» На слово «Я» дает ассоциацию: «я лежу и отражаюсь в зеркалах, бывает ощущение, что меня нет, а только отражение в других людях» Рисунок очень необычный. Рисует свое тело вне горизонтали. Говорит, что тело приподнято, как если бы ноги лежали горизонтально, было впечатление, что он уже умер. Потом говорит, что бывают суицидальные мысли, от которых он пытается избавиться, читая, например, Сартра («Стена»).

В мышлении черты разноплановости, тенденция к расширению объема понятий. Беспомощен в классификации предметов. Объединяет такие предметы, как часы, весы, лопата, глобус, вилка в одну группу, давая общее название «инструменты». Туда же относит ботинки, так как они помогают человеку не испытывать боль при столкновении с камнями. Проявляет легкость в актуализации латентных признаков, элементы резонерства и недостаточную критичность. Суждения достаточно поверхностны, иногда не обдуманы. Наряду с ананкастическими и эпилептоидными чертами ярко выражен шизоидный радикал.

Спустя 10 дней был проведен тест Роршаха. Выявилась чрезвычайная расплывчатость, аморфность, неструктурированность мышления. Очень низкий процент «хорошей формы» – меньше 35%. Много ответов конфабуляторных, пантомимированных, много фантастических людей. Малое количество (около 20%) обычных людей и животных. Большое количество неструктурированных аффектов, влечений, не нашедших своего объекта, то есть фантастическая, расплывчатая мозаичная картина мира, лишенная целостного гештальта. «Я», «эго» слабое, хотя интеллект достаточно высок. Он не в состоянии справиться с психической реальностью, которая слишком сильно аффецирована, заряжена и расплывчата. Это мир, с которым «Я» не может справиться, его пугает, вызывает чувство протеста, негативизм.

Беседа с больным

А. Г. Гофман: Здравствуйте, садитесь пожалуйста. Это все врачи, и все собрались для того, чтобы обсудить Ваши проблемы. Скажите, почему Вы приняли решение лечь в клинику? – *Я принял решение потому, что в жизни возникали некоторые обстоятельства, которые мешали дальнейшему такому адекватному существованию.* – Что же мешало адекватному существованию? – *Ну пристрастие к некоторым веществам.* – А как это мешало, в чем именно, денег много уходило или как-то по другому? – *Ну это тоже, конечно, денег много уходило, но в основном отсутствие контактов.* – Из-за того, что люди не разделяют Ваших позиций и не желают вводить себе наркотики? – *Да, именно это.* – Т.е. контакты прерываются из-за того, что Вы не можете найти людей, которые употребляют наркотики. – *Нет, Вы сказали не так, контакты прерываются потому, что я не способен адекватно реагировать на обычные человеческие отношения.* – Когда находите под действием наркотиков? – *Когда нахожусь под действием наркотиков.* – Но ведь были периоды, когда Вы прекращали прием наркотиков на какое-то время. Тогда Ваша реакция на окружающее

становилась обычной, нормальной? – *Тогда контакты с людьми упрощались, но вот в конечном итоге это привело опять к употреблению этих веществ.* – Что же, в основном, приводило к необходимости постоянного употребления веществ, изменяющих Ваше состояние? – *Нельзя назвать, конечно, мукой от жизни, это было бы слишком прямолинейно.* – Я так понимаю, что основной мотив – это попытка изменить свое состояние, которое Вам не нравилось? – *Да.* – А чем не нравилось? – *Состояние не нравилось какой-то обычностью, обычность очень давила на психику.* – Обычность мира или обычность Вашего восприятия этого мира? – *Обычность восприятия, и обычность, и заданность, и как бы ритмичность всего происходящего.* – Хотелось внести некое разнообразие? – *Да.* – А когда начала тяготить обычность мира? Когда это случилось, давно? – *Ну вообще я вел довольно замкнутую жизнь в школе еще.* – Нет, я не про то какой Вы вели образ жизни, а про восприятие мира, как однообразного, неинтересного, когда это произошло? – *Я думаю, что это произошло после увлечения какими-то психоактивными веществами.* – А до этого? – *До этого, мне кажется, что этого не было.* – А почему Вы тогда приобщились к употреблению психоактивных веществ? – *Это было актуально.* – Для кого? Для Вас? – *Да, в МГУ.* – Что значит, актуально? Вы повторяли то, что делают другие, в этом актуальность? – *Ну в общем-то да.* – Актуальность в том, чтобы повторять то, что делают другие? – *Ну какое-то такое, да, стадное чувство.* – И очень быстро возникло ощущение, что это как раз то, что Вам нужно? – *Нет, совсем нет.* – Нет? Тогда что же двигало необходимостью принимать? Ведь если это произошло не сразу, тогда что-то другое? – *Были перерывы и, скажем, некоторые вещества на столько меняли представление об окружающем мире, что это просто нельзя было забыть.* – Это было приятно? – *Это было, с одной стороны, ужасно, но в этом ужасе был заложен и какой-то положительный момент.* – Какие препараты больше всего меняли Ваше состояние и вызывали ужас и одновременно восторг? – *Ну, это единственный препарат – это ЛСД.* – Но ведь до этого был гашиш? – *Да, но он был 1-2-3 раза, он мне не понравился.* – Чем? – *Знаете, у меня было впечатление, то есть, я замыкался, я становился неконтактоспособным абсолютно.* – Гашиш не вызвал повышения аппетита? – *Он вызывал такие ощущения, но чисто физиологически.* – А смех вызывал? – *Смех вызывал, да.* – Если он вызывал смех, значит он вызывал и приподнятое настроение? – *Иногда.* – Почему же он был неприятен, если он вызывал приподнятое настроение? – *В нем было неприятно в основном то, что он, как правило, не вызывал смех, а смех был очень редок, когда я находился в каком-то спокойном и уравновешенном состоянии, а в основном он вызывал ужас и чувство, что ты как бы повзрослел на несколько лет.* – Что вызывало ощущение повзросления? – *Содержание мыслей и взгляд на окружающее.* – Можно сказать так, что Вы под влиянием гашиша казались себе более умным, чем окружающие? – *Да, но мне это было ужасно, я не мог с этим смириться.* – А приходили в голову какие-то особо значимые мысли во время курения гашиша? – *Приходили параноидальные мысли какие-то, то*

есть, убежать от себя. — Нет, я говорю о другом, мысли о том, что Вы человек, который способнее окружающих и поэтому Вы старше, или это не так было? — Нет, это было немножко не так. Я казался себе старше, но как бы не в интеллектуальном развитии, а в каком-то другом, но я не могу этого объяснить. — Но не физически старше? — Не физически старше, но меня тяготили разговоры, тяготил этот юмор, обстановка, мне хотелось избавиться от этого. — Они казались банальными? — Они казались более чем банальными. — Это во время интоксикации гашишной, а на следующий день какое состояние? — На следующий день состояние довольно опустошенное, но это не влекло, как правило, повторного употребления травы. — Что значит опустошенное? Это ничего не хочется делать? — Нет, это недостаток в эмоциональной системе от мира. — Т.е. мир блеклый на следующий день? — Блеклый и серый. — Потом Вы использовали и другие вещества помимо гашиша. Кокаин шел в ход? — Ну, кокаин. Да, был период кокаина. — Как вводили себе кокаин обычно? — Обычно нюхал. — А в вену? — Тоже было. — Ну и какое же ощущение в целом от приема кокаина, чем он приятен? — Он приятен тем, что как мне кажется, уничтожает в человеке какие-то страхи, человек приобретает такой бойцовский вид, ему кажется, что все в мире решаемо, и он сам может управлять какими-то процессами. — Когда Вы кокаин нюхали, было ощущение, что Вы становитесь добрым? — Да, было ощущение, что я становлюсь добрым. — Хотелось делать другим добро? — Да. — Это постоянно? — Это был постоянный рефрен такой, но когда однажды случилась передозировка, то совершенно другое, все со знаком минус, и я выбросил кокаин на улицу. — А еще чем был приятен кокаин? Вы двигались после того, как принимали кокаин? — Да. — Вы говорили? — Да, конечно, разговорчивость, какие-то темы обсуждали. — Было такое, что Вы могли часами слушать, что Вам говорят, или часами говорить и кто-то слушал? — Ну, естественно. — Почему естественно? — Потому, что это описывается во всей литературе. — Поэтому естественно? Но у Вас же могло быть по другому. — Нет это было именно так. — Сколько часов длилось это состояние под кокаином? — Часа два интенсивного и остальное время просто такое спокойствие. — А потом, на следующий день и в последующие дни, если нет кокаина? В первые двое суток? — Было такое время, что у меня кокаин был. — А когда-нибудь было, что Вы кончили делать кокаин, и пару дней его не было? — Да, конечно. — И какое состояние? — Состояние опущенности. — Ничего не хочется? — Да. — А тоска при этом возникала когда-нибудь? — Тоска? Да нет тоски не вызывало особенно. — Просто ничего не хочется? — Не хочется общаться с людьми. — А мир как воспринимается после того, как Вы перенесли кокаиновую интоксикацию? Он такой же яркий или он блеклый, серый, неинтересный? — Ну, кокаин не очень дает визуальные образы, поэтому мир просто переставал быть таким говорливым, и ты переставал принимать в нем участие, вот такое очень активное. — После кокаина были еще какие-то стимуляторы? — Стимуляторы были, фенамин в клубах. — И еще что? — Все. — Похожа фенаминовая интоксикация на кокаиновую или

все же есть отличия? — Есть отличие громадное. — А в чем? — В том что, как бы я не знаю, что конкретно, но кокаин задевает какие-то мозговые области, т.е. какие-то интеллектуальные силы пробуждает в человеке, а фенамин — это чистая физиология. — И больше ничего? — И больше ничего. — Но в конечном итоге Вы перешли к употреблению кетамина. — Да, был большой период, я от всего отказался, потому что роман с кокаином длился не долго. — Ну а кетамин зачем понадобился? Чем была плоха жизнь без всех наркотиков? — Ничем. — Тогда зачем кетамин? — Она настолько хороша, что я хотел сделать ее еще лучше. — Когда очень хорошо. так для чего еще? Или были периоды какого-то подъема, когда хотелось еще чего-то? — Да. — А Вам вообще свойственны периоды подъемов, спадов настроения или нет? — Вообще-то свойственны, я думаю. — В какое время года бывают подъемы и спады? — Зимой. — Что же зимой преобладает? — Зимой больше амплитуда этих состояний. — То спад, то подъем? — Да, то спад, то подъем. — А весной и осенью как? — А весной и осенью мысли так или иначе немножко упорядочиваются и состояние тоже. — А сколько может длиться период подъема? — Подъем в зависимости от конкретного случая. Скажем, удача на работе, удача со статьей. Это может быть эйфория, которая длится дня четыре, а провал — скажем с девушкой или чем-то еще, тоже вызывает какое-то потерянное состояние, разрушенное. — На сколько? — На три-четыре дня. — А беспричинно бывали такие подъемы или провалы? — Я не думаю, что бывают. По-моему у меня не бывали без причины. — Допустим начинается подъем. И в этот момент Вы начинаете принимать кетамин? — Да. — Чем он приятен, что он делает с Вами? — Он был приятен, но в последнее время перестал. — А когда был приятен, то чем? — Когда был приятен, то был приятен своими иллюзиями, когда закрыв глаза... можно было почувствовать какие-то сверхсвязи в обществе, то есть межмозговые линии просто были осязательными на ощупь — Что такое связи в обществе? Это Ваши связи с кем-то? — Нет, не мои связи, связи других людей — То есть, можно было зримо прощупать взаимосвязь людей? — Взаимосвязь людей — когда смотришь, например, в глаза другому человеку, и явственно ощущаешь какую-то линию, которая идет прямо из мозга в мозг, и вот какие-то пространственно лабиринтные связи были в начале — Они приятны? — Это было не то, чтобы очень приятно, но это было очень сильно, и хотелось все это зафиксировать — Значит это было приятно, а еще что давал кетамин? Когда-нибудь возникали галлюцинации? — Возникали — Какие? — Вот мягкость такая. Мягкость предметов. — Это не галлюцинации. Галлюцинации — это когда появляется предмет, которого нет. — В таком случае, наверно, нет... Нет, бывали, когда с закрытыми глазами. Например, какой-то лифт, я на нем еду, и все шатается — А еще когда-нибудь возникали галлюцинации, какие-то другие, во время употребления этих наркотиков или вне употребления, или после употребления? — Иногда от усталости возникают галлюцинации — Это что такое, галлюцинации от усталости, как они выглядят? — Они выглядят так, что неживые предметы могут двигаться — А еще? Появление

каких-то предметов бывает или нет? – *Появление нет, без всяких предметов.* – Вы рассказывали доктору о каких-то очень своеобразных галлюцинациях, когда Вы внутри себя что-то видели. Что такое видеть внутри себя? – *Это когда с закрытыми глазами, то ты видишь внутри себя какие-то построения, какую-то логическую связь* – Видеть логическую связь нельзя, ее можно графически увидеть – *Вот графически...* – Прямо как нарисовано на экране, только при закрытых глазах? – *Да, но все это сопровождалось ясным ощущением, что все это так и есть, что это на самом деле, что это не просто какие-то линии, прочерченные по линейке, а имеющие определенный смысл, причем ты как бы и есть этот смысл, ты этот смысл очень хорошо ощущаешь.* – А почему Вы сами не могли прекратить употребление кетамина, что мешало? Тем более, что в последнее время Вы уже перестали ощущать то приятное, что в начале привлекало? – *Отсутствие воли, наверное.* – Все время хотелось Кетамина? – *Нет, не хотелось, даже иногда ты шел на встречу с дельцом и возникали мысли, что если его не будет, то и слава Богу.* – А зачем шли? – *Не знаю. Какой-то ритуал или еще что-то...* – Только в порядке ритуала, или была тяга и желание ввести? – *Наверное была и тяга* – Как наверное? Это же с Вами было? – *Тяга была настолько минимальна, что можно сомневаться в том, была ли она. Я скорее подозреваю, что это были ритуальные поступки.* – Ваша жизнь еще и до наркотиков складывалась несколько необычно? Был период в Вашей жизни, когда Вы предъявляли очень большие претензии к своему внешнему виду. – *Были такие претензии.* – Почему? С чем это было связано? – *Это было связано с обычной неудовлетворенностью своей внешностью, особенно в период подросткового состояния* – А как Вы оценивали свою внешность, по тому, как на нее реагировали окружающие, или просто смотрели в зеркало? – *Смотрел в зеркало* – А окружающие как реагировали на вашу внешность? – *Окружающие мне говорили, что на первом курсе я был значительно лучше, чем на третьем* – Но ведь это началось еще в 15 лет, еще до первого курса? – *Тогда ничего не говорили. Со стороны окружающих никогда не было издевок в отношении внешности, никаких претензий* – А Вы сами себе их предъявляли? Это касалось только лица? – *Да, это касалось сначала лица, но иногда и фигуры, плечей* – Потом прошло? – *Потом прошло* – А как Вы сами считаете, в чем Вы отличаетесь от своих сверстников? В школе чем отличались? – *Не знаю, отличался ли я, потому, что я не знаю жизнь других людей. Другие люди может быть были настолько интересны, что дома творили нечто такое, о чем никогда не рассказывали другим.* – Но все-таки, какие-то отличия Вы замечали в себе и других или вы считаете, что их не было? – *Я увлекался радиостанциями, я издавал всякие газеты для себя* – А в манере общаться? – *В манере общаться все было сведено к такому аскетизму. Я общался со сверстниками не больше, чем того требовал такт или какие-то условия* – Почему? Не хотелось или вы боялись общаться? – *Нет, не то чтобы не хотелось, но я не видел в этом какого-то смысла* – Общаться в подростковом возрасте – это не смысл. Это естественное желание.

– *Это естественно, но если мы говорим про школу, то у меня был друг, с которым я компенсировал все это* – Это был один человек? – *Да, один человек* – А отношения с другими были чисто формальными? – *Да, чисто формальными* – Это было всегда? И в младших классах школы? – *Нет, в младших, наверное, этого еще не было, я еще не осознал свою личность, поэтому, наверное, в младших классах я контактировал больше.* – А когда вы попали в институт, какие были контакты с окружающими? – *Тогда контакты резко увеличились* – А как сегодня, когда Вы находитесь здесь? Как Вы себя чувствуете? Есть ли у Вас какие-то претензии к своему состоянию? – *Небольшие есть. Оборвали ритуал. Я сам оборвал ритуал и хочется взамен него получить какой-то новый ритуал, который бы все компенсировал. Сейчас я это делаю. Я готовлю работу в журнал – статью, материалы о тиранизме.* – А что значит замена того ритуала, который был, другим ритуалом? Замена употребления наркотиков чем-то другим? – *Да, ну например, статьей.* – У Вас же есть работа. А какие-то еще претензии к себе? – *Все, больше никаких* – Как Вы спите? – *Я сплю иногда со снотворными* – Без снотворных трудно? – *Без снотворного я всегда спал очень плохо, но сейчас после больницы я вошел в такой режим, что не могу позже часа...* Позже часа никогда не засыпал, все время раньше – Как аппетит сейчас? – *Аппетит хороший* – Вы здесь читаете? – *Да, читаю* – Как быстро Вы читаете? Так же как раньше? – *Быстрее, чем раньше.* – И у Вас никаких проблем с усвоением материала? – *Нет, материал усваивается даже лучше, чем раньше* – А почему Вы так старательно изучали всякую литературу, касающуюся наркотиков и их воздействия? Это из познавательных соображений или были какие-то другие? – *Это из познавательных и из тех соображений, что я, находясь, скажем, под ЛСД, испытываю какие-нибудь адские символические ощущения мироздания, когда, скажем, в плоти можно представить себе первородный грех или какие-то пространства, пустоты, когда ты знаешь, что такое смерть, как тебе кажется. Я вот искал ответа и подтверждения в Грофе.* – Это просто попытка понять, что с вами происходит во время интоксикации ЛСД? – *Да, наверное. Не понять, а даже вот свериться, как с другом.* – А психиатрию Вы изучали? – *От случая к случаю, попадались какие-то книги* – Вы читали их? Вам было интересно? – *Я их читал, но они были написаны языком не всегда доступным* – И все-таки, себе диагноз пытались ставить? – *Нет, никогда.* – Что находили в этих книжках? То, что имеет отношение к Вам? – *Мне сложно. Психиатрические книжки – это научная литература?* – Какая угодно, та, которую Вы читали – *Какой диагноз я к себе относил?* – *Да, если относили, а может быть и нет?* – *Нет, скорее нет.* – Какие-то симптомы болезненные у себя находили, описанные в этих книжках? – *Вы знаете, я все время с таким чувством относился, что не нужно искать в книгах симптомы своих заболеваний, потому что обязательно найдешь* – Поэтому Вы этого не делали? – *Поэтому я этого и не делал* – И последнее. Как сейчас перспектива? Через какое-то время Вы выписываетесь, и что дальше? – *Через какое-то время я выписываюсь и, то есть, на-*

чинается функционирование – Как оно будет проходить это функционирование? Вы будете заниматься тем, что Вам интересно, что Вы умеете. А контакты с врачами, Вы об этом думали? – Да, я хотел бы поддерживать контакт с иглоукалыванием – Почему именно с иглоукалыванием? – Например, потому, что это как бы действовало сильно – А как контакты с теми, кто употребляет наркотики? – Я думаю, что так или иначе я столкнусь с этими людьми, но будет какая-то защитная реакция, я надеюсь – Вы рассказывали доктору, что иногда под влиянием употребления какого-то из наркотиков возникали мысли, что к Вам не очень хорошо относятся окружающие? – Да – Каким наркотиком это вызывалось? – Это марихуана – И что значит, нехорошо относятся? Что хотят? – Мне казалось, что тут же, уже после третьей затяжки передо мною и другими людьми образовывался какой-то барьер, и мне казалось, что они говорили обо мне. Но на самом деле, это только казалось, так не было. – Они говорили о Вас хорошее или плохое? – Они говорили, мне казалось, плохое. – Возникла мысль, что могут вред какой-то причинить? – Нет, просто плохое отношение. – А вообще, в обычном состоянии Вы не очень склонны придавать большое значение тому, что о Вас говорят, думают? – Нет, склонен. – И часто говорят о вас плохое? – Нет, не часто. – Но говорят иногда? – Я думаю, что есть категория людей, которые любят позлословить. – Но не более того? – Да.

Вопросы из зала:

Чем был продиктован отказ от наркотиков? – Отказ от наркотиков был, в основном, продиктован тем, что я должен нормально функционировать в обществе, в котором я нахожусь. Наркотики этому мешали очень сильно. Я должен нормально реагировать, вести какие-то беседы. – А под воздействием наркотиков Вы менялись? – Менялся, становился другим человеком – Вы не хотите сейчас стать другим человеком? – Нет, я считаю, что я и так параллельно другой, но говорить об этом как бы значило то, что я не другой. Если я начну разговаривать о том, что я другой, то та, другая моя половина перестанет вообще существовать.

Что Вы вкладываете в понятие «функционировать в обществе» и почему вы должны функционировать? – Я вкладываю в понятие функционировать в обществе следующие моменты. Во-первых, общество это очень жестоко организованная среда. Комьюнити, в котором, если человек будет участвовать, если он будет принимать правила игры, то он будет адекватен. Он может воздействовать на других. Он может как-то быть собой, выразить какие-то свои мнения. А если человек перестанет функционировать, то он естественно оторвется от этого сообщества, которое и дает ему повод почувствовать себя индивидуальностью. – А почему должен? – Вот мне так кажется, что должен – Для кого? – Для себя.

Врач-докладчик: В начале, когда мы собирались представлять этого больного, мы имели ввиду провести дифференциальный. диагноз между шизоидной психопатией и вялотекущим эндогенным про-

цессом. Но постепенно, в процессе обследования больного, у меня не осталось сомнения, что это вялотекущий эндогенный процесс, который начался в подростковом возрасте. Об этом говорит и вся его ситуация в детстве, и затем – в 15-летнем возрасте очень ярко выраженные идеи дисморфофобии с явлениями, доходящими до идеального лица. После того, как немного снялась наркотическая интоксикация, в статусе выявляется резонерство, вычурность, амбивалентность. Конечно, это давний больной. Мы его выписали немного раньше, и он 2 дня назад дома пытался убежать. Вырвался у матери, убежал и сделал инъекцию препарата. Потом под действием своей девушки препарат выбросил, и больше попыток пока не было. Убедить его, что он должен постоянно наблюдаться у врача в диспансере и проходить лечение довольно сложно. Он верит только в иглотерапию. Это случай, часто встречающийся в практике, когда за маской наркомании скрывается душевнобольной человек.

А. Г. Гофман: Интерес состояния, которое было представлено, двоякий: прежде всего это многократная смена вида наркотика с демонстрацией всех особенностей, которые свойственны интоксикации тем или другим наркотиком. Поэтому с самого начала следует говорить не столько о токсикомании, сколько о наркомании, сочетающейся с употреблением некоторых психоактивных веществ. Нельзя говорить просто о полинаркомании, хотя бы потому, что кетамин официально наркотиком не является. Это средство для наркоза, но не наркотик. Очень много препаратов, которые он принимал – это чистые наркотики: и гашиш, и кокаин, и ЛСД, однако это была смена наркотизма, проходившая не по тем закономерностям, по которым она происходит у чистых наркоманов. Там очень жесткая смена видов наркотизма. Например, начинается все с употребления гашиша, потому что это принято, потому что все знают, что это наименее тяжелый из наркотиков. Некоторые даже условно считают, что это и не наркотик. А потом, в связи с тем, что действие гашиша становится менее интенсивным, или в компании гашишманов появляется человек, обладающий кокаином или героином, или другим опиатом, переходят на другой наркотик. Очень часто причина смены гашиша на морфий или героин, как это в последнее время происходит, – неудовлетворенность от того действия, которое вызывает первоначальный наркотик. Здесь смена и переход происходили по совершенно другим закономерностям. Он употреблял эти наркотики в необычном порядке. Обычно к кетамину не приходят, после того, как употребляется героин, кокаин или ЛСД. Здесь такой хаос, что вывести это в какую-то систему развития наркомании или полинаркомании очень трудно. Второй момент, очень существенный и важный – это сама картина интоксикации. Несмотря на то, что он очень своеобразный человек, вся картина интоксикации протекает так, как будто бы это абсолютно психически здоровый человек. Он не рассказал ничего такого, что нельзя было бы услышать от человека, который употребляет гашиш, ЛСД, кокаин, фенамин. Причем с такими деталями и тонкостями, которые может знать только

человек, умеющий очень внимательно и хорошо оценивать свое состояние. Скажем, он дал очень тонкое и точное описание разницы стимулятора фенамина и кокаина. Точно также по поводу всего остального. Я не стал фиксировать его внимание на всех этих вещах, но он описывает то, что описывают наркоманы, которые банальны, примитивны, просты и начали употреблять наркотики, потому, что нечем было заняться, в силу ограниченности интересов, в результате влияния окружающих. В этом смысле здесь ничего особенного и нового не появилось, за исключением единственного – это идеи отношения, которые появлялись во время курения гашиша. Это бывает редко, потому что своеобразие гашиша состоит в том, что идет повышение настроения. Он об этом и говорил. Смех – это повышение настроения. Но с другой стороны, возникали идеи отношения и мысли о недоброжелательном отношении, правда, на самых начальных этапах – В литературе есть ссылки, что когда привыкают к гашишу, возможен другой аффект, прежде чем, как говорят наркоманы, человек начинает «понимать» действие наркотика, возможно возникновение депрессивных и тревожных состояний. Видимо, в рамках тревожных состояний у него и возникали эти идеи отношения, кратковременные, которые за собой ничего не повлекли.

Теперь статус на сегодняшний день. С моей точки зрения, сегодня еще нельзя говорить о состоянии ремиссии. Для этого требуется длительное воздержание от употребления наркотиков. Статус говорит о том, что это достаточно измененный человек, который демонстрирует выраженные расстройства мышления, такую усложненность и такой набор формулировок, которые просто невозможно ни придумать, ни сделать в порядке украшения своего Я для демонстрации своей необычности или для того, чтобы подыграть аудитории, представить себя в лучшем свете.. Ответы на некоторые вопросы просто трудно понять, настолько все усложнено. Расстройства мышления очень хорошо зафиксированы и в психопатологическом исследовании, где показано все своеобразие, с опорой на латентные признаки, с неумением элементарно классифицировать предметы. А ведь это человек с высшим образованием, журналист, и ни о какой недостаточности интеллекта речи быть не может. Еще – глубоко измененная эмоциональность и мотивация поведения. Понять мотивы некоторых его поступков в жизни очень сложно, особенно это касается тех периодов его жизни, когда он не общался или мало общался. Почему у него был только один единственный друг? Трудно сказать.. Очень необычные контакты, с очень необычными играми. Два мальчика, которые фантазировали так, что фантазии эти очень часто описываются, когда речь идет о детской шизофрении. Они, конечно, не были совсем нелепыми, но очень необычны для интересов детей в этом возрасте. Общение несколько облегчилось только после того, как прошел пубертат, когда он поступил в институт. Там контакты начали расширяться.

Теперь еще одно, что не было отмечено – это его мимика. На это всегда следует обращать внимание. Как больной говорит? Он говорит так, как говорит кибернетическое устройство, стремясь точно сфор-

мулировать понятие и ответить. Мимика при этом не меняется. И эта диссоциация между тем, что он говорит, и как при этом держится, обращает на себя внимание сразу. Это необычный человек, временами с диссоциированной мимикой, потому что «верхняя» мимика и «нижняя» мимика как-то не очень согласованы. А дальше уже содержание высказываний не находит адекватного отражения в мимике.

Как же все это оценивать в целом в динамике? Я думаю, что это рано начавшийся шизофренический процесс, протекавший очень благоприятно в силу того, что аффективные расстройства, вероятно, были представлены гораздо больше, чем это кажется. Не случайно, на протяжении всех лет – то суицидальные мысли, то депрессивная самооценка, то при поступлении сюда бесперспективность будущего – все эти депрессивные проявления, вероятно, когда-то были представлены еще более развернутой формой. Всегда, когда шизофренический процесс протекает с аффективными расстройствами, пусть даже стертыми, это дает возможность человеку сохраниться. Все идеаторные расстройства, которые возникают, каким-то образом компенсируются, и нет такого глубокого дефекта, который бывает, когда течет параноидный процесс.

Какие перспективы, и что можно сделать? Он не в состоянии до конца оценить степень зависимости от наркотика, он очень осторожно и противоречиво рассказывает о мотивах употребления наркотика. Он говорит так: «Нет, тяги не было, было даже отвращение, но необходимо было сделать, по-видимому, было желание». Это очень своеобразный ответ, который ни один наркоман никогда не даст. Наркоман очень четко говорит о том, что была тяга, хотелось, трудно было, «Вы сами не переживали этого, не знаете, как это мучительно, не знаете, что такое ломка, абстиненция, и вообще, как плохо без наркотика, какой мир серый». Здесь совсем другие мотивы и невыясненность этих мотивов, непонятность их, конечно, очень омрачает прогноз. Нет ничего удивительного, что как только он был выписан, он тут же обратился к употреблению наркотиков. Ему нужно было чем-то подкрепить свое состояние, как-то видоизменить его. Что он ввел себе дома неизвестно, но это отвечает внутренней потребности, которая, к сожалению, им самим сформулирована быть не может. Я все же думаю, что в основе лежит пониженное настроение. Не только, конечно. Тут есть и своеобразное восприятие мира, но, прежде всего, пониженное настроение. И если от него избавиться, если больной будет периодически принимать такие препараты, как финлепсин, антидепрессанты и т.п., то кое-что удастся сделать. Финлепсин для того, чтобы не было грубых колебаний настроения, а антидепрессанты потому, что когда происходит становление ремиссии в отношении наркотиков, колебание настроения с его снижением, вещь закономерная. Так как он употреблял много стимуляторов и кетамин, то период становления ремиссии может затягиваться до полутора, двух-трех месяцев. Все это время необходим контроль за состоянием и дача психофармакопрепаратов в зависимости от его изменения.

Почему прогноз такой неуверенный? Потому что больной изменен личностно, и мотивы употребления

наркотиков не определены. Иногда при сочетании эндогенного заболевания (неважно циклотимии или шизофрении) с наркоманией мотивы крайне просты. Больные прямо говорят: «Принимаю наркотик, потому что тоска, а ваши препараты мне не помогают. Ни мелипрамин, ни амитриптилин. Единственное, что выравнивает состояние, это маковая соломка.» Тогда ясно, что надо делать: менять антидепрессанты, пытаться ввести современные препараты с антидепрессивным действием и т.п.. Здесь все гораздо сложнее. Однако, если будет достаточно длительный период воздержания и контакт с кем-то из психиатров, то удастся добиться достаточно длительной ремиссии.

Какой диагноз? Это малопрогрессирующая шизофрения, сочетающаяся с полинаркоманией. Писать — «шизофрения со склонностью к злоупотреблению наркотиками» не точно. Здесь есть настоящая зависимость. В начале этот был симптоматический прием, а потом это превратилось во второе заболевание.

Вопросы врачей:

Свойственно ли подобным больным, «микстам», выявление бредовых расстройств на фоне опьянения наркотиками, как это бывает у больных алкоголизмом, когда какие-то бредовые расстройства впервые выявляются в состоянии опьянения? — Нет, не свойственно. Это бывает чрезвычайно редко. Основной контингент эндогенных больных, которые употребляют наркотики, это больные с аффективными расстройствами. Они прибегают к наркотикам для того, чтобы избавиться от аффективных расстройств. Если бредовых расстройств не было раньше, то они и в интоксикации не появляются. А вообще, если представить себе аутичного больного, который ничего не высказывает в обычном состоянии, после приема хорошей дозы кокаина, когда возникает речевое растормаживание, происходит то же, что и с кататоником, получившим алкоголь. В процессе интоксикации человек начинает выдавать ту продукцию, которая вообще вам неизвестна. Но я не думаю, что это порождает идеи отношения. Это может облегчить их выявление, но я таких больных — эндогенных, где невозможно было выявить идеи отношения или бред, а в состоянии интоксикации они проявлялись, — встречал всего несколько раз. И всегда возникала мысль, что просто ранее никто хорошо не расспрашивал больного. Наркотикам не свойственно вызывать и обострять в состоянии интоксикации галлюцинаторную, бредовую и иную симптоматику. Кстати, больной, которого мы смотрели, об этом очень хорошо говорит. «Это иллюзии все». Иллюзии, также как у здоровых людей, — ничего нового нет. Единственный момент, это кратковременные идеи отношения при приеме гашиша. А ведь он перепробовал практически все, что можно достать в Москве, включая стимуляторы, которые могут сами по себе приводить к возникновению психозов, причем не только галлюцинаторных (например, вербального галлюциноза), но могут вызывать и депрессивно-параноидный синдром. Ничего ни разу не возникало, хотя он не только нюхал кокаин, но и вводил себе наркотик в вену.

В его рассказах о своих вычурных переживаниях есть что-то необычное? Это свойственно данному

наркотику? — В речевом оформлении есть, а в содержании нет. При употреблении некоторых наркотиков описываются такие вещи, которые нормальный человек не может испытать, например, «стекает время по стене». Это говорит совершенно банальный человек. Начинается такое своеобразное восприятие времени, своей связи с космосом. Во время внутривенного введения некоторых наркотиков, которые готовятся из маковой соломки, возникает очень необычное ощущение своей принадлежности космосу, связи с ним, возникают даже неразвернутые идеи внешнего воздействия с положительной окраской. Кажется, что уже не ты сам испытываешь, а некая космическая сила заставляет тебя испытывать невероятно приятные ощущения, то есть возникает то, что называют «позитивный Кандинский», конечно в ограниченном объеме. И это у совершенно банальных людей. То же самое происходит на эфедроне, на стимуляторах. Возникают некоторые расстройства, которые почти не описывались. Единственная публикация, которая мне известна на русском языке, публикация Михайлова, где описывался неразвернутый синдром Кандинского-Клерамбо, по существу малый автоматизм, никакого отношения к эндогенному заболеванию не имеющий. Таким образом, больной не рассказал ничего необычного. Другое дело, что он использует такие формулировки, которые ни один наркоман придумать не сможет. Когда они описывают свои состояния, они пользуются обычным набором речевых штампов, свойственных не очень культурному, не очень грамотному человеку, как большинство наркоманов. Но описывают они очень сложные переживания.

Я согласен, что надо назначать антидепрессанты. А антипсихотики? Ведь все-таки есть базисные расстройства и, кроме того, нужно же сделать так, чтобы он начал жить, а не функционировать. — Вопрос об этом будет решен в процессе того, как он будет жить и работать. Если он говорит, что читает сейчас даже лучше, чем раньше, не принимая наркотики, усваивает хорошо, если он сможет писать статьи — а это основное его занятие, то что мы будем снимать? Своеобразие его мышления? Нейролептиками Вы это не снимете. Единственное, чего Вы достигнете, это то, что возникнут некоторые трудности в творчестве, поскольку нужно давать ту дозу, которая будет мешать, и прекратится всякий контакт с ним. Как только он почувствует, что нейролептические препараты ему мешают, он прекратит все принимать, так что сейчас я бы по этому пути не пошел. Если вдруг возникнут более грубые идеаторные расстройства, которые будут мешать ему работать, думать и жить, тогда конечно.

Какие у него сейчас физические расстройства, в абстиненции? Их нет? Ведь у него большой стаж. — Все зависит от того, какая абстиненция. Не бывает абстиненции вообще. Если перед вами морфинист, то у него будет рвота, понос и расширенные зрачки, если Вы его не будете адекватно лечить. Если это человек, который употребляет гашиш, Вы соматически почти ничего, кроме легкой тахикардии, не найдете. Если это человек, употребляющий стимуляторы, то Вы увидите в абстиненции депрессию с

нарушениями сна. Но мучительной ломки, конечно, не будет. Поэтому, если он последнее время употреблял кетамин, то есть, средство для наркоза, которое употреблялось для того, чтобы повысить настроение и испытать что-то необычное, то единственное, что Вы можете ожидать в абстиненции, – депрессию. Есть одна общая закономерность. Абстинентный синдром – это прямая противоположность, для большинства проявлений, состоянию интоксикации. Кетамин, который повышает настроение, в абстиненции будет давать его снижение. Если бы он начал жаловаться на боль в мышцах и суставах, это значило бы, что он Вас обманул. Значит, он принимал еще и героин. По картине абстиненции можно сказать, насколько больной откровенен. У него, наверное, были некоторые вегетативные расстройства, поскольку было снижение настроения, но больше ничего и не должно быть. Можно было бы обнаружить расстройства сна, если бы мы круглосуточно регистрировали ЭЭГ. Были бы нарушены соотношения фаз сна, как это всегда бывает при наркомании.

Есть ли признаки психоорганического синдрома?

– В статусе нет ничего, что может говорить о наличии психоорганического синдрома. То, что было зафиксировано на четвертый день пребывания в больнице – это абстинентный синдром, при котором должны страдать память и внимание. Но то, что было продемонстрировано на десятый день, говорит о том, что психоорганического синдрома, в истинном смысле, нет. Теперь по поводу дизэнцефальных расстройств. Не бывает так, чтобы у наркомана не была нарушена биоэлектрическая активность мозга, и как правило, это стволовые отделы. Поэтому то, что здесь имеется некая дизэнцефальная патология, бесспорно, но никаких дизэнцефальных кризов у него не возникало. Говорить, что это органик с акцентом на дизэнцефальной патологии, не приходится. Есть данные по асимметрии с преобладанием патологии в правой гемисфере. При всех интоксикациях, начи-

ная от алкоголя и кончая всеми наркотиками, это наиболее часто встречается. Почему-то правая половина мозга функционально страдает больше при интоксикации, чем левая. Это неоднократно отмечалось в литературе. Это не проявление изначальной резидуальной органической патологии.

Показана ли больному психотерапия и какие методы? – Это всегда решается индивидуально. Диагноз вялотекущей шизофрении абсолютно не исключает психотерапию, а во многих случаях предполагает обязательно. Это только в России этим мало занимаются, а во всем мире психотерапевтическое воздействие на больного с малопрогрессирующим шизофреническим процессом считается нормальным. Вопрос в том, какой вид психотерапии выбирать. Он аутичный человек, не желающий вступить в контакт с окружающими. Значит ему нужно найти такого психотерапевта, с которым он согласится работать, и потом уже выбирать методы и способы. Конечно, это будет не гипноз, это ясно. Вопрос выбора конкретной психотерапевтической методики можно ставить только после того, как будет найден врач-психотерапевт или психолог, который сможет с ним постоянно работать. Он человек, очень нуждающийся в поддержке, и даже простая беседа с ним, попытка разъяснить ему, что хорошо и что плохо со стороны авторитетного врача – очень существенна. Одной психотерапией, конечно, обойтись нельзя. Но в его жизни могут быть периоды, когда ему очень нужна будет коррекция поведенческих особенностей с помощью психотерапевта.

Почему не гипноз? – У этой категории больных гипноз просто не эффективен, это не тот метод, которым с ними можно работать. Тут гораздо важнее вступить в контакт и разъяснить какую-то позицию в жизни, к чему стремиться, что есть идеал, то есть коррекция поведения с учетом его собственных представлений. Это невозможно сделать во время гипнотерапии.

ВНИМАНИЮ КОЛЛЕГ!

Наконец, вышла на русском языке
Главная настольная книга каждого психиатра

Карл Ясперс ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Москва, «Практика», 1997, 1054 с.

Карл Ясперс СОБРАНИЕ СОЧИНЕНИЙ ПО ПСИХОПАТОЛОГИИ в 2-х томах

М., «Академия», – СПб., «Белый кролик», 1996

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ИНФЕКЦИИ ВИЧ-1 И СПИДЕ

М. Maj, F. Starace, N. Sartorius

(Hogrefe & Huber Publisher, 1993 год, 84 стр., свыше 200 литературных ссылок)

Эта монография является 5-ым томом из серии сообщений экспертов ВОЗ по биологической психиатрии (редакторы серии Норман Сарториус и Леонид Прилипко). В 1-ом томе этой серии представлена монография Н. Haag, E. Ruther «Поздняя дискинезия»; во 2-ом – монография Р. Groff, M. I. Akther, M. Campbell, C. G. Gottfries, I. Khan, Y. Lapriere, L. Lemberger, B. Mueller-Oerlinhausen «Клиническая оценка

1. ВВЕДЕНИЕ

Инфекция, вызываемая вирусом ВИЧ-1 (вирус иммунодефицита человека, 1 тип) и последующий синдром СПИДа (синдром приобретенного иммунодефицита) недавно стали предметами повышенного интереса психиатров.

Первой причиной этого интереса является факт, что вовлечение мозга представляет биологический аспект ВИЧ-1 инфекции и заболевания СПИДом. Вирус входит в центральную нервную систему. У большинства инфицированных это происходит вскоре после (а в соответствии с некоторыми авторами, во время) системного инфицирования. Это подтверждается появлением как неспецифических (плеоцитоз, увеличение белка), так и специфических (синтез анти-ВИЧ-1 антител внутри гематоэнцефалического барьера) сдвигов в цереброспинальной жидкости у 60 % бессимптомных иммунологически интактных ВИЧ-1 серопозитивных субъектов и получением вируса из ликвора у 29 % бессимптомных серопозитивных людей. Хотя эта инфекция обычно длительный период остается клинически латентной, нейрпатологические исследования показывают, что повреждения мозга ко времени смерти от СПИДа находят в 75 % случаев.

Второй причиной интереса психиатров к СПИДу является драматическая реакция людей на диагноз СПИДа или на его подозрение, а также на сведения о прогнозе течения заболевания. Это обусловлено достаточно плохим прогнозом при СПИДе, отсутствием эффективной терапии, а также социальными, житейскими и сексуальными проблемами, связанными с инфекцией, с ограничениями, которые она накладывает на то, что дает человеку ощущение полноценной жизни: с потерей физической и финансовой независимости, к которой она ведет. Психологическое влияние ВИЧ-инфекции усиливается благодаря, как правило, молодому возрасту зараженных людей, а также их частой при-

психотропных средств при психических расстройствах»; в 3-ем – монография D. Moussaoui, G. Rasagni «Тревога: клинические, биологические и психологические аспекты»; в 4-ом – монография В. Tabakoff, P. Hoffman (редакторы) «Биологические аспекты алкоголизма».

Ниже представлены выдержки из монографии М. Maj, F. Starace, N. Sartorius, «Mental Disorders in HIV-1 Infection and AIDS».

надлежностью к традиционно стигматизированным и крайним социальным группам.

В соответствии с двумя отмеченными аспектами можно выделить две области исследований СПИДа в психиатрической литературе. Одна из них обусловлена размыванием границ между психиатрией и неврологией и имеет дело с клиническими последствиями поражения мозга ВИЧ-инфекцией. Другая область обусловлена упразднением границ между психиатрией и клинической психологией и имеет дело с клиническими проявлениями психологических влияний инфекции и заболевания.

2. ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

ВИЧ-1-ассоциированная деменция: этиологическая роль ВИЧ-1 в этом синдроме подтверждается с очевидностью. Молекулярный анализ показал достаточно высокую репродукцию и большое количество копий ДНК ВИЧ-1 в мозге пациентов, больных СПИДом; гибридизация *in situ* выявила присутствие вирусной РНК в мозге этих людей; иммуногистохимия показала антигены к ВИЧ-1; электронная микроскопия идентифицировала вирусные частицы. ВИЧ-1 был выделен из мозга и ликвора пациентов с деменцией.

Среди различных клеток, которые наиболее часто поражаются в мозге пациентов с ВИЧ-ассоциированной деменцией, наиболее часто встречаются клетки микроглии, макрофаги и образовавшиеся из макрофагов полинуклеарные гигантские клетки, которые могут содержать от 500 до 1000 копий РНК ВИЧ-1 на клетку. Некоторые исследователи выявили (с помощью иммуногистохимии, гибридизации *in situ* или электронной микроскопии) продукты ВИЧ-1 в клетках, которые они идентифицировали как нейроны, астроциты или олигодендроциты. Однако, идентификация этих клеток обычно проводи-

лась в соответствии с их формой, тогда как известно, что микроглия может имитировать другие виды клеток ЦНС, даже при использовании электронной микроскопии.

Ограниченная степень вовлечения нервных клеток предполагает то, что патогенез ВИЧ-1-ассоциированной деменции связан с непрямыми механизмами. Они могут включать: а) выброс цитокинов инфицированными клетками, б) нейротоксический эффект продуктов вирусных генов; в) нарушение нейронального тропизма олигодендроцитов и астроглиальных клеток; г) нарушение нервной передачи.

Среди цитокинов, которые могут выделяться инфицированными макрофагами, особое внимание необходимо уделить фактору некроза опухолей (ФНО) альфа (также известному как кахектин), который может вызывать демиелинизацию, аналогичную таковой при ВИЧ-1-ассоциированной деменции. Существуют неопубликованные данные, показывающие кратковременное повышение выброса ФНО альфа макрофагами после воздействия ВИЧ-1 *in vitro*.

Среди продуктов вирусных генов гликопротеин gp120 ВИЧ-1 считается антагонизирующим физиологической активности вазоактивного интестинального пептида (ВИП), который секретируется глиальными клетками и способствует росту нейронов. Gp120 в небольших концентрациях вызывает смерть мышечных гиппокампальных нейронов *in vitro*. Этот эффект предотвращается ВИП и антителами к CD4 рецепторам (с которыми gp120 и ВИП конкурентно связываются). Исходя из этого была выдвинута гипотеза, что ингибирование связывания ВИП с CD4 с помощью gp120 может быть основным патогенетическим механизмом в ВИЧ-1-ассоциированной деменции.

В отличие от gp120 другие вирусные продукты могут быть вовлечены в патогенез ВИЧ-1-ассоциированной деменции. Недавно было показано, что геном ВИЧ-1 кодирует трансактивирующий регуляторный пептид (ТАТ), основной участок которого 49–57 является нейротоксичным, так как он изменяет проницаемость клеток у мышей *in vitro* и *in vivo*.

Среди изменений в нервной передаче, которые наблюдались у пациентов с ВИЧ-1-ассоциированной деменцией, наибольшего внимания заслуживает их связь с серотонином. Сниженные уровни в ликворе как непосредственно этого медиатора, так и его метаболита 5-гидрокси-индолуксусной кислоты, были обнаружены у субъектов с ВИЧ-1-ассоциированной деменцией. Ацетилхолин и допамин также вовлекаются в патогенез ВИЧ-1-ассоциированной деменции.

Важным вопросом в патогенезе ВИЧ-1-ассоциированной деменции является следующий: есть ли нейротропные варианты ВИЧ-1. Этот вирус имеет высокий уровень мутаций, и ген, кодирующий оболочечный гликопротеин gp120, является очень переменчивым. Было показано, что вируссодержащий ликвор или изолированные участки мозга ведут себя в культуре лимфоцитов иначе, чем препараты крови. Возможное разнообразие нейротропных штаммов может объяснить тот факт, что не у всех пациентов, мозг которых инфицирован ВИЧ-1 и которые находятся в состоянии иммуносупрессии развивается дементный синдром.

Клиническая картина: начало ВИЧ-1-ассоциированной деменции обычно коварно. Ранние нарушения познавательной сферы включают забывчивость, неспособность сконцентрироваться, замедление мышления, а также сложности с выполнением определенной умственной деятельности (больной забывает назначения или нуждается в записях, по которым вспоминает обычные обязанности, теряет нить разговора или собственную мысль; необходимо дополнительное время и силы для упорядочивания мыслей и выполнения каждодневных задач). Ранние поведенческие симптомы включают апатию, снижение спонтанных и эмоциональных реакций, социальное отчуждение (пациент становится безразличным к своим личным и профессиональным обязанностям, снижается продуктивность работы и социальные взаимодействия, возникают жалобы на усталость, недомогание, потерю сексуального влечения). Более редко наблюдается депрессия, раздражительность или эмоциональная лабильность, возбуждение и психотические симптомы. Ранними двигательными симптомами являются потеря равновесия и координации, неловкость и слабость в ногах (больной становится менее аккуратным при выполнении действий руками, таких, как письмо и еда, роняет вещи, часто падает, ощущает необходимость быть более осторожным при ходьбе).

Тесты на определение умственного статуса на ранней стадии могут показывать или норму, или замедление вербальных и двигательных ответов и/или затруднения во вспоминании последовательности объектов после 5 и более минут. Неврологическое исследование может показать тремор (который лучше видно, когда пациент стоит с вытянутыми руками и разведенными пальцами), атаксию (обычно видимую только при быстрых поворотах), замедление быстрых чередующихся движений (пальцев, кистей или стоп), «лобные» знаки (хватательный рефлекс, явления орального автоматизма), дизартрию. Тесты на подвижность глазных яблок могут показать прерывание ровных движений.

В поздних стадиях заболевания обычно наблюдается значительное ухудшение познавательной функции и серьезная психомоторная заторможенность. Речь становится медленной и монотонной, с возможным развитием мутизма. Пациенты утрачивают работоспособность из-за парапареза и обычно лежат в постели индифферентные к своему заболеванию и окружению. Обычно присоединяются расстройства газовых функций. Могут также наблюдаться миоклонии и апоплексические приступы. Возникают парестезии и гиперестезии ног из-за конкурентной сенсорной нейропатии. Сознание обычно не нарушено, но возможна сонливость.

Было выявлено, что при ВИЧ-1-ассоциированной деменции сохраняются высшие корковые функции, так что создается картина «субкортикальной деменции». Это утверждение, однако, ставится под сомнение недавним сообщением о случаях с диспраксией, дисграфией, дискалькулией, легкой парафазией, и также нарушением понимания слов.

Эпидемиология: количество взрослых, пораженных ВИЧ-1-ассоциированной деменцией в Северной Америке в настоящее время соответствует цифре

16.000, а к середине 90-х годов должно было достичь 32.500.

На другие опубликованные цифры по распространенности ВИЧ-1-ассоциированной деменции большое влияние оказали критерии, использованные для диагностики. В относительно ранних исследованиях сообщалось о присутствии «СПИД-связанной деменции» у 30 из 186 субъектов (16,1 %) с ВИЧ-1 инфекцией.

Эпидемиология ВИЧ-1-ассоциированной деменции остается открытым полем для исследований. Была выдвинута гипотеза, что распространенность синдрома может быть ниже в Средней и Южной Африке, так как в этом районе могут быть распространены ранние смерти от синдрома истощения или от оппортунистических инфекции, которые не дают развиваться серьезным познавательным нарушениям.

Легкие познавательные и/или двигательные нарушения: они не настолько ограничивают пациентов, чтобы оправдывать ими диагноз деменции. Они могут происходить на любой стадии ВИЧ-1 инфекции, то есть у ВИЧ-1 серопозитивных субъектов с отсутствием физических знаков; у тех, у которых имеется персистентная генерализованная лимфаденопатия, а также у пациентов со СПИДом. В этом разделе представлены данные: а) о распространенности и характерных особенностях этих патологий на каждом этапе инфекции; б) о вовлечении индивидуальных познавательных областей; в) о методологических проблемах, возникающих в этой области исследований; д) о недавних попытках идентифицировать специфическую диагностическую категорию, называемую ВИЧ-1-ассоциированное незначительное познавательное/двигательное расстройство; е) об исследовании, касающемся нейрофизиологических патологий у ВИЧ-1 серопозитивных субъектов без синдрома деменции.

Было обнаружено присутствие познавательных/двигательных патологий у большого числа симптомных ВИЧ-1-серопозитивных пациентов, не показывающих клинической картины ВИЧ-1-ассоциированной деменции. Остается спорным, является ли распространенность таких патологий существенно повышенной у бессимптомных ВИЧ-1 серопозитивных индивидуумов в сравнении с соответствующими возрастными, половыми и образовательными группами ВИЧ-1 серонегативных людей (контроль).

Сравнимость исследовательских данных, касающихся познавательных нарушений при ВИЧ-1 инфекции затрудняется несколькими факторами: а) разнородностью процедур по получению проб от пациентов; б) возможным несовпадением групп субъектов по возрасту и образованию; в) различиями в областях, оцениваемых разными авторами и в инструментах, используемых для оценки одинаковых областей; г) возможным использованием нестандартизированных тестов; д) разным вниманием, уделяемым побочным факторам, таким, как психиатрическая симптоматика (особенно депрессия, влияние которой на нейропсихологический статус ВИЧ-1 инфицированных субъектов было неоднократно отмечено; информация о серостатусе, злоупотреблении алкоголем и наркотиками, назначении лекарств, истории о развитии в детстве, травмах; е) различными

подходами, использованными для анализа данных и при определении пределов патологии.

Делирий: был описан в рамках ВИЧ-1-ассоциированной деменции и асептического менингита, который может развиваться в условиях сероконверсии. Кроме того, его наличие у пациентов со СПИДом может быть связано с а) оппортунистическими инфекциями ЦНС (криптококковым менингитом, церебральным токсоплазмозом, цитомегаловирусным энцефалитом); б) оппортунистическими инфекциями других органов (в особенности пневмоцистной пневмонией с гипоксией); в) системными оппортунистическими инфекциями (стафилококковая бактериемия); д) оппортунистическими неоплазмами (лимфома ЦНС, саркома Капоши с вовлечением ЦНС); е) метаболическими нарушениями (расстройства водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса); ж) использованием психотропных лекарств (особенно трициклических антидепрессантов, центральная антихолинергическая направленность которых наиболее заметна у пациентов со СПИДом; з) использованием анти-ретровирусных лекарств (AZT, ацикловир, DHPG).

Клиническая картина: синдром ВИЧ-1-ассоциированного делирия обычно развивается на протяжении короткого периода времени (от нескольких часов до нескольких дней), обычно ночью. Основные клинические черты представлены нарушением ориентировки в себе и окружающих, а также снижением способности к концентрации внимания на экзогенных воздействиях. Нарушения познания часто варьируют с появлением светлых промежутков днем и ухудшением к ночи. Наблюдение больного днем могут создать впечатление о хорошем состоянии пациента, поэтому важно сконцентрировать внимание на сведениях о изменении поведения пациента по ночам. Незначительные нарушения могут иногда выражаться в ощущениях неопределенности или рассеянности, недомогания и ретроспективно сопровождаются амнезией на время нарушения.

ВИЧ-1-ассоциированный делирий, как и при многих системных инфекциях, сопровождается делириозными картинами, обычно характеризуется психомоторным возбуждением с тенденцией к испугу. Повышенная активность выражается в повторяющихся бессмысленных поступках, тогда как «профессиональный делирий» встречается реже. Может наблюдаться агрессивное поведение. Пациент обычно дезориентирован во времени, а может быть и в пространстве. Нарушено восприятие окружающих событий. В сознании доминируют фантазии и субъективные представления. Мышление часто дезорганизовано, могут наблюдаться быстротечные иллюзии, среди которых иллюзии первого порядка являются редкостью, тогда как обычной темой являются нависшие несчастья или странные явления вокруг. Память на недавние события обычно нарушена, могут наблюдаться конфабуляции.

В отношении эпидемиологии ВИЧ-1-ассоциированного делирия можно сказать, что пока не имеется достаточной информации о распространенности делирия при ВИЧ-1-инфекции. В проведенном исследовании всех ВИЧ-1-инфицированных пациентов, наблюдавшихся в психиатрической консультации в

большой американской больнице на протяжении 1989 года было выявлено, что этот синдром являлся наиболее частым у пациентов со СПИДом, у которых он диагностировался в 43 % случаев. Предшествующее повреждение мозга, а также злоупотребление алкоголем и наркотиками считаются факторами риска для развития синдрома ВИЧ-1-ассоциированного делирия.

3. ПСИХОГЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Острые стрессовые реакции: в соответствии с МКБ-10 острые стрессовые реакции являются «быстротечным расстройством значительной тяжести, которое развивается у больного в отсутствие психиатрического фона в ответ на исключительный физический или психический стресс и которое обычно проходит в пределах нескольких часов или дней». Этот термин соответствует определению «острых кризисных реакций», которое иногда используется в литературе.

В клинической картине ВИЧ-1-ассоциированных психогенных расстройств можно выделить состояние «изумления», в котором субъект чувствует себя смущенным и озадаченным, когда мысли находятся в состоянии смятения, и в котором могут случаться дереализация с деперсонализацией, что считается часто начальной реакцией на ВИЧ-1-инфекцию. Среди других эмоциональных и поведенческих реакций могут встречаться: ярость (при ситуации, когда замысел больного раскрыт; когда невозможно изменить обстоятельства; при получении нежелательного известия от сотрудников), которая может выражаться словесной или физической агрессией и быть направленной против любого объекта; отчуждение (отдаление от прежних обстоятельств жизни, потеря интереса к контактам с людьми, «попытка спрятаться под кровать»); чувство вины (поиск причины, по которой пациент может быть отвергнутым, приводит к появлению веры в то, что заболевание является наказанием за гомосексуализм или употребление наркотиков); отрицание (чувство безразличия, которое может привести к пренебрежению лечением); страх (смерти, обезображивания, потери способностей и т.д.); отчаяние. Эти реакции могут повлечь за собой появление соматических симптомов, которые могут интерпретироваться больным как свидетельство физического распада. В конце концов уведомление о ВИЧ-1-инфекции может сопровождаться суицидальными желаниями или попытками, а также действиями, которые могут повлечь за собой физическое повреждение или смерть. В отсутствие адекватного вмешательства острые стрессовые реакции могут продолжаться несколько дней.

Распространенность и частота возникновения острых стрессовых реакций у ВИЧ-1-серопозитивных субъектов никогда не оценивались систематически. Было выявлено, что эти реакции могут быть выявлены почти у 90 % субъектов, недавно информированных о ВИЧ-1-серопозитивности.

Установочные расстройства: они описаны в МКБ-10 как «состояния субъективного дистресса и

эмоционального волнения, связанные обычно с социальной деятельностью и возникающие в период адаптации к существенным изменениям в жизни или к последствиям стрессовой ситуации (включая наличие или возможность серьезной физической болезни)». В соответствии как с МКБ-10, так и с DSM-III-R диагноз установочного расстройства является низшим иерархическим уровнем по отношению к большой депрессии и генерализованному тревожному синдрому.

4. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА СМЕШАННОЙ ИЛИ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Расстройства настроения: депрессивные синдромы, не удовлетворяющие последним диагностическим критериям большой депрессии могут наблюдаться в ответ на получение информации о ВИЧ-1-инфекции или СПИДе, либо в ответ за стресс, связанный с другими инфекциями или заболеваниями. В таких случаях диагноз установочного расстройства с пониженным настроением не вызывает сомнения. С другой стороны, органический депрессивный синдром может появляться на начальных стадиях ВИЧ-1-ассоциированной деменции, либо быть результатом оппортунистических инфекций или неоплазм. Они могут сопровождаться следующими симптомами: усталость, анорексия, потеря веса, расстройства сна, потеря либидо, замедление мыслительных процессов, нарушение памяти и затруднение сосредоточения.

Были описаны несколько случаев мании и гипомании у субъектов с ВИЧ-1 инфекцией. У пациентов, у которых влияние лекарств или предшествующая история аффективных расстройств могли быть исключены, а присутствовали некоторые симптомы или знаки познавательных нарушений, можно ставить предположительный диагноз органического маниакального расстройства. В соответствии с последними исследованиями, мания у ВИЧ-1-серопозитивных субъектов может быть связана с быстротечным менингитом.

Острые психотические расстройства: галлюцинации (зрительные и слуховые) и иллюзии могут иметь место у ВИЧ-1-инфицированных субъектов на фоне клинической картины деменции или делирия. Если эти синдромы доминируют в клинической картине и имеются признаки познавательных нарушений, которые могут быть легкими или неустойчивыми, возможна постановка диагноза органического шизофреноподобного синдрома (МКБ-10), или органического бредового синдрома (DSM-III-R), особенно если возможно исключить эффект лекарств, реакцию на уведомление о ВИЧ-1-серопозитивности и личные или семейные эпизоды психоза в прошлом.

Специфическая уязвимость дофаминергических систем при СПИДе была предположена в качестве возможного патогенетического механизма, вызывающего шизофрениформные психозы у ВИЧ-1-инфицированных субъектов. Влияние ВИЧ-1 на лимбическую систему также обсуждается в связи со случаем кататонии у ВИЧ-1-серопозитивного субъекта, у которого сканирование мозга показало

ускорение скорости кровотока и метаболизма глюкозы в правой височной коре и базальных узлах.

5. СУИЦИДЫ

Проблема СПИДа оказалась тесно связанной с высоким риском суицида. Первые эпидемиологические данные были получены в 1988 году, когда исследовали все случаи суицидов, прошедшие через Главный медицинский распределитель Нью-Йорка с 1 января по 31 декабря 1985 года. Среди жителей Нью-Йорка было выявлено 668 суицидов, из которых 12 произошли с людьми с диагнозом СПИДа. Относительный риск (который выражается отношением показателя суицидов при СПИДе к таковому во всей популяции) равен 66,15. Считая, что все совершающие суицид больные СПИДом были мужчинами от 20 до 59 лет, было сделано другое сравнение с фокусированием внимания на специфической возрастной группе: по данным этой процедуры, риск был 36,30. Психиатрическая информация по 12 пациентам со СПИДом, которые совершили суицид, была получена из медицинских записей и исследований полиции. Пять субъектов посещали психиатра в пределах 5 дней перед самоубийством: двое из них были помещены в психиатрические больницы из-за депрессивного состояния, двое уже предпринимали попытки суицида после того, как узнали диагноз.

6. ПСИХОПАТОЛОГИЯ, СВЯЗАННАЯ С ПОДОЗРЕНИЕМ СПИДА У ЛЮДЕЙ, НЕ ЗАРАЖЕННЫХ ВИЧ-1

Ипохондрические синдромы: несколькими авторами был описан ипохондрический синдром, характеризующийся стойкой уверенностью в наличии ВИЧ-1-инфекции, несмотря на негативные серологические тесты и клинические исследования. Было отмечено что субъектов с этим синдромом следует отличать от тех, кто тревожится в результате информации о СПИДе в средствах массовой информации и требует проведения серологического исследования, и которые требуют длительных заверений в правильности негативного результата и оценки клинических данных. Клинические черты ипохондрии включают тревогу, возможны панические атаки (запускаемые информацией о СПИДе в средствах массовой информации или обсуждением этой проблемы), базирующиеся на тревоге физические симптомы (слабости, потливость, покраснения кожи, боли в мышцах, диарея), которые ошибочно интерпретируются человеком как проявления СПИДа; обсессивные мысли (попытка вспомнить возможные моменты заражения, боязнь заразить любимого человека, мысли о загрязненности или инфекционности жидкостей тела); компульсивное поведение (ощупывание некоторых частей тела, попытки найти признаки саркомы Калоши, отмывание потенциальных источников загрязнения); депрессия с возможным суицидальным поведением и/или отравлением. У таких индивидуумов выявляется высокая частота посещений медицинских учреждений.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ РЕМАРКИ

Имеются два существенных ограничения для распространения доступной информации о ВИЧ-1-ассоциированных психических расстройствах: то, что они не всегда возникают у лиц с ВИЧ-1 инфекцией; и то, что эта информация в основном базируется на секционных исследованиях, оставляя в стороне историю разнообразных психопатологических состояний. Можно сказать, что несмотря на обилие доступной описательной литературы, ВИЧ-ассоциированные психические расстройства до сих пор остаются недостаточно изученными. Такого же рода замечание применимо и к исследованиям ВИЧ-1-ассоциированных познавательных нарушений, которые встречаются у высоко образованных, в основном белых гомо- или бисексуальных мужчин в Западной Европе и Северной Америке. Недавние данные показывают, что исследования, проводимые на высокообразованных людях могут быть несостоятельны. Действительно, распространенность познавательных нарушений у бессимптомных серопозитивных людей с низким образованием составляла 38,1 %, у серонегативных людей с низким образованием этот показатель составил 16,8 %, в сравнении с соответствующими показателями 15,8 % и 15,9 % в отношении высокообразованных людей. Эти данные интерпретировались как следствие «церебрального резерва», в соответствии с которым познавательный дефект, связанный с приобретенным повреждением мозга, может показывать себя раньше и/или симптомы могут нарастать быстрее у людей, у которых нейрональные сети в мозге нарушены благодаря органическим факторам (травмам), вызывающим потерю функционирующей мозговой ткани, либо благодаря психосоциальным факторам (например, недостаток социальной или образовательной стимуляции), ограничивающим развитие синаптических связей между нейронами.

Не менее важную роль играет недостаток длительных исследований. Недавние исследования показали, что ВИЧ-ассоциированная познавательная дисфункция может оставаться стабильной на протяжении многих лет, а в некоторых случаях может даже наступить улучшение, что поднимает вопрос о возможной роли психопатологических факторов (в особенности депрессии и тревоги), вызываемых повреждением мозга в ходе инфекции. До сих пор неясно, являются ли нейропсихологические нарушения в ранних стадиях ВИЧ-инфекции точным предшественником последующего синдрома деменции.

Таким образом, дальнейшие исследования должны прояснить следующие вопросы: а) распространенность ВИЧ-1-ассоциированных психических расстройств у субъектов с отражением эпидемиологии ВИЧ-инфекции в различных географических областях, как в развитых, так и в развивающихся странах; б) возможные вариации этой распространенности в зависимости от пола, возраста, уровня образования, группы риска, истории болезни, социально-экономической базы; в) связь ВИЧ-1-ассоциированных психических расстройств с иммунологическими, медицинскими и неврологическими аспектами инфекции, г) ценность легких познава-

тельных расстройств, происходящих на ранних стадиях инфекции в плане предсказания дальнейшего развития синдрома деменции.

Эти задачи частично удовлетворяются нейропсихологическим исследованием СПИДа экспертами ВОЗ. Проводятся исследования в 6 центрах (Африка, Северная Америка, Южная Америка, Азия, Европа), представляющих четыре эпидемиологические стороны ВИЧ-1-инфекции (Глобальная программа по СПИДу, ВОЗ, 1990), которое оценивает пациен-

тов с учетом социально-демографических характеристик популяции ВИЧ-инфицированных в соответствующих географических областях.

Материал подготовили
д.м.н. Е. Н. Прокудина-Канторович
(Институт вирусологии им. Д. И. Ивановского
РАМН,
К. В. Прокудин
(Рос. гос. мед. университет)

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ, ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, СОПРОВОЖДАЮЩИЕ ИНФИЦИРОВАНИЕ ВИРУСОМ БОЛЕЗНИ БОРНА

(Обзор)

Рассматривая проблему роли вирусных инфекций в возникновении психических расстройств, ее, по-видимому, можно подразделить на несколько аспектов. 1) Нейровирусные инфекции, приводящие к поражению ЦНС с симптомами не только неврологических, но и определенных психических расстройств. 2) Вирусные инфекции, вызывающие существенные поражения внутренних органов и систем и сопровождающиеся нарушением нервной системы и психики. 3) Вирусы как возможные индукторы «классических» психических заболеваний.

Сведений о психических нарушениях, сопровождающих многие инфекции, вызываемые нейровирусами и прионами (2,3), достаточно много и они, как правило, составляют специальную главу многих учебников по психиатрии. Информация о соматических и системных заболеваниях, вызываемых вирусами и сопровождающихся психическими нарушениями также достаточно хорошо представлена в научной литературе и недавно пополнилась прекрасной монографией о психических расстройствах при СПИДе (23).

В отличие от указанных аспектов, данных по проблеме, рассматривающей вирусы, как индукторы психических заболеваний крайне мало, хотя гипотеза вирусной природы заболеваний мозга и, в особенности психических заболеваний, давно привлекает внимание клиницистов, морфологов и вирусологов. Соображения в пользу этой гипотезы представлены в обзоре Ойфа (5), в котором отмечаются данные не только зарубежных авторов, но и отечественных психиатров (4) и вирусологов (1,2). Можно, однако, с уверенностью сказать, что до последнего времени неопровержимых доказательств в пользу вирусной этиологии таких классических психических заболеваний как шизофрения и маниакально-депрессивный психоз (мдп) получено не было. Вот почему недавно представленные сведения о том, что среди людей, больных шизофренией и мдп обнаружен высокий процент людей, имеющих признаки заражения вирусом болезни Борна (ВББ) индуцировали большой интерес к этому вирусу.

Ниже приводятся сведения об особенностях вируса Болезни Борна, а также о психо-неврологических и морфологических изменениях у человека и животных, сопровождающих эту инфекцию.

ОСОБЕННОСТИ ВИРУСА БОЛЕЗНИ БОРНА

Вирус болезни Борна (ВББ) настолько своеобразен по своему строению и способу размножения, что его трудно отнести к какому-либо из известных семейств вирусов и в результате дальнейших исследований он станет, по-видимому, вирусом-прототипом нового, пока еще неизвестного семейства.

ВББ принадлежит к РНК-содержащим вирусам, то есть таким, генетический материал которых представлен рибонуклеиновой кислотой - РНК. РНК-содержащие вирусы подразделяются на несколько десятков семейств. Часть из этих семейств сгруппирована в отряд Mononegavirales, к которому принадлежат такие известные возбудители заболеваний человека, как вирус бешенства, вирус кори, вирус тропической лихорадки Эбола и к которому можно также отнести и вирус болезни Борна. Сходство ВББ с вирусами бешенства, кори и другими, им подобными, состоит в том, что у ВББ, как и у этих вирусов, генетический материал представлен одной очень длинной молекулой-нитью РНК (а не несколькими молекулами РНК, как, например, у вируса гриппа). Кроме того, сходство определяется тем, что ВББ обладает вирусным ферментом, снимающим с вирусной РНК копии-отпечатки, называемые информационными РНК (иРНК), и используемые в качестве матриц для последующей продукции вирусных белков. На этом, однако, сходство ВББ с отмеченными другими представителями Mononegavirales кончается и начинаются различия, которые достаточно велики (7,14,15,20,29).

Наиболее существенное отличие ВББ от других Mononegavirales состоит в том, что процесс снятия копий с РНК этого вируса, называемый образованием информационной РНК (иРНК) происходит в клеточном ядре, а не в цитоплазме как это имеет ме-

сто у других вирусов этого отряда. Отличие это очень важное. Дело в том, что только в ядре клетки (но не в цитоплазме) может осуществляться вырезание некоторых участков нити РНК и сшивание «конец в конец оставшихся частей». В результате в ядре клетки, зараженной вирусом болезни Борна такие преобразования претерпевают не только клеточные но и вирусные РНК.

В отличие от ВББ, у других Mononegavirales (у вирусов кори, бешенства и прочих из этого отряда), синтез и РНК происходит в цитоплазме клетки, где нет механизма для осуществления вырезания-сшивания, поэтому их иРНК остаются в первозданном виде. По сравнению с другими представителями Mononegavirales наличие механизмов вырезания и последующего сшивания участков иРНК у ВББ в клеточном ядре позволяет этому вирусу быть более экономным и мобильным в реализации своего генетического материала и с одного и того же участка вирусной РНК обеспечивать информацию для нескольких различных белков.

БОЛЕЗНЬ БОРНА У ЕСТЕСТВЕННО- И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖИВОТНЫХ

В естественных условиях заражение ВББ происходит через верхние дыхательные пути. Попав в организм животного, вирус распространяется по нейронам. В результате заражения могут быть по крайней мере два клинических варианта (22,25). Либо инфекция может развиваться в хроническом латентном варианте без заметной симптоматики на протяжении всей жизни животного, вызывая, однако совместимые с жизнью неврологические и, что особенно интересно-поведенческие расстройства. Либо инфекция может протекать остро и индуцировать заболевание с комплексом выраженных симптомов со стороны ЦНС.

При хронической латентной инфекции у животных, при отсутствии выраженных клинических проявлений происходит интенсивная продукция антител к ВББ, свидетельствующая о размножении вируса. У крыс имеется определенная зависимость клинических проявлений от возраста животного, при котором сделано инфицирование (19). Так при заражении очень молодых крыс (1–2 дневного возраста) у них устанавливалась хроническая инфекция без клинических проявлений. Зараженные крысы на протяжении всей жизни продолжали быть внешне здоровыми, несмотря на то, что количество вируса в мозге у них нарастало. Однако у таких крыс наблюдалось заметное снижение способностей при их обучении и в экспериментах по запоминанию, что представляется достаточно интересным. Хроническая инфекция может быть также вызвана и у взрослых особей, например у низших приматов «тупайя». Любопытно, что у этих животных латентная инфекция сопровождалась существенными расстройствами в поведенческой, «социальной» и сексуальной сферах (31).

В отличие от хронической формы инфекции при острой форме заболевания наблюдается ряд своеобразных симптомов. Эти симптомы в порядке снижения частоты встречаемости следующие: нарушение

чувствительности, гипокинез, нарушение позы, потеря аппетита, повышение температуры, гиперестезия, психо-моторное возбуждение, колики в животе, слюнотечение, дрожание нижней челюсти, нарушение мочеотделения, зевота, бледность, гиперрефлексия, нистагм глазных яблок (22). В естественных условиях заболевание с выраженными клиническими проявлениями имеет место, в частности, у лошадей и овец. Животные с ВББ-подобными расстройствами в фермерских хозяйствах, непременно элиминируются. Эффективность вакцинации на фермах лошадей и овец вирусом, приготовленным из суспензии мозговой ткани кроликов, – не эффективна. Не эффективен также и карантинный принцип, так как трудно определить инкубационный период данного заболевания. Природное заболевание, вызываемое ВББ возникает в основном спорадически и, скорее всего является саморегулирующимся (22). Предполагается, что первично заражаются фермерские овцы, которые передают вирус лошадям. К ВББ в экспериментальных условиях высоко чувствительными являются кролики, крысы, мыши, низшие приматы-тупайя, морские свинки, птицы, макаки резус. У взрослых крыс, интрацеребрально или интраперитонеально зараженных между 1 и 3 месяцами после рождения кроме вышеуказанных симптомов, развивалось ожирение с накоплением большого количества «коричневого» жира в брюшной полости и в средостении (21). Ограничение кормления, а также хирургическое нарушение нейрональных связей в гипоталамусе приводит к заметному уменьшению ожирения. Авторы рекомендуют использовать эту модель при изучении проблемы ожирения у людей и поиске путей борьбы с этим недугом (22).

Информативные результаты были получены в экспериментах, выполненных на приматах макаках-резус (32). После инкубационного периода сроком 2–3 месяца у зараженных обезьян появлялись поведенческие расстройства. Сначала нарушались взаимоотношения друг с другом, затем появлялась агрессивность к людям. Далее – отказ от еды и питья. Через неделю обезьяны становились апатичными, возникал паралич передних конечностей. Перед смертью животные демонстрировали все клинические неврологические признаки ВББ-энцефалита. Посмертные исследования обнаруживали наличие вирусных белков и периваскулярных муфт вокруг сосудов лимбической системы мозга. (26,27,28).

В последнее время накоплены сведения о деструктивных изменениях в нервной ткани животных, инфицированных ВББ. Предполагается, что ВББ имеет выраженное сродство к нервной ткани и если вирусу удастся добраться до нее, то он непременно распространится по центральной и периферической нервной системе, включая вегетативную. В природных условиях входными воротами вируса, как было отмечено выше, предположительно являются верхние дыхательные пути (22). С гистологической точки зрения ВББ инфекция выражается в негнойном энцефаломиелите с воспалительными повреждениями в сером веществе мозга. Основными патогистологическими признаками у различных видов животных является усиленное размножение ВББ в лимбической системе мозга в сочетании с астроци-

тозом и дегенерацией нейронов в пределах структур гиппокампа (13,28,30). Склероз гиппокампа является исключительно характерной чертой инфекции ВББ. Иммуногистохимически в мозговой ткани выявляются белки ВББ. Они могут обнаруживаться как в ядре, так и в цитоплазме нейронов. Характерно также вовлечение сетчатки глаза (22), где нервные клетки оказываются поврежденными специфическими инфильтратами. Очевидно агент ВББ имеет выраженное сродство к клеткам сетчатки. Предполагается, что ВББ имеет также сродство к определенным местам нейротрансмиттерных рецепторов и обладает способностью к связыванию вирусного белка с постсинаптической мембраной, что может серьезно нарушать синаптические функции. В двух областях мозга: гиппокампе и сетчатке ВББ может вызывать разрушение нейронов не только при острой, но и при хронической инфекции (22).

Обобщенные сведения, полученные о болезни Борна у животных, позволяют предполагать, что в основе патогенеза этого заболевания лежат по крайней мере два механизма: иммунопатологический конфликт (24) и деструкция определенных участков мозговой ткани (лимбическая система, гиппокамп), вызванная непосредственно размножающимся вирусом (13).

ВЫЯВЛЕНИЕ ВИРУСА БОЛЕЗНИ БОРНА У ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

В связи с тем, что у животных, — инфицированных ВББ, имеются выраженные расстройства поведения (8,17,24), возникла гипотеза о возможной этиопатогенетической роли этого агента в некоторых психических и неврологических заболеваниях человека. Ряд целенаправленных исследований привели к результатам, в определенной мере подтверждающим эту гипотезу. В частности, был проведен анализ антител к ВББ в сыворотке крови и цереброспинальном ликворе пациентов с психическими расстройствами. (Как известно, наличие антител к вирусу свидетельствует о размножении этого вируса в организме человека). Показано, что при исследовании 5000 больных нейропсихическими заболеваниями из Германии, США и Японии, анти ВББ антитела были выявлены в 4–7%. Количество антител, как правило, было больше в сыворотке крови по сравнению с ликвором (26,27,28). У пациентов, у которых обнаруживались анти-ВББ антитела, выявлялись разнообразные умственные и поведенческие расстройства с преобладанием диагнозов — шизофрении, аффективных психозов, в частности — мдп, и некоторых расстройств личности (9). Какие именно факторы индуцируют клиническую манифестацию заболевания остается пока неизвестным.

Специальные исследования были посвящены попыткам выделить вирус болезни Борна из цереброспинального ликвора пациентов, страдающих психическими расстройствами и имеющих анти-ВББ антитела. При интрацеребральном заражении цереброспинальным ликвором от этих пациентов кроликов зараженные животные продуцировали анти-ВББ антитела, однако в процессе серии пассажей ви-

русные белки утрачивались. Эти данные свидетельствуют о том, что у человека, как правило, происходит «абортивная» инфекция ВББ, приводящая к формированию лишь неполного вируса. В некоторых случаях, однако происходит и полноценное размножение ВББ. Так, относительно недавние исследования, выполненные Боде с соавт. (11) впервые успешно завершились выделением вируса болезни Борна из лейкоцитов крови, взятой от четырех пациентов, страдающих психическими расстройствами. Двое из этих пациентов страдали маниакально-депрессивным психозом, а двое других, как указано в цитируемой здесь статье, страдали хроническими психическими расстройствами (возможно шизофренией), характеризующимися (у одного) повторяющимися приступами «большой депрессии». От всех четырех пациентов, был выделен вирус болезни Борна. Проведенное авторами сравнение штаммов ВББ от человека с соответствующими штаммами от животных позволило выявить их близость как по генетическим, так и по биологическим признакам. Таким образом, в отмеченной работе (11) впервые получен ВББ из крови (лейкоцитов) человека в виде полноценных вирусных частиц. Боде считает (11), что при определенных условиях возможна активация латентной ВББ-инфекции и переход ее в продуктивную форму с размножением инфекционного вируса и возникновением психических заболеваний (22, 26,27 и 28).

Ряд исследований свидетельствует о том, что при заражении животных ВББ происходит выраженный склероз гиппокампа (13,18,28), предположительно являющегося областью мозга, ответственной за память, поведение и эмоции (12,33). Указанные данные, подкрепленные сведениями о поведенческих расстройствах у животных и о выявлении анти-ВББ антител и вируса ВББ в крови психически больных людей (10) явились основанием для попытки установления взаимосвязи между склерозом гиппокампа у людей, наличием у них психических расстройств и наличием вируса ВББ. Очередным подтверждением такой взаимосвязи явилась сенсационная работа Де ля Торре с соавт., опубликованная в 1996 (16). В данной работе проанализирован аутопсийный материал мозга пациентов с прижизненными психическими нарушениями, депрессией и потерей памяти. Эти больные не имели признаков болезни Альцгеймера, Пика и Крейцфельд-Якоба. Работа выполнена в крупном психиатрическом госпитале США. При анализе шестисот аутопсийных образцов мозга в пяти из них был обнаружен склероз гиппокампа — морфологический симптом, характерный для ряда психических заболеваний, в частности для шизофрении и маниакально-депрессивных психозов (33). Эти пять образцов и явились в дальнейшем материалом для поиска белков и генетического материала (РНК) ВББ. Оказалось, что в четырех из пяти обследованных образцов мозга со склерозом гиппокампа, была обнаружен белок ВББ. Далее авторы исследовали, в какой мере коррелирует выявление белка ВББ в образцах мозга с наличием в них вирусной РНК. В качестве контролей исследовались материалы мозга от прижизненно здоровых людей, а также от больных болезнью Альцгеймера.

Результаты оказались действительно сенсационными. Во всех четырех препаратах мозга, в которых ранее был обнаружен белок ВББ, выявляется также и РНК этого вируса. Вирусная РНК не была обнаружена в образце, в котором не выявлен белок ВББ, а также ни в одном образце мозга от прижизненно здоровых людей или от больных болезнью Альцгеймера. Таким образом, в работе Де ла Торре с соавт. (16) впервые продемонстрировано, что ВББ может размножаться в ткани мозга человека и вызывать в ней деструктивные изменения. Эти ВББ-индуцированные изменения в мозгу могут иметь отношение к возникновению у человека психических расстройств.

Резюмируя приведенные в данном обзоре сведения можно сказать, что вирус болезни Борна (ВББ), является необычным вирусом как по своей структуре, так и по вызываемым им клиническим проявлениям. Интерес к этому вирусу безусловно оправдан. Это прежде всего связано с тем, что обнаружение специфических анти ВББ антител в сыворотках крови, инфекционного вируса в лейкоцитах крови, и

вирусной РНК в мозгу людей с психическими заболеваниями может иметь существенное значение в установлении этиопатогенеза этих заболеваний. Можно, по-видимому, предполагать, что в перспективе ВББ может оказаться реальным претендентом на роль одного из этиопатогенетических агентов, определяющих возникновение поведенческих нарушений у животных и психических расстройств у человека. К сожалению, все исследования по проблеме взаимосвязи вируса болезни Борна с психическими заболеваниями выполнены только в нескольких странах (в США и в Западной Европе) и сведений, касающихся Российской Федерации пока нет. Мы надеемся, что предполагаемое международное сотрудничество по данной проблеме в ближайшее время восполнит этот пробел.

д.м.н. **Е. Н. Прокудина-Канторович,**
проф. **Н. В. Каверин**

*Институт вирусологии им. Д. И. Ивановского
РАМН, Москва*

ЛИТЕРАТУРА

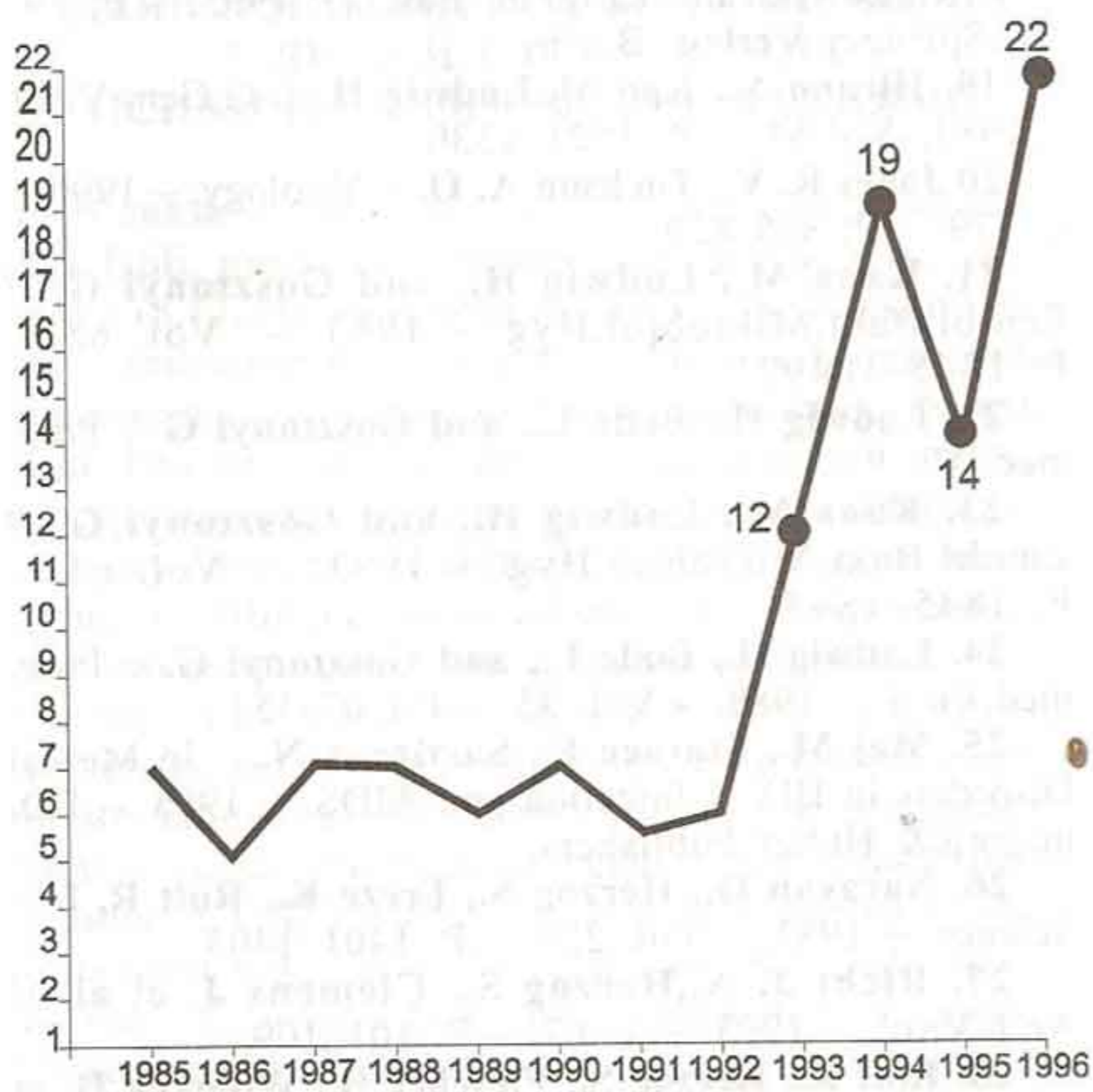
1. **Жданов В.М.** //Клин.мед.-1987.-Т.65.-N 11.- С. 46-57.
2. **Зуев В.А.** // Медленные инфекции человека и животных. - М.1985.- 251 с.
3. **Максутова Э.Л.** // Психические расстройства в клинике острых нейроинфекций. Закономерности течения, терапия, профилактика. Автореферат докт. диссертации.- М.1988.-35 с.
4. **Морозов М.А.** // Ж.невропатол.и психиатр.-1954.- Т.54-В.9.- С. 735-740
5. **Ойфа А.И.** // Социальная и клиническая психиатрия-1994.- N4 - С. 146-155.
6. **Anzil A. P., Blinzinger K., Mayr A.** // Arch.ges.Virusforsch. - 1973. - Vol. 40.- P. 52-57
7. **Banerjee A. K.** //Microbiol. Rev. - 1987, - Vol.51.- P. 66-87
8. **Bautista J. R., Schwartz G. J., de la Torre J. C. et al.** // Brain Res.Bull. - 1994. - Vol.34. - P. 31-36
9. **Bechter K., Herzog S.** // Psychoimmunologie.- 1990. - P. 133-141.
10. **Bode L.** // In «Borna Disease» (H.Koprowski and I.Lipkin, Eds.). - 1995. - P.103-130, Springer-Verlag, Berlin.
11. **Bode L., Durrwald R., Rantam F. A. et al.** // In «Abstracts' of X th Intern. Congress of Virology, Israel, 1996, - P. 52.
12. **Buzsaki G.** // Prog. brain res. - 1990. - Vol.83.- P.257-268.
13. **Carbone K.M., Park S.W., Rubin S.A., Waltrip R.W., Vogelsang G.B.** // J.Virol. - 1991. - Vol.65.- P.6154-6164.
14. **Collins P. L.** // The Paramyxoviruses. - New York-London,1991. - P.103-162
15. **De la Torre J.C.** // J.Virol. - 1994. - Vol.51.- P.66-87
16. **De la Torre J. C, D. Gonzalez-Dunia, B. Cubit et al.** // Virology-1996 - Vol.223. - P. 272-292
17. **Dittirich W., Bode L., Ludwig H., Kao M., Scheider K. I.** // Biol.Psychiatry. - 1989. - Vol.20. - P. 818-828.
18. **Gostonji G. and Ludwig H.** // In «Borna Disease» (H.Koprowski and I.Lipkin, Eds.). - 1995. - P. 39-73, Springer-Verlag, Berlin.
19. **Hirano N., Kao M., Ludwig H.** // G.Gen>Virol. - 1983.-Vol.64. - P. 1521-1530
20. **Jones R. V., Tuckson A. O.** // Virology. - 1990. - v. 179. - P. 815-820
21. **Kao M., Ludwig H., and Gosztonyi G.** // Zentbl.Bakt.Mikrobiol.Hyg. - 1983. - Vol. 65. - P. 1845-18497
22. **Ludwig H., Bode L., and Gosztonyi G** // Prog. med. Vi-
23. **Kao M., Ludwig H., and Gosztonyi G.** // Zentbl.Bakt.Mikrobiol.Hyg. - 1983. - Vol. 65. - P. 1845-1847
24. **Ludwig H., Bode L., and Gosztonyi G.** // Prog. med.Virol. - 1988. - Vol. 35. - P.1 07-151
25. **Maj M., Starace F., Sartirous N.** // In Mental Disorders in HIV-1 Infection and AIDS. - 1995. - ED. hogrefe& Huber Publishers.
26. **Narayan O., Herzog S., Freze K., Rott R. I.** // Science. - 1983. - Vol. 220. - P. 1401-1403
27. **Richt J. A., Herzog S., Clemens J. et al.** // Arch.Virol. - 1993. - Vol.7. - P. 101-109
28. **Rott R., Herzog S., Fiescher B., Winokur H. et al.** // Science. - 1985. - Vol. 228. - P. 755-756
29. **Rott R., Herzog S., Bechter K., Freese K.** // Arch. Virol. - 1991. - Vol. 118. - P. 143-149
30. **Rott R. and Becht H.** // In «Borna Disease» (H. Koprowski and I. Lipkin, Eds.). - 1995. - P. 17-30, Springer-Verlag, Berlin.
31. **Schneemann A., Scheider P. A., Lamb R. A., Lipkin W. I.** // Virology. - 1995. - Vol. 210. - P. 1-8.
32. **Seifried, O., Spatz H.** // Z. Neurol. Psychiat. - 1930. - Vol.124., P. 317-482
33. **Sprankel H., Richarz K., Ludwig H., Rott R.** // Med.Microbiol.Immunol. - 1978. - Vol. 165. - P. 1-18
34. **Stitz L., Krey H.F. and Ludwig H.** // J.Med. Virol. - 1980. - Vol. 6. - P. 333-340.
35. **Yolken R. H., and Torrey, E. F.** // Clin. Microbiol.Rev. - 1995. - Vol. 8. - P. 131-145

К ТИПОЛОГИИ ЖЕН СОВЕРШИВШИХ ТЯЖКИЕ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ

Калюжная Н. Б., Маршилова Е. В., Рогозина Л. А., Ювенский И. В. (Кострома), Шумский Н. Г. (Москва)

По данным отделения СПЭ Костромской областной психиатрической больницы отмечен рост числа женщин, совершивших тяжкие противоправные деяния (чаще убийство, реже нанесение тяжких телесных повреждений, повлекших смерть или опасные для жизни последствия). Если за предшествующие 8 лет (1935–1992) число лиц с подобными правонарушениями составляло 46 человек (5–7 в год), то за последние 4 года (1993–1996) цифра таких правонарушений достигла 60 (см. график).

Умышленные убийства и умышленные тяжкие телесные повреждения, совершенные женщинами Костромской области за 1985–1996 гг.



Клинический анализ анамнестических сведений и психического состояния обследуемых на момент СПЭ, данные экспериментально-психологического исследования, а также условия, при которых были совершены противоправные деяния, выявили неоднородность обследованного контингента женщин, позволили выделить среди них несколько «подгрупп». В настоящем сообщении приводятся клинико-психологические сведения о 20 обследованных, совершивших тяжкие противоправные действия против своих мужей или лиц, состоящих с ними в гражданском браке. Все обследуемые поступили на СПЭ по постановлению следователя или определению суда, почти все они проходили амбулаторную комплексную психолого-психиатрическую экспертизу.

Анализ клинических данных

Генеологический фон: в семьях 4 обследуемых выявлены алкоголизм и в единичных случаях психопатический склад личности у отцов. Образование и профессия: 19 обследуемых окончили 8–10 классов, часть из них в последующем окончили ПТУ и реже техникумы. В дальнейшем они работали продавцами, поварами, официантами, в качестве младшего медицинского персонала, разнорабочими. Стремление повысить свой профессиональный уровень у них отсутствовало. Лишь одна обследуемая имела высшее образование и в последующем успешно продвигалась по службе.

Преморбидная личность: большинство обследуемых отличались сходными чертами характера. Это были тихие, нередко робкие и тревожные, чаще всего терпеливые, склонные к уступкам женщины. О своих бытовых и особенно личных проблемах говорить с окружающими они избегали. Так, они не участвовали в разговорах сотрудниц по работе, касающихся семейных, супружеских, в том числе интимных, отношений, нередко ведущихся в среде малообразованных женщин. Жизненные неприятности они обычно переносили в себе. Их можно было назвать малообщительными, в части случаев просто замкнутыми. Среди них обычно встречались серьезные, плохо понимающие шутки, обидчивые но злопамятные люди. Их круг интересов ограничивался, главным образом, работой и семьей. Танцы, дискотеки, вечеринки и другие развлечения мало их интересовали. В своей профессиональной деятельности обследуемые отличались аккуратностью, нередко отчетливым педантизмом, исполнительностью, повышенным чувством долга, надежностью, безотказностью.

Ни них всегда можно было положиться. Места работы они меняли неохотно, в основном, по независящим от них обстоятельствам. В профессиональной жизни они являлись добросовестными исполнителями. До вступления в супружеские отношения большинство из них не имело половой близости. Как при однократном, так и при повторном браке мужа обычно не являлись для них значимыми сексуальными партнерами. Во всяком случае, эта сторона супружеской жизни отступала у них на второй план. Обычно муж расценивался ими в первую очередь как необходимая составляющая «нормальной семьи». В быту они были также добросовестными, бережливыми хозяйками, в обустройстве семьи полагались в основном на свои силы, во всем любили порядок, каждая вещь у них имела свое место. Если порядок

нарушался, высказывали недовольство. К своим детям относились внимательно и доброжелательно. Следили за их внешним видом, питанием, делали с ними уроки и многие из них ставили детей на первое место в системе ценностей жизни. В межличностных отношениях они старались избегать ссор и споров как на работе, так и в семье. Таким образом, у обследуемых в большинстве случаев отмечались достаточно узкий круг интересов (работа-быт), психическая ригидность определенная эмоциональная сухость, а также слабость низших влечений. Лишь у одной обследуемой отмечались отчетливые гипертимные черты и живость характера.

Половина из 20 обследуемых на момент совершения ООД состояли в повторном браке. Причиной распада первого брака являлось пьянство мужей. В этих случаях обследуемые всегда сами являлись инициаторами развода. Довольно быстро (через 1–4 года) они вступали в повторный брак. Время совместной жизни до момента правонарушения составляло от 1 до 27, чаще 7–15 лет.

Характерологические особенности мужей и в первых, и в повторных браках обычно отличались рядом сходных черт и являлись противоположностью тем личным свойствам, которые были выявлены у обследуемых женщин. Главными из них были раздражительность и взрывчатость, нередко сопровождаемые злобой и даже яростью, т. е. это были люди с выраженной эксплозивностью. Она возникала у них и по внешним поводам, зачастую очень незначительным и аутохтонно. Раз появившись, эксплозивный аффект исчезал не сразу, т. е. отличался вязкостью. Мужья обследуемых отличались также грубостью, несговорчивостью, упрямством, переоценкой своего «Я», своих возможностей. К мнению окружающих они зачастую относились пренебрежительно, не терпели противоречий и считались прежде всего со своими желаниями. Особенности их характера, в первую очередь эксплозивность, в наиболее резкой форме проявлялись в семейном кругу. Они сдерживали себя на людях, по этой причине только двое из них осуждались на короткие сроки заключения за нанесение побоев, совершенных вне дома. По особенностям характера мужья обследуемых могли быть отнесены к эпилептоидам с выраженными чертами так называемого «домашнего тирана». По своему социальному положению как до брака так и в последующем мужья обследуемых в целом стояли ниже своих жен. Среди них преобладали неквалифицированные строители, разнорабочие, изредка шоферы. Семейные отношения, жена, дети не представляли для многих из них основной ценности, они не стремились к благоустройству жилья, предпочитая перекладывать заботы на жен, но в то же время с раздражением реагировали на различные неудобства быта или изменения в привычном укладе. Почти все мужья обследуемых еще до вступления в брачные отношения употребляли алкоголь, те же, кто вел сравнительно трезвеннический образ жизни, вскоре после совместного проживания начали выпивать. Во всех случаях довольно быстро у них стали появляться атипичные формы опьянения, сопровождавшиеся усилением возбудимости и злобы. С годами пьянство мужей нарастало в своей интенсивности. К моменту

совершения обследуемыми ООД у половины супругов можно было диагностировать алкоголизм 2 степени (подъем толерантности, запои, похмельные расстройства), а у остальных интенсивное бытовое пьянство или алкоголизм 1 степени (подъем толерантности, потеря количественного контроля, появление средне-тяжелых форм опьянения, алкогольные палимпсесты. Пьянство мужей безотносительно к его качественной оценке влекло за собой со временем социальные последствия- смены мест работы, периоды безработицы – вплоть до полной потери работы и проживания на иждивении обследуемых. По сведениям обследуемых такие черты характера их мужей как раздражительность, взрывчатость, пренебрежение к условиям налагаемым совместной жизнью и т.д. проявлялось довольно скоро после начала совместного проживания, лишь первые месяцы, иногда годы были относительно благополучными. Со временем раздражительное недовольство, придирки, брань, грубые, а то и циничные шутки начинали сопровождаться агрессивным поведением. Обследуемые рассказывали, что муж мог прийти среди ночи пьяным, сбросить их с постели, мог схватить за волосы и бить головой о стену, загнать под кровать или заставить спать у порога, выгнать на мороз в ночной рубашке. Мог плевать в лицо, выкручивать пальцы, уши. Мог заставить раздеться, стать на колени и просить прощения неизвестно за что. Мог бить в одно место для усиления боли, прижечь сигаретой. Некоторые обследуемые говорили, что наиболее тягостными для них являлись сексуальные домогательства мужа, сопровождаемые циничными ругательствами, демонстрацией различных предметов (палок, бутылок), которые он обещал ввести им в половые органы. Как правило, с течением времени мужья переставали стыдиться детей и обращать внимание на их плач, уговоры оставить мать в покое. Некоторые выгоняли детей из дома вместе с матерью, могли 12–13 летнюю девочку обозвать шлюхой. В некоторых случаях, издеваясь над женами, они в то же время могли достаточно хорошо относиться к детям.

Поведение обследуемых в указанных ситуациях разнообразием не отличалось. Практически все они выбирали пассивные формы защиты: когда муж оскорблял – молчали; когда бил, пытались убежать к соседям или хотя бы в другую комнату. Когда убежать не удавалось, забивались в угол, закрывали голову руками, брали на руки детей. Лишь двое из обследуемых в последние месяцы перед совершением ООД пытались по их словам «в истерике ударить мужа», бросали в него различные предметы.

Желая как-то утихомирить мужей, обследуемые шли на различные уступки. Одной из таких уступок являлось их совместное с мужем пьянство, хотя употребление алкоголя и тяготило их. Делали они это потому, что, выпивая какую-то часть имеющегося в данный момент спиртного, думали ослабить степень опьянения мужей, а с ней и их агрессивность.

В результате такого пьянства в одном случае со временем возник алкоголизм 2 ст. У остальных пьянство не переходило в болезнь и оставалось на бытовом уровне.

Мысли об избавлении от мужа возникали у обследуемых в различные сроки от начала семейной

жизни, чаще через несколько лет. У многих они появлялись лишь в периоды скандалов, избиений, издевательств. Чаще обследуемые обдумывали различные варианты ухода от мужа, реже думали об суициде, а двое предпринимали суицидальные попытки: пили большие, но не смертельные дозы малотоксичных лекарств. Мысли убить мужа возникали у половины обследуемых и появлялись в периоды агрессии, были непостоянными, быстро исчезали при малейшей стабилизации ситуации в семье. О своем семейном неблагополучии обследуемые, как правило, умалчивали. Если оно и становилось известно окружающим, то ими являлись прежде всего соседи – невольные свидетели происходящего. Сами обследуемые крайне редко обращались за помощью в учреждения правопорядка – обычно звонили в милицию без каких-либо последствий для их мужей. Лишь двое думали о разводе и только одна в тайне от мужа начала готовить необходимые для этого документы. Несмотря на то, что все обследуемые считали свою жизнь неудачной, и на то, что повседневные события могли только упрочить оценку, все они до совершения ООД полагали, что их взаимоотношения наладятся. Ряд перечисленных факторов, а именно: беспочвенная вера в нормализацию ситуации при отсутствии каких-либо предпосылок к тому, совместное с мужем пьянство, нежелание кардинального изменения положения путем, например развода, позволяет считать, что в структуре личности обследуемых существенное место занимал психический инфантилизм.

Таким образом, реакция обследуемых на длительную, зачастую многолетнюю травму носила во всех случаях астенический характер.

Одновременно с этим у обследуемых возникали вначале преходящие, но со временем все более продолжительные или просто постоянные вегетативно-соматические и психические расстройства. Первые проявлялись в отчетливых колебаниях уровня артериального давления, тахикардии, болях в различных участках тела: в области живота, сердца и вообще груди, в суставах. Частым симптомом являлись стойкие нарушения сна: трудности засыпания, поверхностный с частыми пробуждениями сон, раннее пробуждение. Лечение у терапевтов либо не приносило облегчения, либо оно было неполным и кратковременным.

Из психических расстройств первое место занимали раздражительность, субдепрессивное настроение или то и другое одновременно. Отчетливые субдепрессии были выявлены у половины обследуемых. Их число вероятнее всего было большим, но за период кратковременного обследования на АСПЭК этот синдром при сборе анамнеза легко можно было пропустить.

Изменение физического и психического самочувствия влияло на работоспособность обследуемых. Это проявлялось в рассеянности, утомляемости, невозможности сосредоточиться. Некоторые обследуемые, стыдясь кровоподтеков, брали отгулы, больничные листы у терапевтов, например, по поводу гипертонической болезни, или, реже, просто прогуливали работу, за что получали выговоры. Постепенно к перечисленным расстройствам присоединя-

лось чувство безысходности, обследуемые теряли веру в нормализацию обстановки, пессимистично оценивали любые способы изменения ситуации. Многие из них по словам свидетелей как бы опустились – меньше следили за собой, дома появлялся беспорядок.

Таким образом, задолго до ООД, у обследуемых отмечались соматизированные депрессии или состояния близкие по своим клиническим проявлениям к депрессиям истощения Кильхольца. В клиническом плане разница между этими двумя диагнозами незначительна и определение во многом зависит от точки зрения психиатра. Психологическая оценка периода, предшествовавшего совершению правонарушения, может быть оценена как затяжная, а чаще просто хроническая фрустрация.

Совершение тяжкого противоправного деяния происходило внезапно, во время очередного агрессивного поведения мужей по отношению к обследуемым. Все мужья в этот момент находились в состоянии алкогольного опьянения. Обследуемые были в легком опьянении в 5 случаях.

Описывая свое психическое состояние в момент ООД, большая часть обследуемых рассказывала, что в ответ на агрессивное поведение мужей у них внезапно возникал необычный прилив злобы, ярости – как будто «внутри что-то лопнуло, как будто зло за всю жизнь вышло и их словно сорвала с места какая-то сила, голова стала пустой перед глазами все поплыло, обида накопленная за годы прорвалась». У меньшей части обследуемых возникал интенсивный страх, ужас, ощущение, что муж убьет обязательно. Возникало возбуждение, чувство скованности, «уворачивалась от мужа, махала руками, хваталась за все, что придется, а ноги словно парализовало, не чувствовала пола; было только одно желание убежать, ни о чем другом не думала».

Появление выраженной аффективной реакции (злобы, ярости, страха, ужаса, при которых совершалось ООД, у большей части обследуемых сопровождалось по их словам неотчетливым, отрывочным восприятием окружающего, изменением чувства времени – казалось, что все происходит мгновенно. Т.о. психическое состояние обследуемых в момент совершения ими правонарушения определялось психогенно спровоцированным, остро возникающим и транзиторным аффективно суженным сознанием с агрессивным поведением.

Чаще всего ООД совершалось на кухне, вообще на очень ограниченном пространстве. Многие обследуемые наносили удары, будучи прижаты к полу, столу, загнанные в угол. Основным орудием агрессии в этом случае мог быть нож. Выбор орудия совершения ООД происходил мгновенно. Число ударов ножом чаще было от 1 до 3 и наносились эти удары на одном уровне – в грудь, реже в шею. Только единичные удары приводящие к смерти или тяжким телесным повреждениям, часть из которых впоследствии закончилась смертельным исходом, свидетельствует о силе их нанесения. Эта сила ударов является прямым подтверждением выраженности внезапно наступивших аффективных расстройств. Весь этот период, начиная от момента возникновения острой аффективной реакции (злоба, ярость,

страх) продолжался максимум 2–3 минуты, некоторые обследуемые говорили, что это длилось секунды. Во всяком случае, почти тотчас после совершения ООД обследуемые осознавали, что их мужья либо мертвы, либо находятся в крайне тяжелом состоянии. Одновременно с этим многие обследуемые пытались лично оказать мужьям первую помощь, но делали это бестолково и суетливо: начинали поднимать голову, поить водой, трясти, зажимать рану руками. Вслед за этим, или с самого начала бежали к соседям с просьбой вызвать милицию, «скорую помощь». Ни одна из них не пыталась скрыть следы содеянного.

По заключениям психологов ООД совершалось в результате выраженной аффективной реакции при достижении определенного порога накопления аффекта, когда в какой-то момент, в ситуации угрозы жизни, резко усиливалось чувство безысходности с трансформацией в злобу, ярость, в чувство страха и обреченности. Возникновению аффекта способствовали индивидуальные особенности психики обследуемых, а именно: слабая способность к прогнозу и учету прошлого опыта, несформированность зрелых способов разрешения конфликтов, низкий уровень самопонимания и самоанализа, склонность к вытеснению проблем.

Вслед за совершением ООД у подавляющего большинства обследуемых отмечался стойко пониженный фон настроения, бессонница, физическая слабость, навязчивые в форме мысленных представлений картины о содеянном. Такие расстройства продолжались вплоть до проведения АСПЭК (по крайней мере 1–1,5 мес.). Одновременно с этим сразу же после совершения правонарушения возникало и чувство внутреннего облегчения, разрядки с исчезновением или ослаблением ощущения безысходности, страха за свою жизнь, неопределенности, меньшая часть обследуемых отмечали только чувство апатии и безразличия к происходящему. Больше половины обследуемых после правонарушения не подвергались санкции ареста, находились на подписке о невыезде. Эти лица продолжали, как и раньше работать, как и раньше выполняли свои домашние обязанности.

При проведении АСПЭК, а она проводилась, как уже говорилось раньше, через 1–1,5 мес. после ООД, у 15 обследуемых отмечался пониженный фон настроения. Они не сразу включались в беседу, плакали, жаловались на забывчивость, слабость, плохой сон. Говорили, что не могут избавиться от тягостных воспоминаний о содеянном, каждая мелочь напоминает о погибшем муже. Почти все испытывали жалость к убитому или тяжелораненому супругу. Удивлялись своему поступку: «Такого никогда не было, всегда терпела». Вместе с тем чувство вины у них отсутствовало. Подробно рассказывали о начале конфликта, гораздо менее детально говорили о моменте совершения ООД. Многие обследуемые отмечали, что при совершении правонарушения они ничего не слышали, хотя в этот период громко кричали дети (из материалов дела). Видели мужа, но как-то неотчетливо и даже не целиком. Например, видели только лицо, грудь. Надвигающийся муж казался огромным. Некоторые говорили, что не за-

мечали окружающих предметов, натыкались на столы, стулья, падали. В ряде случаев отмечали, что не могут целиком вспомнить происшедшего, помнят его отрывочно, что находились будто в «шоке». У остальных 5 обследуемых на момент экспертизы пониженного настроения не отмечалось. Они, как правило, не жаловались на свое состояние. Говорили, что после ООД их самочувствие даже улучшилось – исчезла тревога, постоянное состояние страха за свою жизнь и жизнь детей, исчезло бывшее ранее ощущение унижения. Эти 5 обследуемых всегда говорили, «лучше в тюрьму пойти, чем снова терпеть такое». Подчеркивали, что ситуация была для них безвыходной. О гибели мужа говорили без жалости, считали, что наказание их не должно быть связано с лишением свободы, по крайней мере, во время экспертизы они искренне надеялись на это. Обследуемые с состояниями депрессии лишь в единичных случаях говорили, что предпочитают тюрьму прежней жизни. Они понимали, что за содеянное придется отвечать, но активно о своей вине не говорили. Полностью виновными себя не считали.

На основании данных комплексной психолого-психиатрической амбулаторной экспертизы все обследуемые были признаны вменяемыми.

У двух были диагностированы психопатические черты характера преимущественно шизоидного типа. У четверых депрессивные расстройства возникшие обычно на фоне легких остаточных проявлений органического поражения ЦНС. У одной обследуемой хронический алкоголизм 2 ст. Остальные 13 обследуемых были признаны психически здоровыми.

По данным психологического обследования у 16 из 20 обследуемых эмоциональное напряжение в момент ООД достигало глубины физиологического аффекта.

Таким образом, во всех этих наблюдениях общими являются следующие факты.

1. Обследуемые имеют много сходных характерологических черт, таких как: ригидность, покорность, ранимость и отгороженность в сочетании с психическим инфантилизмом и хорошей социальностью.

2. Их характерологические черты тяготеют к сенситивно-шизоидному и психастеническим личностным особенностям.

3. Все мужья подэкспертных – личности с четкими эпилептоидными чертами характера, все они, хотя и по-разному, злоупотребляли алкоголем.

4. Во всех семьях наблюдалась ситуация, которую вполне можно назвать как отчетливо психотравмирующую.

5. Психическая травма существовала долго и повлекла за собой появление у обследуемых вегетосоматических, астенических, депрессивных расстройств.

6. Эти расстройства можно оценить как протравмированные депрессивные реакции или просто депрессивное развитие личности.

7. Само ООД совершалось в результате мощной аффективной реакции на фоне аффективно-суженного сознания при достижении определенного порога накопления аффекта несвойственным для обследуемых способом – стеничной реакцией, близкой по механизму к реакции короткого замыкания.

Из материала видно, что главными и самыми существенными ошибками, допущенными при проведении СПЭ, являлись, во-первых: игнорирование наблюдавшихся у большинства обследуемых протрагиваемых депрессивных расстройств появившихся задолго до ООД, нарастающих в своей интенсивности, близких по своему содержанию к патологическому развитию личности. Во-вторых: иг-

норирование достаточно выраженных аффективных нарушений непосредственно в момент ООД.

И те и другие расстройства судебные психиатры просто взвешивали относительно юридического критерия невменяемости, делали вывод что они не достигали уровня лишаящего возможности руководить своими действиями и опускали их, не вынося в диагноз, давая заключение о психическом здоровье.

«НАВОДНЕНИЕ» Е. ЗАМЯТИНА

Психолого-психиатрический анализ

Калюжная Н. Б. (Кострома), Шумский Н. Г., Щеголева Л. И. (Москва)

«Кругом Васильевского Острова далеким морем лежал мир: там была война, потом революция...».

А на самом Острове в деревянном двухэтажном доме жила уже немолодая супружеская пара – Трофим Иванович и Софья¹. Ему, как видно, было уже за сорок: голова его была «густо, как солью» присыпана сединой. Софье было около 38–39 лет – «под сорок». Они жили вдвоем примерно 13 лет.

По внешнему виду, в первую очередь по физическому облику, они были не похожи друг на друга: Т. И. – «большоголовый, широкий, ноги короткие будто был вкопан по колени в землю». В нем угадывалась большая, как бы дремлющая сила. Своим обликом он напоминал былинного Святогора. Софья была «легка, строга всем телом, как птица».

Сходство супругов проявлялось в характерах. Оба они молчаливые, сдержанные, медлительные, скованные в проявлении своих чувств – особенно Софья, аккуратные, добросовестные – в частности, в отношении своих обязанностей: работа у Т. И., ломашнее хозяйство у Софьи. Последним они и живут вне большого мира, узким кругом бытовых интересов. Перечисленные характерологические особенности Т. И. и Софьи свойственны лицам, обозначаемым как «тяжелокровные». Но есть в их характерах и дополнительные радикалы: эпилептоидный у Т. И., шизоидный у Софьи.

Для Софьи Т. И. – глава семьи, хозяин дома, кормилец. Поэтому он уважительно называется ею, а также в авторском тексте по имени и отчеству. Софью же Т. И. называет лишь по имени, в единичных случаях он называет ее с оттенком фамильярности Софка – это бывает только когда он в очень радостном настроении².

Внешне жизнь Т. И. и Софьи казалась устоявшейся. В ней не происходило никаких событий. Дни были

похожи один на другой. Однако в их взаимоотношениях есть медленно увеличивающаяся трещина. Оба чувствовали ее существование, у обоих было ощущение, что происходило что-то «не то». Что «не то», было неясно, «не отвердело в словах». У Т. И. это «не то» усиливалось внешними впечатлениями: «В мастерской Т. И. не был уже давно. Когда он вошел, ему показалось: не туда попал. Раньше здесь все шевелилось, позванивало, жужжало, будто ветер в стальном лесу. Теперь в этом лесу была осень, ремни трансмиссии хлопали вхолостую, сонно ворочались только три-четыре станка, однообразно вскрикивала какая-то шайба. Т. И. стало нехорошо, как бывает, если стоишь над пустой, неизвестно для чего вырытой ямой. Он поскорее ушел к себе в котельную». Там было спокойнее, там «котел гудел все также, манометр показывал все те же девять атмосфер». Это «нехорошо» сохраняется у Т. И. и дома, только становится слабее: «вроде видел какой-то сон или просто потерял ключ, а какой сон, от чего ключ – никак не вспомнить». «Не то» распространялось и на интимные отношения супругов: «Т. И. в темноте нашел ее колени, долго был вместе с нею. И опять было не то, была какая-то яма».

Смутная неудовлетворенность, по-видимому, сопровождалась у Т. И. также и сниженным настроением. Сам он его как будто не ощущал, но контекст позволяет считать предположение обоснованным. Облечь в слова это «не то» Т. И. сумел при определенных условиях. Раз ночью, когда мысли и ассоциации нередко более четки, чем днем, он в первый раз выразил это «не то» словами: «Детей ты не рожать, вот что».

Софья, так же, как и Т. И., чувствовала наступающую перемену в их взаимоотношениях. Но в отличие от Т. И. это «не то» сопровождалось у нее явным снижением настроения, которое в данном случае являлось уже клиническим фактом. Его можно определить как субдепрессию. После высказанных Т. И. слов у нее постоянно возникали тревожные опасения: «Если не будет ребенка, Т. И. уйдет из нее, незаметно вытечет из нее весь по каплям, как вода из разохшейся бочки», а также чувство вины за свое бесплодие: «Теперь ее как будто каждый месяц судили и она ждала приговора. Когда приближался срок, она не спала, она боялась и хотела, чтобы поскорее вдруг окажется, что она... Но ничего не ока-

¹ Имена обоих супругов – «говорящие»: Трофим (греч.) – «кормилец», но также «питодец», Софья (греч, «премудрость») – по Библии, божественная созидательная сила.

² Софья – единственный из персонажей, кто показан изнутри. Подробно описаны ее чувства – как прямо, так и с помощью образных средств. Другие действующие лица, в первую очередь Т. И. и появляющаяся затем Ганька, даны глазами Софьи. Без нее они не задействованы в рассказе. Софья – и центр повествования, и во многом – голос самого автора. Поэтому цитирование фрагментов текста является необходимым. Оно вызвано стремлением дать наиболее полную картину того, что происходит внутри Софьи под влиянием жизненных обстоятельств.

зывалось, внутри была яма, пусто». Чувство ожидания, которое испытывала Софья, свидетельствует о том, что ее субдепрессия усложнялась тревогой.

То, что мучило Софью, и то, что она, как и первоначально Т. И., не могла выразить словами, проявлялось в ее сновидениях в виде символов. В снах Софья видела, как в темноте «кто-то зажигал спички». Зажженная спичка сгорает быстро и, возможно, символизирует для Софьи быстро текущее время и приближение конца ее детородного возраста. Ей снилось, что ее руки в крови. Окровавленные руки Софьи – символ ее скрытой агрессивности и готовности бороться до конца с неясным пока ей самой противником, который угрожает ее семейной жизни. Такая трактовка подкрепляется следующими словами: «ее будто для всех навсегда сжатые губы по-прежнему раскрывались Т. И. ночью». Сжатые губы могут иметь разные психологические трактовки, среди которых возможно и предположение, что Софья была свойственна агрессивность – агрессивность не вообще, а избирательная, связанная с ее супружеской жизнью.

Для Софьи семья и в первую очередь то, что связано с мужем и деторождением «ключевое» переживание (Е. Kretschmer). У Т. И. и особенно у Софьи существуют также комплексы. У Софьи комплекс должен сочетаться с чувством вины перед Т. И., т.е. это комплекс неполноценности.

Т. И. и Софья волею обстоятельств принимают в свою семью осиротевшую девочку-подростка, проживавшую в их доме этажом выше. Оба супруга надеются, что она станет для них родной дочерью. Вот как это произошло.

Мальчишки во дворе гонятся за несущейся от них девочкой Ганькой³. Увидя Софью, Ганька на бегу что-то сказала назад, мальчишкам, и одна, степенно подошла к Софье. Ганька подсознательно ощущает способность подчинять себе противоположный пол и вести себя так, как это делают взрослые женщины. От Ганьки несло жаром, она часто дышала, было видно, как шевелилась верхняя губа с маленькой черной родинкой. «Сколько ей? Двенадцать, тринадцать ...» – подумала Софья. Это было как раз столько, сколько Софья была замужем. Ганька могла бы быть ее дочерью. Но она была чужая, она была украдена у нее, у Софьи ...» Какие чувства овладели Софьей? Правоммерно определить их как агрессивные. Агрессия и по отношению к Ганьке, и к чему-то или кому-то, кто украл: «Внезапно в животе что-то сжалось, поднялось вверх к сердцу. Софье стало ненавистно то, чем пахла Ганька, и эта ее чуть шевелящаяся губа с черной родинкой». Это ощущение, появившееся у Софьи, по внезапности, силе и кратковременности можно сравнить с эпигастральной аурой. Как и аура, это ощущение было неодолимо. Оно – свидетельство агрессивности Софьи. Однако точно такие же ощущения могут испытывать женщины и при возникновении у них полового возбуждения. Ганька, возможно, пробудила у Софьи и второе ощущение.

«Припадок» не только быстро кончился, но и сменился противоположными чувствами. Когда Гань-

ка сказала Софье, что «папка в беспамятстве», и заплакала, Софье «сделалось больно от стыда и жалости. Она взяла Ганькину голову и прижала к себе. С засевшей где-то, как конец сломанной иглы, болью Софья вошла к столяру ...». Софье доступно сопереживания и сострадание. Эти чувства способны на какое-то время отвлечь ее от ее собственных тягостных переживаний. В глазах Софьи, пока она ждала к обеду Т. И., возникала картина, которую она видела у столяра: «Ганька сидела на кровати молча, согнувшись, ноги тонкие, жалкие, босые. На коленях у нее лежал нетронутый кусок черного хлеба». Она сообщила пришедшему с работы Т. И., что столяр умер. «А-а, умер», – «рассеянно, мимо спросил Т. И.; он вынимал хлеб из мешка; хлеб был непривычнее и редкостнее, чем смерть. Нагнувшись, он начал резать осторожные ломти, и тут Софья будто в первый раз за все эти годы увидела его обгорелое, разоренное лицо, его цыганскую голову – густо, как солью, присыпанную сединой. И тотчас прежнее: «Нет, не будет, не будет детей» – на лету, отчаянно крикнуло Софьино сердце». Это чувство, кусок хлеба, который взял Т. И., Ганька, одна, с куском хлеба на коленях – «все это слилось в одно целое, непонятно связанное между собой, и неожиданно для самой себя Софья сказала: «Т. И., возьмем к себе столярову Ганьку, пусть будет нам вместо ...» Дальше не могла».

Софья склонна к импульсивным поступкам. Побуждением (толчком) для их совершения служат не размышления, а образы, преимущественно зрительные. Голова, присыпанная солью, хлеб в руках и на коленях и т.д. внезапно сливаются для нее в одно ощущение, побуждая принять неожиданное для нее самой решение. Софья не способна осмыслить и проанализировать то, что она чувствует. Схема ее поступков такова: зрительный образ – внезапное, постепенно усиливающееся аффективное напряжение – облегчающий аффект поступок. Обонятельные ощущения (запах пота, разгоряченного тела) в сочетании со зрительным раздражителем еще более усиливает состояние аффективной напряженности. На таком фоне могут возникнуть те ощущения, которые ранее были названы аурой.

«Т. И. поглядел на нее удивленно, потом сквозь угольную пыль слова прошли в него, внутрь, он начал улыбаться – медленно, так же медленно, как развязывал мешок с хлебом ... Молодец ты, Софья. Веди ее сюда, хлеба на троих хватит». В поведении Т. И. следует отметить медлительность и обстоятельность в действиях, бедность проявляемых вовне чувств, тугоподвижные эмоции. На бытовом уровне он действует по общепринятым стандартам: в семье должны быть дети, принять на воспитание сироту – доброе дело и т. д. Осмысление принятого решения не имеет для Т. И. существенного значения.

«В эту ночь Ганька ночевала уже у них на кухне. Софья, лежа, слушала, как она возилась там на лавке, как потом стала дышать ровно. Софья подумала: «Теперь все будет хорошо», – и заснула». В привычной для Софьи ночной тишине дома появились новые звуки. Возня, а затем ровное дыхание Ганьки символизировали перемену в жизни. Наступила аффективная разрядка, а за нею успокоение и сон.

³ Имя Ганька – уменьшительное от Агафья (греч.) «хорошая, прекрасная, искусная в чем-либо».

Прошло время. «Ребята во дворе играли уже совсем по-новому. Конину теперь уже никто ни ел, в лавках продавали сахар, калоши, муку».

Появление Ганьки повлекло за собой и перемены в семье Софьи. Следует вначале перечислить особенности Ганьки, в первую очередь касающиеся ее психомоторики. Автор уделяет ей большое внимание. Эти качества Ганьки – важная причина происходящих в семье перемен.

«Закинув голову, неслась на нее Ганька; она на бегу что-то сказала назад; она часто дышала; Ганька вырвалась и побежала в темный угол двора; перед сном возилась в кухне на лавке; читала быстро и бойко; метнулась назад; постукивала полсапожками; мела, мыла, колола; тряхнув челкой, весело убежала; с ребятами в пустой дом бегают; колени вздрагивали под платьем и вздрагивала челка на лбу; долго плескалась водой». Даже когда Ганька останавливается, у нее не прекращается движение: «шевелилась верхняя губа с маленькой черной родинкой».

Настроение у Ганьки преимущественно повышенное: «она говорила, смеялась; вошла в комнату веселая; захохотала; негромко запела». Ей не свойственно пониженное настроение, а если оно появляется, то кратковременно и в обстоятельствах, обычно вызывающих сильное и продолжительное горе (в ее случае это умирающий отец), либо когда испытывает физическую боль (побои). Но и здесь она лишь всхлипывает, затем быстро успокаивается, продолжает игру или смеется.

Скорее всего, Софья и Ганька различаются по телосложением. В Софье подчеркивается строгость форм. Она рисуется как бы прямыми линиями. Вместе с тем отмечается ее моторная неловкость: зацепила платьем гладильную доску и та упала: шла медленно, трудно, как баржа, подтягиваемая к берегу против течения. В ряде мест рассказа упоминается ее боязнь двинуться, пошевелиться. Телосложение и особенности моторики Софьи подтверждают ранее высказанную мысль о шизоидном радикале в ее характере. Можно дать и более точное его определение: «Она лежала вытянувшись, вся покрытая корочкой из тончайшего льда». Лед в данном случае – символ закованности Софьи. В то же время лед символизирует сочетание холодности и хрупкости у лица, в душе которого существует аффективное напряжение. Такое сочетание один из важных признаков психэстетической пропорции (Е. Kretchchmer). Софья, таким образом, тяжелокровная шизоидная личность, внутри которой находится «астеническое жало» (Е. Kretchchmer) – заноза собственной недостаточности.

У Ганьки, напротив, много круглого: круглые глаза, круглый открытый рот, круглые колени, завитая челка, родинка на верхней губе. Ее моторика отличается пластичностью и известной грациозностью движений. Отдельные черты характера и «круглое» во внешнем облике Ганьки позволяют отнести ее к лицам с циклоидным радикалом и с отчетливой гипертимией.

Софья очень сдержана и безынициативна в интимных отношениях. Не исключено, что она фригидна. Однако ее сдержанность может быть обусловлена скованностью, робостью и неуверенностью в себе.

Ганька скорее обладает повышенной сексуальностью. Ее игры с мальчишками в темном углу двора в определенной мере подтверждают сказанное.

Софья «птица». Ганька «кошка». Кошка всегда хочет сцапать птицу. Птица может попытаться улететь. Однако не исключено, что она может и защищаться. Софья не одинокая птица, а птица с гнездом, пусть и полупустым. Кроме того, Софья не та птица, что свободно летит над землей. Это тяжелокровная птица. Кто знает, может быть силой обстоятельств она превратится в «тяжелокровного ястреба» (О. Э. Мандельштам, 1937).

Сказанное позволяет думать, что с приходом Ганьки в семье возникает то, что в обыденной жизни называют треугольником.

«Т. И. теперь брил бороду... Без бороды он ходил много лет назад перед свадьбой, и сейчас будто вернулся к тем годам иногда даже смеялся по-прежнему, зубы белели как клавиши на гармонии». Эта перемена во внешности и поведении т.п. не случайна. По воскресеньям Т. И. и Ганька бывали дома. «Т. И. заставлял ее читать вслух газету. Ганька читала быстро и бойко, но перевирала по-своему все новые слова». Т. И. «закипал смехом». Ганька рассказывала, как в школе им объясняли, «что вот на земле тела – и на небе тоже тела. Какие тела? – уже не сдерживаясь, говорил Т. И. Ну, какие? Вот! Ганька тыкала себя пальцем в грудь, остревшую под платьем. Больше Т. И. уже не мог, смех вырывался у него из носа, изо рта, как пар из... распираемого давлением котла. Софья сидела одна в стороне...».

Перемены, происшедшие с Т. И., указывают на появление у него раскованности. Более того, он в межличностных отношениях как бы оказывается ровесником Ганьки, мальчишкой. Ганька инстинктивно чувствует это и все больше, вначале скорее подсознательно, втягивает Т. И. в игру, которую можно определить как эротическую. Эта игра не стоит на месте. Сперва она как бы неопределенна и ее инициатором на первый взгляд выступает Т. И. Уже с самого начала возникновения эротической игры Ганька не была ее пассивным участником. Одновременно выявляется и ее равнодушное пренебрежение к Софье. Оно подсознательно усваивается и Т. И.

То, что забавляло Т. И. и Ганьку, было для Софьи непонятно и далеко. Ганька говорила, смеялась только с Т. И., с Софьей она молчала. Оставаясь вдвоем с Софьей, Ганька предпочитала разговаривать с кошкой.

Между супругами возникло отчетливое отчуждение. Инстинктивно Ганька использует это обстоятельство для своей игры, все больше втягивая в нее Т. И. Отчуждая Т. И. от Софьи, Ганька постепенно начинает интуитивно чувствовать свое превосходство над обоими, в первую очередь над Софьей: иногда она «медленно, пристально наплывала на Софью зелеными глазами, явно думая что-то о ней, но что? Так, уставясь в лицо, смотрят кошки, думают о чем-то своем и вдруг становится жутковато от их зеленых глаз, от их непонятной, чужой, кошачьей мысли».

Ганька-кошка примеривается к Софье-птице и этим мучает ее. Софья не выдерживала взгляда и уходила из дома, все равно куда – «только бы не оставаться вдвоем с Ганькой». У Софьи появляются

астенические реакции: птица пытается улететь. Облегчение своему душевному состоянию Софья находит вне дома, в первую очередь в церкви. «От пения становилось тепло, лед таял, какая-то зима проходила, впереди в темноте зажигали свечи». Огонь свечи постоянен и длителен, хоть и невелик. Он символизирует проблеск надежды. У Софьи появляется желание поделиться своими чувствами с Т. И. Только выразить их словами она не может. «Сказала только одно: что была в церкви». Т. И. в ответ засмеялся и «подмигнул Ганьке. С прищуренным глазом, без бороды лицо у него было озорное... очень много зубов, веселых, жадных. Ганька сидела румяная, она прятала глаза и только исподлобья ... чуть покосилась на Софью».

Т. И. отнесся к словам Софьи пренебрежительно. Помимо воли он сделал Ганьку соучастницей своего пренебрежения. Теперь это два заговорщика. Оба раскованы. По их внешнему виду можно судить, что в эротической игре начался новый этап: Ганька открыто забирает в игре инициативу.

Приближалось что-то неотвратимое. Почки на деревьях «дрожали незаметной для глаза дрожью и лопались. Вечером было непрочно, светло «метались ласточки». В церкви «седой попик ... вцепился в рыжего верзилу-живоцерковца» и произошла драка. На собраниях, куда начала ходить теперь Софья, «сапожник Федор проповедовал о скором Страшном суде». Его глаза «блестели так, что от них нельзя было оторваться. Весь дрожа, сапожник ударил себя в грудь, рванул на ней белую рубаху ему нечем было дышать крикнул отчаянным последним голосом и хлопнулся об пол в падучей. От безумных сапожниковых глаз вся напряженная, как почки на деревьях, Софья вернулась к себе».

Дома дверь была заперта на ключ. «Софья поняла: Т. И. с Ганькой ушли куда-нибудь погулять и, наверное, придут домой только часов в одиннадцать: она сама сказала им, чтобы раньше одиннадцати ее не ждали». Солнце, небо, блестящее, как глаза сапожника, внезапно донесшийся запах горячего черного хлеба заставили Софью вспомнить: «в окне на кухне шпингалет сломан ... значит можно открыть снаружи и влезть. Софья очутилась на кухне. Показалось, в соседней комнате какой-то шорох. Софья остановилась в напряжении. Было тихо, только тикали часы на стенке, и внутри Софьи, и всюду». Софья зацепила платьем гладильную доску. Доска загремела на пол. Тотчас в комнате зашлепали босые ноги. Внезапно в дверях показалась Ганька, босая, в одной измятой розовой сорочке. Увидав Софью, Ганька сжалась, как кошка, когда на нее замахнут, и метнулась обратно в комнату. У Софьи было только одно сердце, и оно, «кувыркаясь птицей, падало, падало, падало». Тотчас вышел Т. И., одетый, видно — не раздевался. В комнате «Ганька уже постукивала полсапожками».

Птица и кошка столкнулись лицом к лицу. Кошка на миг испугалась и убежала, но тотчас оправились. Птица была подстрелена. Одновременно с растерянностью и недоумением — «что ж это, что ж это, что ж это?» — внутри у Софьи появилось и другое чувство, выявившееся у нее на лице: губы у нее дергались, так дергается пенка на молоке, уже совсем

застывшая». Внутри был кипяток. Тем не менее Софья отступила. Верх взяла астеническая реакция. «Все в мире шло по-старому, и надо было жить». Ужинали. Софья посмотрела на Ганьку. Они столкнулись глазами и совсем по-новому вглядывались друг в друга. «Софья почувствовала, как в ней кругло, медленно поднималось от живота снизу, потом все горячее, быстрее, выше, она задышала часто... Смотреть на Ганьку было невозможно. Нужно было сейчас же закричать, как сапожник Федор, или что-то сделать. Софья опустила глаза». Она отступила. «Ганька усмехнулась». Птица превозмогла себя. Кошка на этот раз оказалась победительницей в поединке.

Ночью Т. И. пошел на кухню к Ганьке. Им владела любовная страсть, выявлявшая его моральный дефект.

Теперь «...ночью по-разному дышали трое: одна зарывшись в подушку, чтобы ничего не слышать, двое сквозь стиснутые зубы, жадно, жарко, как котельная форсунка».

Днем Софья и Ганька оставались вдвоем. Все отдалилось от Софьи. Все кругом она видела и слышала теперь откуда-то издали. Софья говорила Ганьке не разжимая губ: «Подмети кухню, вымой посуду, наколи дров. Ганька мела, мыла, колола». Она «всегда колола щепки, присев на корточки, раздвинув круглые колени». Раз, неизвестно почему, Софья увидела эти колени, чуть подвигнув русую челку на лбу. «В висках у нее застучало, она поспешно отвернулась». Не глядя на Ганьку, сказала: «Я сама... Поди на улицу. Ганька, тряхнув челкой, весело убежала».

У Софьи — опять отступление и глухое отчаянье с нарастающим, вот-вот готовым взорваться аффективным напряжением. У Ганьки беззаботность. До прихода с работы Т. И. она ежедневно бегаёт с ребятами в пустой дом. «Добегаётся девчонка», — как-то сказала Софье соседка. Но ведь Ганька — кошка. Она гуляет сама по себе.

На какое-то время душевное напряжение Софьи ослабевает. Началось наводнение. Софья убежала во двор. «Сразу же ветер, свистя, всю ее туго обернул, как полотном. Над головой быстро, косо пронесло ветром какую-то большую птицу, крылья у нее были широко раскрыты». Ведь это она, Софья, и ее куда-то, наконец, несет. Куда все равно. Наводнение как бы смывает с души у нее всю тяжесть, накопившуюся за время совместной жизни с Ганькой. «Софье вдруг стало легче, как будто именно это ей и было нужно: вот такой ветер, чтобы все захлестнуло, смело, затопило. Она повернулась навстречу, губы раскрылись, ветер ворвался и запел во рту, зубам было холодно, хорошо». Пусть Софью несет, пусть все будет снесено. Это принесет ей раскрепощение — снятие аффективного напряжения. А там — будь что будет.

Квартиру Софьи затопило. Пришлось на три недели переселиться к соседям на второй этаж. Три недели Софья и Т. И. спали на одной кровати. «Лежа, Софья думала только об одном: чтобы он не заметил, как она дрожит. Она лежала, вытянувшись, будто вся покрытая корочкой из тончайшего льда...» Рассыпья корочка, и неизвестно, что будет. Одно-

временно с аффективным напряжением по ночам у Софьи появляется жалость к Т. И.: «Она уже ничего не помнила о нем, его было только жалко... ей хотелось погладить его, как ребенка, но она не могла, не смела...». Присутствие Т. И. снимало аффективное напряжение, наступала кратковременная покорность. Чуть позже, в день возвращения в свою квартиру, прошедшие ночи покажутся Софье счастьем. «Там ночью она слышала его дыхание, он не был с тою, с другой, он был ничей ...». Близость с Т. И., пусть вынужденная, неполная и временная, сняла у Софьи аффективное напряжение. Наступило смирение перед судьбой. О том, что Софья чувствовала по ночам, лежа вместе с Т. И., вспомнится сразу же после возвращения к себе на квартиру.

В день переезда Т. И. сказал Ганьке: «Печку протопи получше, дров не жалея, чтоб к вечеру было тепло». Софья поняла: не к вечеру, а к ночи. Она не сказала ничего, не подняла глаз, только губы у нее чуть дергались, как пенка на молоке, уже совсем застывая». Внутри Софьи появился обжигающий кипяток. Ее душевное состояние соответствовало тому, что происходило в природе: «стекло позванивало, был ветер, летели серые, городские, низкие, каменные облака...». Софья почувствовала, что эти тучи не за окном, а в ней самой, внутри, они каменно наваливались одна на другую уже целые месяцы и чтобы не задушили ее сейчас, нужно что-то разбить вдребезги, или убежать отсюда, или закричать таким голосом, как тогда сапожник о Страшном суде». Это было внутри Софьи. А рядом с ней Ганька укладывала дрова в печку. Софья не оглядывалась, чтобы не видеть Ганьку.

«Вдруг Ганька негромко, в нос запела: раньше этого не случалось никогда. Софья оглянулась». Она увидела брошенный Ганькой топор. Круглые, широко раздвинутые колени Ганьки вздрагивали под платьем, и вздрагивала челка на лбу. «Медленно, трудно, как баржа, канатом подтягиваемая к берегу против течения – канат дрожит и вот-вот лопнет – Софья подошла к Ганьке». Ганька вся разгорячилась от работы. «Софью окунуло жарким, сладковатым запахом ее пота: должно быть, ночью она пахла вот так. И как только Софья вдохнула этот запах, снизу, от живота поднялось в ней, перехлестнуло через сердце, затопило всю. Ее несло, как тогда, во время наводнения по улице несло дрова, кошку на столе. Не думая, подхваченная волной, она подняла топор с полу – она сама не знала, зачем. «Господи, Господи, что ж это я? – отчаянно крикнула внутри одна Софья, а другая в ту же секунду обухом топора ударила Ганьку в висок, в челку...» Затем еще несколько раз жадно, быстро ударила по голове острием, хлынула кровь на железный лист перед печкой».

Длительное, судорожное, нарастающее в своей интенсивности, лишь изредка кратковременно чуть ослабевающее, чтобы под влиянием травмирующих психику причин, появиться вновь, с новой, все увеличивающейся силой, сопровождаемое тревогой, доходящей до глухого отчаяния, усиливающееся еще и потому, что причина переживаний находитесь на периферии сознания и не осознается, а также потому, что то, что готово прорваться наружу, вновь и вновь откатывается назад, аффективное напряжение,

наконец, разрешается убийством. Оно до этого даже не предполагалось. Его выполнение обусловлено уже перечисленными причинами, а также констелляцией моментов, ранее появлявшихся изолированно. Их сочетание связано с ощущениями: увидела, услышала, почувствовала запах. Аффективное напряжение и внезапные ощущения, минуя сознание, переходят в разрушительные действия. Психолог обозначит такое состояние термином «отреагирование». Психиатр отметит смену астенических реакций стенической и диагностирует реакцию короткого замыкания.

Дальнейшие ощущения и поведение Софьи подтверждают установленный психиатрический диагноз. Отреагирование приносит облегчение: «Она бросила топор, вздохнула глубоко, свободно – никогда не дышала, вот только что глотнула воздуха в первый раз. Ни страха, ни стыда, ничего не было, только какая-то во всем теле новизна, легкость, как после долгой лихорадки». Хлынувшая потоком кровь Ганьки смывает тяжелые «каменные облака», лежащие на сердце у Софьи столь длительное время.

Повеление Софьи после совершения убийства носило, как обычно говорят в таких случаях многие психиатры, «последовательный и целенаправленный характер». Уничтожаются следы убийства. «Ганькины туфли, коричневое платье, сорочка, политые керосином, уже горели в печи. Софьины руки легко, спокойно разрубили тело пополам, иначе его никак не унести.

Постелила клеенку на дно в мешок и положила туда половину розового тела... Выкопала яму и свалила туда все, что было в мешке... Когда было уже совсем темно, она принесла полный мешок еще раз, зарыла яму и пошла домой... Дома Софья вымыла пол, сама вымылась в лотке на кухне и надела на себя все свежее... По угольям еще бегали последние синие огоньки. Софья бросила туда мешок, клеенку, весь мусор, какой еще оставался. Огонь ярко вспыхнул, все сгорело, теперь в комнате было совсем чисто».

Какова особенность действий Софьи? Что происходило в это время с ее сознанием, в частности, как воспринимала она самое себя и окружающее?

«... Софьины руки совсем отдельно от нее думали и делали все, что надо, а сама она, в стороне, блаженно отдыхала, и только изредка глаза у нее раскрывались, она начинала видеть, она смотрела на все с удивлением». Расчленение трупа производилось руками, чужими для Софьи. Увидя серую, под мрамор клеенку, разорванную на два куска, «Софья удивилась: кто же это разорвал? Зачем? Но сейчас же вспомнила ...» Опять долго были только одни Софьины руки и не было ее самой... Вдруг она увидела, что стоит на краю канавы... За спиной у Софьи тяжелый мешок и что-то под пальто придерживает рука. Софья не могла понять что. Но рука вспомнила, что это лопата, снова стало все просто... Софья в это время разрубая тело думала, что в кухне, на лавке лежит еще не почищенная Ганькой картошка, нужно ее сварить к обеду...».

Действия Софьи были автоматическими. Ее сознание было сужено и фрагментарно: в нем всплывали отдельные, помеченные лишь пунктиром события убийства, необходимость доделать начатое

Ганькой приготовление еды, сокрытие следов правонарушения. На содеянное Софья смотрела «с удивлением» – т.е. наличествовало чувство известной отстраненности. Эпизод закончился психофизическим истощением с последующим сном. «Она села на лавку. В ней сразу ослабели, развязались все узлы, она внезапно почувствовала, что устала так, как не уставала ни разу за всю жизнь. Она положила голову на руки, на стол и в ту же секунду заснула – полно, счастливо, вся». Ведь кошки больше не существовало.

Раньше у Софьи был реальный противник. Его следовало уничтожить. Но есть и невидимые противники, в том числе находящиеся внутри самого человека. О них даже не подозревают. А что, если в Софье был такой противник? Тогда она осталась бы с ним один на один.

Софья сама не могла бы определить, сколько продолжался ее сон: «Может быть, час, может быть, только от одного удара маятника до другого». В комнате в этот день, в день убийства, ощущалась напряженность. «Маятник на стене метался, как птица в клетке, чующая на себе пристальный кошачий глаз». Может быть, потому, что Ганька-кошка все еще незримо находилась рядом? Подтверждением тому служили как бы слова и поведение Т. И. В них напряженная ярость сменялась недоумением, погруженностью в себя, желанием забыться. Когда появлялась ярость, Софью охватывал страх – то неосознаваемый, то совершенно отчетливый: «Все знает... Вот сейчас, сию минуту он скажет все...». Этот страх оставался и тогда, когда вспышки ярости Т. И. временно угасали. Лишь постепенно страх проходил. В первую ночь после убийства «она еще долго дрожала под одеялом, пока, наконец, согрелась, поверила, что Т. И. не может знать, не знает». Страх не был постоянен. Он появлялся эпизодически. Когда у Т. И. возникала погруженность в себя и он на какое-то время отрешался от окружающего, в том числе и от Софьи, ее чувства становились иными: «Ей стало тепло от жалости...». Затем при виде пьющего мадеру Т. И. у Софьи возникало подавленное настроение и чувство одиночества: «Это было куплено для той...». Сердце у нее сразу же заязбло, она опять сидела одна».

Так было в день убийства. А в последующую ночь? Ночью в темноте Софья услышала, как «у себя на лавке заворочался Т. И., задышал жадно сквозь стиснутые зубы. Так дышал он тогда, когда по ночам был у Ганьки на кухне». Все мучившие Софью тягостные чувства как ненависть к Ганьке при ее жизни, так и возникший позже страх на мгновение исчезли. «Она увидела ненавистные белые кудряшки на лбу – и в ту же секунду они исчезли. Софья вспомнила, что их нет и никогда больше не будет. «Слава богу», сказала она себе и сейчас же спохватилась: «Что слава богу? Господи!» Да, Ганьки нет и больше никогда не будет, но «ведь и ее тоже нет и никогда не будет, ей теперь всегда жить одной, на сквозняке, и тогда зачем же все это, что было сегодня?» Исчезла Ганька, появилось чувство облегчения, смешанное с возможным и впредь чувством одиночества. Но оно было не одно. Появилось слово «Зачем?» Это первый яд сомнения по поводу содеян-

ного. А вдруг наряду с ним есть и еще что-то? Ночью всплывает с периферии сознания картина прошлого, осознается никчемность совершенного. Наступивший сон приносит как будто облегчение. Только это неглубокий и тяжелый сон «какой-то камень». Софья начала засыпать, и «когда была уже почти на дне, она услышала: об пол шлепнули босые ноги. Она вздрогнула и тотчас же всплыла вверх... Т. И. осторожно шел куда-то. Так по ночам он ходил на кухню к Ганьке». Вновь появился прежний враг. Софья «сжалась в комок, чтобы недохнуть, не крикнуть». Так же она сжималась и раньше. Ее аффективное напряжение резко пошло вверх. «И вдруг Софью прокололо, что он идет не на кухню, а к ней – к ней! Ее всю опажнуло жаром, зубы у нее застучали, она зажмурилась». Это внезапно возникло половое возбуждение. «Она медленно раскрыла зубы, раскрылась мужу вся, до дна – первый раз в жизни. Он стиснул ее так, будто хотел выместить на ней всю жадную злобу к той, к другой... Он заскрипел зубами – и больше Софья уже не помнила ничего».

Любовная страсть уже раскрепощенного Т. И. передалась Софье подготовленной душевными переживаниями. В ее любовном экстазе вновь произошло отреагирование: Т. И. принадлежал ей.

Наступил душевный покой, радость и отчуждение от всего прошлого, в том числе и от совсем недавнего. «За ночь все утихло, утро стояло спокойное, дым, прямой и розовый, шел к небу». На окружающее «Софья смотрела легким, прямыми, сделанными из этого утра глазами. Она попробовала вспомнить вчерашнее – и не могла. Все годы, связанные с замужеством, как бы выпали из памяти и из чувств Софьи. Пытаясь вспомнить прошлое, она переносится сразу, минуя жизнь с Т. И., к годам своей юности. Происходит вытеснение неприемлемого. Смотря на розовый дым, она вспомнила свою деревню, откуда ее взял Т. И. «Там сейчас, должно быть, рубят капусту, кочерыжки...». Ей показалось, что все это было вчера и она сама такая же, какая была, когда ела кочерыжки».

Больше о Ганьке Софья не думала. Т. И. также изживал воспоминания о ней – «тоже больше не говорил о ней ни слова». Окружающее как будто не изменилось. «Дни были все такие же ясные, хрусткие и только ...» Только у Софьи появилось предчувствие, что вот-вот что-то произойдет – т.е. возникла неясная тревога, сопровождаемая бессонницей, рассеянностью, углубленностью в себя, двигательной неловкостью (пролила керосин, уронила тарелку с кашей). Такие симптомы характерны для лиц с комплексом или комплексами. Новые ощущения, возможно, связаны и с наступившей беременностью, о которой Софья ночью сказала Т. И. Зачатие произошло в ночь их первой в жизни раскрепощенной близости. Признание беременности сопровождалось хлынувшими через край слезами. «Они были теплым». Такие ощущения приносят раскрепощение и радость. Действительно, «все тело у нее улыбалось, оно было полно до краев, больше туда уже ничего не могло войти». Но подспудная тревога оставалась. Что-то было не так. «Дни становились короче, вот-вот догорят совсем и тогда конец и нужно торопиться, нужно до конца еще успеть сказать или сделать

что-то». Это «надо успеть», это ускорение течения времени, это «что-то» не покидало Софью.

А внешне все шло так, как у беременных женщин. Пришел день, когда Софья почувствовала шевеление ребенка. Т. И., когда Софья сказала ему об этом, «мотнул головой, схватил и поднял Софью вверх ...Зубы у него белели как клавиши на гармонии, он засмеялся во все клавиши сразу». Так он смеялся раньше, когда чувствовал себя счастливым... Он внешне был счастлив. И тем не менее смутное ожидание беды, тревога оставались у обоих, прежде всею у Софьи. «В дверь постучали, оба повернулись быстро. Софья услышала, как Т. И. почти вслух подумал: «Ганька», и то же самое мелькнуло у Софьи. Она знала, что этого не может быть и все-таки это было. «Открывать?» – спросил Т. И. «Открывай», – ответила Софья совсем белым голосом». Это была соседка.

Оба думали о Ганьке. Прежний комплекс оставался. Но теперь вышел вперед другой, связанный с убийством. Ночью, перед засыпанием «когда она уже совсем опускалась на дно ...опять мелькнула Ганька. За окном был ветер, чуть позванивало стекло». В полусне появлялись воспоминания «как все это вышло», а затем, «как будто» ни к чему отдельно Софья увидела: кусок мраморной клеенки на полу и муха ползет по розовой спине. У мухи ясно видны были ноги – тоненькие, из черных катушечных ниток. Остающийся у Софьи комплекс с периферии сознания ночью входит в его центр. Мелькнуло признание: «Она – вот эта самая она – я...». Софью охватил ужас. «Вот Т. И. рядом со мной, и у меня будет ребенок – и это я? Все волосы на голове у нее стали живыми. Она начала трясти за плечо Т. И. – необходимо, чтобы он сказал сейчас же, что это сделала не она. «Это не я, не я, не я!» – крикнула Софья и остановилась – «она никогда не скажет, потому что «Родить скорей бы», – сказала она громко».

Новый комплекс давал о себе знать. Софья перестала спать по ночам. «Да и ночей уж почти не было». Она выполняла свои обязанности по дому. Временами возникала мысль о смерти: «Вот как заходит солнце, и темно ...» Мысль не пугала, т.к. сопровождалась надеждой: «а потом опять день ...» Новый противник чувствовался, но не осознавался. Он находился внутри Софьи. Кто же он?

Роды начались внезапно. Они произошли дома и протекали, вероятно, хотя и быстро, но тяжело. Как прибежала Пелагея-соседка, Софья еще помнила, «а больше не было ничего, все вертелось, все несло мимо, она кричала». Иногда слышались отдельные звуки. Это были звуки, связанные с недавним прошлым. «Ну, вот и конец», – сказала Пелагея. В сознании Софьи мелькало: «до конца теперь только минуты», «надо было все скорее, скорее... Скорее! сказала она. «Что скорее? спросил Пелагеин голос. «Девочку... покажи мне». «А ты почему знаешь, что девочка?» Софья знала, что будет девочка. Во время беременности ее «живот был круглым, это была земля. В земле глубокое никому не видная лежала Ганька, и в земле никому не видные рылись белыми корешками зерна». Авторская аллегория поясняет состояние Софьи. Подсознательно во время беременности она чувствовала себя землей. Она

знала: теперь зерна прорастут и превратятся в девочку – ведь девочкой была убитая Ганька, которая была убита для того, чтобы Софья могла выполнить свое предназначение родить ребенка. Убив Ганьку, Софья должна была родить ее же вновь. Рождение девочки символизировало частичное искупление подсознательно ощущаемой Софьей вины – но не всей, а только какой-то ее доли. Полное искупление, возможно, произойдет позже, и чтобы успеть его осуществить, чтобы ничто не помешало этому, надо было «скорее, скорее».

В ночь после родов у Софьи началась горячка, одновременно появились психические расстройства в форме делирия – патологического сна. Его особенность заключалась в том, что как зрительные, так и слуховые галлюцинации носили кататимный характер, сперва слуховые галлюцинации были единичными: звонки трамваев, крики «лови ее?» «Кого же – ее?» – подумала Софья. Эти слуховые обманы появились еще до родов, но тогда они прошли по касательной. Теперь они приблизились, стали отчетливыми и сопровождалась аффектом недоумения – растерянностью. Растерянность как психопатологический симптом постоянно сопровождается смутным осознанием того, что происходит что-то необычное. Смутное осознание необычности происходящего усиливает кататимную окраску развивающегося психоза. Появились сценopodobные, постепенно развивающиеся зрительные галлюцинации. «Вошла Ганька с полным мешком дров. Она села на корточки, широко раздвинув колени, оглянулась на Софью, ухмыляясь, встряхнула белой челкой на лбу. Сердце у Софьи забило, она ударила ее топором и открыла глаза. Обращение врача к Софье – «так-так-так» на мгновение вызвали некоторое прояснение сознания и, как это бывает при делирии, кратковременное исчезновение галлюцинаций. Но как только Софья зажмурилась, возникло повторение и частичное развитие предыдущих галлюцинаторных сцен. «Тотчас же вошла Ганька с дровами, села на корточки. Софья опять ударила ее топором. Ганька ткнулась головой в колени. Софья ударила ее еще раз». «Так-так-так... Хорошо» – сказала докторша. Муж ее тут? Позовите скорее». Внешний раздражитель и опять сознание Софьи чуть прояснилось. И сразу же появилась тревога, а с нею мысль, что нужно «скорей, скорей». «Она поняла, что – конец, что она умирает и надо торопиться изо всех сил». Предчувствие смерти на мгновение вытолкнуло комплекс с периферии сознания. Затем сознание снова исчезло. «Где-то очень близко ухнула пушка, ветер бешено бил в окно. «Наводнение?» – спросила Софья, широко раскрывая глаза». Новое усиление психоза: «Пушка ухала, ветер гудел в ушах, вода поднималась все выше, сейчас хлынет, унесет все – нужно скорее, скорее. Вчерашняя знакомая боль рванула пополам, Софья раздвинула ноги. Родить... родить скорее». Софья знала: если родит наступит искупление вины. «Вода поднималась все выше, надо было скорее». Вновь, как напоминание, появляется Ганька в сцене убийства: «уткнувшись, головой, на корточках сидела возле печи».

Внезапно сознание проясняется. «В голове у Софьи стало совсем бело, ясно: «Это я, я! Я – убила», –

тяжело, прочно сказала Софья. — Я потом бросила топор под лавку». Пусть кругом шум и крики. Софья призналась. Катарсис разрешился в психозе, в момент появления люцидного промежутка. Беременность и особенно роды подготовили его. Наступило успокоение. «Она заснула, ее сердце билось ровно, спокойно и так же она дышала... Докторша все еще стояла и смотрела на женщину. Она спала, дышала ровно, тихо, блаженно, губы у нее были широко раскрыты». Делирий, заканчивающийся глубоким сном, предвещает выздоровление. Вот почему докторша знала, что Софья выживет.

Если это не было последним отреагированием, последним очищением Софьи, то следующее, очень может быть, явится последним. Женщины с определенным складом характера, несмотря на свою социальность, способны совершить самые тяжкие противоправные деяния, если есть угроза их полноценному существованию и выполнению жизненного предназначения. Эта угроза должна быть непрерывной, достаточно длительной и изнуряющей. Угроза как бы сливается с жизнью, становится ее частью, пропитывает жизнь целиком. У таких женщин после совершения противоправного деяния может остаться чувство вины. Одному из авторов пришлось на-

блюдать несколько случаев детоубийств, повлекших за собой самоубийство. Это были душевнобольные с достаточно хорошей ремиссией.

А может быть, сказанное применимо в каких-то случаях и к мужчинам?

В рассказе Ё. Замятина магическая сила образного мышления автора сфокусировала то, что наблюдается в практике судебных экспертиз. Замечено, что чаще объектом агрессивного поведения женщин становятся мужчины-тираны. Убийство мужа в этих случаях не завершает драму страданий женщины, а открывает ее новую страницу. Женщина ни внутри, ни вне себя не находит выхода из ситуации бесконечных унижений. Убив мужа, разрешая ситуацию внешним образом, женщина не обретает покоя, ибо одновременно она убивает в себе нечто важное — свое сознание и совесть. Но убить их практически невозможно — подспудно, исподволь они подводят женщину к покаянию. Если и этот момент упущен — спираль внутренних переживаний закручивается еще туже.

Физическое убийство поражает нас своей грубой очевидностью, моральное — как бы тускнеет на его фоне, однако природный закон сохранения энергии похоже действует и в этих случаях.

С Е М И Н А Р

КАК СОЗДАТЬ СВОЮ ШКОЛУ В ПСИХОТЕРАПИИ

ИЛИ

ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО МЕТОДА

Семинар ведет А. СОСЛАНД

Неизбежность и необходимость создания собственного психотерапевтического метода.

Для начинающих — самый эффективный путь вхождения в психотерапию.

Основные элементы и механизмы формирования психотерапевтического метода.

Как найти свой уникальный стиль и свое место в мире психотерапии.

Что такое харизматическая личность и как ею стать.

Готовые образцы возможных психотерапевтических методов.

Каким образом обычно преподают психотерапию? Чаще всего излагается теория и метод в рамках одного какого-то направления, одной школы. Мы предлагаем принципиально иной подход. Нами исследована и описана фундаментальная структура психотерапевтического метода, выделены основополагающие элементы психотерапевтической теории и техники. При такой постановке вопроса выясняется, что существует очень много неиспользованных возможностей конкретного оформления этих элементов общей структуры и различных вариантов их комбинирования. Семинар ориентирован не столько на существующие сегодня теории и техники, сколько на возможную психотерапию.

Если Вы только начинаете свой путь в психотерапии, то после нашего семинара Вы будете намного легче ориентироваться в тех методах и техниках, с которыми Вам придется сталкиваться. Вам будет понятна их внутренняя структура. Вы сможете быстрее разобраться в их достоинствах и недостатках.

Если Вы уже давно занимаетесь психотерапией и знакомы с обилием и пестротой различных школ, техник и т. д., то после нашего семинара Вы ясно поймете, что вполне в состоянии создать психотерапевтический метод, адекватный Вашей личности, Вашим вкусам и наклонностям, а, главное, будете знать, как это сделать.

СЕМИНАР ВАРЬИРУЕТСЯ В ОБЪЕМЕ ОТ 10 ДО 40 АКАД. ЧАСОВ

Контакт: Москва, 125057, Ленинградский пр-т, 75-А, кв. 58

СОСЛАНДУ АЛЕКСАНДРУ ИОСИФОВИЧУ

Тел.: (095) 157-77-14.

НЕСКОЛЬКО ИСТОРИЙ

В. Батаев

Моральная тупость

У Любови Ивановны Т. из Нижнего Новгорода погиб сын в Чечне. Солдатская мать не дождалась от военного ведомства не только останков сына, но даже и известия о месте его захоронения. Убитая горем, она сама пустилась в поиски дорогой могилы, но ее скорбные путь лежал через пустынное поле глухого равнодушия.

Наконец, в далеком алтайском селе она нашла могилу сына, на которой стоял надгробный памятник... другому воину. Требовалась определенная законом процедура эксгумации и опознания трупа.

Но бездушная военная машина ушла в тень от скандала, столкнув интересы двух горюющих семей: семья алтайского воина была против того, чтобы ворошили ставшую родно могилу. наша солдатская мать требовала перезахоронения. Она снова и снова ходила по инстанциям. От нее отмахивались, как от надоедливой мухи. И вот, спустя два года, упорство безутешно матери цинично объявляется ненормальностью. Она обращается в НПА.

Господа офицеры! Любовь Ивановна психически здорова. А вот как квалифицировать мозольную тупость военных чиновников?

Кабы чего не вышло

Е. из Томска когда-то десятки лет назад лечился в психиатрической больнице. Тогда же ему была определена 2-я группа инвалидности бессрочно.

Он прожил длинную жизнь. Состарился. Процесс, как говорится, давно отзвучал. Он немного чудаковат, этакий резонер в духе героев А. Платонова, вполне безобидное и доверчивое существо.

Хотел бы устроиться в интернат, обычный интернат, «нормальный». Не тут-то было! На его пути встала старая инструкция, по которой инвалидам по психиатрии в такой интернат путь заказан.

Он к психиатрам: снимите, мол, с меня это клеймо, группу, но те на страже отживших свой век инструкций: как можно, группа бессрочная. Мы ему разрешим в интернат, а он даст экзацербацию. Нет уж, пускай бомжует.

У А. из Нижнекамска схожая история. Когда-то давно «ставили» ему вялотекущую шизофрению. Сейчас не разобраться: то ли это был эндогенный процесс или затянувшийся патологический пубертатный криз. Он практически здоров. Вполне социально благополучен. Хотел бы приобрести автомобиль. Но взгляды местных психиатров засорены старыми инструкциями: с «таким диагнозом» нельзя. Кабы чего не вышло.

Экскурс эксперта в организацию московской психиатрической помощи

1. Сколько ПНД нужно Москве?

Более 5-и лет административное деление Москвы представляет из себя структуру из 10-и (с г. Зеленоградом) округов и 123-х входящих в них территориальных управлений.

А обслуживание населения амбулаторной психиатрической помощью продолжает осуществляться по районам, уже ни существующим. 30 таких районов обслуживают 24 психоневрологических диспансеров. Семь из них оказались в Центральном административном округе (ЦАО).

Планировать оказание амбулаторной психиатрической помощи, которая финансируется из бюджета, без точного знания количества обслуживаемого населения невозможно.

Ранее, во времена действия приказов и инструкций Минздрава, одна ставка участкового психиатра утверждалась из расчета на 30 тысяч взрослого населения. Полноценным считался ПНД, в котором было не менее 5-ти ставок участковых психиатров; от них рассчитывался весь остальной персонал.

В настоящее время сведений о том, какое количество населения проживает в прежних районах нет, т.к. нет районов и нет районных статистических органов, которые эти сведения могли бы дать. Есть сведения о количестве населения в округах. Так, в ЦАО проживает около 700 тыс. взрослого населения. По старым нормативам для его обслуживания требовалось бы 23 участковых психиатров, которых вполне можно было бы «разместить» в двух диспансерах. А остальные 5 сократить (не здания, а учреждения).

Но организаторам здравоохранения не до того. Они требуют, чтобы диспансеры предоставляли им сведения о количестве обслуживаемого населения. А откуда эти сведения взять? И берутся они «с потолка». А так как все главные врачи заинтересованы в раздувании штатного расписания, то дают завышенные цифры об обслуживаемом населении. В ЦАО, например, есть диспансеры, в которых фактически не более 3-х врачебных участков, т.е. «нежизнеспособных». И ничего, существуют.

И такая ситуация будет сохраняться до тех пор, пока чиновник от здравоохранения не начнет радеть о народных деньгах,

2. Принудительный сервис

Человеку, желающему водить автомобиль или иметь оружие нужно предъявить органам внутренних дел справку о том, что он не находится под диспансерным психиатрическим и наркологическим на-

блюдением. Так это и было до последнего времени. Справка выдавалась медрегистратурой. Это вполне отвечало требованиям ОВД. Но не кооммерциализированным взглядам организаторов московского здравоохранения. Теперь к приказном (!) порядке во всех психиатрических и наркологических диспансерах города введены т.н. платные услуги по выдаче таких справок. А для соблюдения приличия выдача справок замуфлирована под освидетельствование психического состояния в хозрасчетном кабинете. Двусмысленная ситуация: во-первых, при кратковременном протокольном осмотре психиатр никогда не сможет выявить психопатологии (к примеру, освидетельствуемый лечился или лечится приватно; до приезда в Москву находился под психиатрическим наблюдением и т.п.), во-вторых, при наличии вроде бы очевидной патологии у человека, не находящегося «на учете» (черты фершробен, или алкогольный хабитус) врач не имеет права без его согласия ставить его «на учет», и справка в том и в другом случае будет выдана.

Итак, человек обращается за справкой в диспансер. В регистратуре проверяют не состоит ли он на учете, отсылают оплатить услугу осмотра. Очевидна профанация такого «осмотра». Ведь это не у дерматолога. Здесь требуется кропотливое, многочасовое, с получением объективного анамнеза, иногда комиссионное и сопряженное с психологическим обследованием. Не до того психиатру хозрасчетного кабинета: бурлит поток жаждущих за свои денежки получить вожденную справку.

Мы уже не говорим о том, что практика такого освидетельствования есть прямое нарушение Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Если гражданин, обратившийся за справкой не желает проходить психиатрического освидетельствования, оно не может быть ему «навязано». Статья 6 Закона регулирует порядок выдачи заключений об ограничениях в выполнении отдельных видов профессиональной деятель-

ности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности. Других законов на этот счет пока нет. Ну, а если уж приказ московского комитета здравоохранения разрешает оказывать платные услуги, то зачем же ограничиваться оказанием их для водителей и носителей оружия, ведь в Перечне, утвержденном постановлением Совмина РФ 377 от 28.04.93 г. перечислены и банщики, и парикмахеры, и маникюрщицы и т.д.?

3. Кого считать социально опасным?

Раньше в ПНД действовал совместный приказ Минздрава и МВД СССР № 357/93 от 5.05.88 г., которым утверждалась Инструкция об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел по предупреждению общественно опасных действий психически больных. Инструкцией в каждом ПНД больные, представляющие общественную опасность, выделялись в группу специального учета (СУ), наблюдение за которыми осуществлялось совместно с отделением милиции. В эту группу входили больные, находившиеся на принудительном лечении в связи с совершенными ими общественно опасными деяниями. Кроме того, в нее входили больные, которые в прошлом, до начала психического заболевания, были судимы за совершенные преступления, а также больные представляющие потенциальную опасность.

Сейчас этот приказ не действует. Но органы здравоохранения ежегодно требуют отчета о контингентах социально опасных больных.

Считаем, что в свете статьи 27 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» выделение в СУ определенного контингента больных потеряло всякий смысл. За больными, представляющими опасность врач должен наблюдать так часто, как это диктуется его долгом перед обществом и состоянием больного. А взаимодействие с милицией должно определяться ст. 30 Закона и ст. ст. 10 и 11 Закона РФ «О милиции».

Независимая психиатрическая ассоциация России организует в рамках своей образовательной программы прерывистый цикл благотворительных занятий (семинары, психотерапевтические мастерские) для психиатров-психотерапевтов психиатрических больниц и психоневрологических диспансеров Москвы. Тема цикла:

«КРАТКОСРОЧНЫЕ ПРИЕМЫ ТЕРАПИИ ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ ДЛЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ БОЛЬНЫХ. КЛИНИКО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ТЕАТР В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ, В АМБУЛАТОРИИ»

Занятия проводит автор метода – доцент кафедры психотерапии Российской медицинской академии последипломного образования, председатель Общества клинических психотерапевтов при НПА России Марк Евгеньевич Бурно в психотерапевтической амбулатории на базе наркологического диспансера № 1 (2-ой Автозаводский проезд, 415, рядом с м. «Автозаводская»). Занятия будут проводиться каждую вторую среду месяца, начиная с 12 ноября с.г. (всего 6 занятий), в «психотерапевтической гостиной» (2-ой этаж комн. 34) с 14.00 до 17.00. Кроме того, предусматривается учебное участие слушателей цикла в лечебной работе с пациентами в определенные дни, по договоренности. Вышло специальное учебное пособие «О краткосрочной терапии творческим самовыражением и клинико-психотерапевтическом театре в психиатрии» (Приложение к «Независимому психиатрическому журналу»), Москва, 1997.

На настоящий прерывистый цикл возможно принять всего не более 10 врачей (с просьбой от администрации на больничном бланке). Записываться на цикл – по телефону 275-4567 (НД № 1) с 1 сентября 1997 г. у Елизаветы Юльевны Будницкой. Там же, в НД № 1, возможно приобрести указанное учебное пособие.

По окончании цикла усвоившим данные психотерапевтические приемы будут выданы специальные сертификаты НПА России.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЭКСПЕРТА ЗА ДАЧУ ЛОЖНОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Ю. Н. Аргунова

Каждому психиатру, участвующему в проведении судебно-психиатрических экспертиз, безусловно известны нормы УК РСФСР об ответственности за заведомо ложное заключение (ст. 181) и отказ или уклонение эксперта от дачи заключения (ст. 182). Ныне действующий УК РФ, вступивший в силу с 1 января 1997 г., сохранив ответственность за отказ свидетеля или потерпевшего от дачи показаний (ст. 308), декриминализировал отказ или уклонение эксперта от дачи заключения. Отныне нежелание эксперта давать заключение, в частности неявка его без уважительной причины для дачи заключения, не является преступлением. Вместе с тем следует иметь в виду, что в этом случае лицо, производящее дознание, следователь, прокурор и суд вправе подвергнуть эксперта приводу. Суд вправе также наложить на него денежное взыскание в размере до одной третьей минимального размера оплаты труда (ст. 73 и 82 УПК). Новый УК кроме того внес некоторые изменения и дополнения в норму об ответственности за заведомо ложное заключение эксперта, смягчив в целом меру наказания и впервые предусмотрев основания освобождения от уголовной ответственности за эти действия (ст. 307).

Заведомо ложное заключение эксперта препятствует полному, всестороннему, объективному расследованию дела и в целом — осуществлению правосудия. Поэтому основным объектом данного преступления является правильное функционирование судебной системы, органов следствия и дознания. Дополнительным объектом выступают права и законные интересы личности, в ущерб которым дается заведомо ложное заключение о фактах, имеющих процессуальное значение.

Рассматриваемое преступление заключается в изложении экспертом не соответствующей действительности, т.е. ложной информации суду (по уголовному, гражданскому или административному делу), либо органу предварительного расследования как в письменной, так и в устной форме. Ложность экспертного заключения состоит в заведомо неправильном описании фактов, важных для разрешения дела по существу (искажение фактов или сознательное умолчание о них), либо в заведомо неверной оценке фактов или результатов исследования, которые впоследствии кладутся в основу выводов, либо в заведомо неправильных выводах. При этом заключение может не соответствовать действительности как полностью, так и в какой-нибудь части.

Преступление признается оконченным с момента завершения дачи устного заключения либо с мо-

мента передачи письменного заключения органу, назначившему экспертизу. Возбуждение уголовного дела в отношении эксперта может иметь место лишь одновременно с постановлением приговора по делу, по которому данный эксперт давал заключение (ст. 256 УПК).

По правилам ст. 275 УПК и ст. 163 ГПК эксперт предупреждается об ответственности за дачу заведомо ложного заключения. Однако при отсутствии такого предупреждения уголовная ответственность за дачу ложного заключения не исключается.

Субъектом рассматриваемого преступления является эксперт, официально привлеченный к участию в деле в соответствии с нормами УПК или ГПК. Врач-психиатр, иногда участвующий в деле как свидетель, также может быть субъектом преступления, предусмотренного ст. 307 УК, т.к. эта статья кроме того содержит ответственность за заведомо ложные показания свидетеля и потерпевшего. Вместе с тем УК не устанавливает ответственности за дачу заведомо ложного заключения специалистом, участвующим в уголовном процессе. Как известно, в качестве специалиста может выступать и врач-психиатр. Однако за отказ или уклонение специалиста от выполнения своих обязанностей к нему могут быть применены меры общественного воздействия или на него, как и на эксперта, может быть наложено судом денежное взыскание в размере до одной третьей минимального размера оплаты труда (ст. 133¹ УПК), о чем специалист заранее предупреждается (ст. 275¹ УПК). Если специалист или эксперт отказывается дать заключение, ссылаясь на свою некомпетентность или недостаточность представленных для исследования материалов, то в случае подтверждения этих обстоятельств указанная ответственность за такой отказ не может иметь места.

Данное преступление предполагает только умышленную форму вины. Эксперт осознает, что его заключение не соответствует действительности, предвидит возможность или неизбежность наступления опасных последствий и желает их наступления (прямой умысел) либо не желает, но сознательно допускает эти последствия или относится к ним безразлично (косвенный умысел). Указанный в ст. 307 УК признак «заведомости» отграничивает рассматриваемое уголовно наказуемое деяние от ненаказуемых неосторожных действий. К ним относится, например, дача экспертом неправильного заключения вследствие недостаточности своей профессиональной подготовки или халатного отношения к производству экспертизы. Впрочем в последнем случае

неисполнение или ненадлежащее исполнение экспертом своих обязанностей вследствие недобросовестности или небрежности, если это причинило существенный вред, может влечь ответственность по ст. 293 УК за халатность. Дача не соответствующего действительности заключения в результате добросовестного заблуждения под признаки ст. 307 и 293 УК не подпадает, ответственность эксперта в этом случае исключается.

Мотивы преступления (корысть, месть, неприязнь, карьеризм, ложно понимаемые интересы борьбы с преступностью) для квалификации действий по ст. 307 УК значения не имеют. Они могут быть учтены судом в процессе индивидуализации наказания в пределах установленной санкции. В отличие от ст. 307 нового УК, ранее действовавшая ст. 181 УК РСФСР за дачу заведомо ложного заключения с корыстной целью предусматривала повышенную ответственность.

Ч. 1 ст. 307 УК РФ в отличие от ч. 1 ст. 181 прежнего УК не предусматривает лишение свободы и содержит более широкий перечень возможных видов наказания: штраф в размере от 100 до 200 минимальных размеров оплаты труда или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного до двух месяцев, либо обязательные работы на срок от 180 до 240 часов, либо исправительные работы на срок до двух лет, либо арест на срок до трех месяцев.

Ч. 2 ст. 307 устанавливает более суровую ответственность в виде лишения свободы на срок до пяти лет, если заведомо ложное заключение эксперта соединено с обвинением лица в совершении тяжкого или особо тяжкого преступления (эти понятия раскрываются в ст. 15 УК РФ).

Важным нововведением служит примечание к ст. 307 УК о деятельном раскаянии, в соответствии с которым эксперт освобождается от уголовной ответственности, если он добровольно в ходе дознания, предварительного следствия или судебного разбирательства до вынесения приговора или решения суда заявил о ложности данного им заключения. Это положение распространяется и на свидетеля, давшего ложные показания. Примечание дает возможность лицам, совершившим рассматриваемое преступление, осознать свой поступок, исправить случившееся и избежать уголовной ответственности.

Рассмотрение вопросов ответственности эксперта за дачу ложного заключения было бы неполным без краткого комментария к еще одной норме – ст. 309 УК РФ, предусматривающей, в частности, ответственность за подкуп (ч. 1) или принуждение (ч. 2) эксперта к даче ложного заключения или ложных показаний либо уклонению от дачи заключения.

Подкуп может выражаться в передаче (обещании передачи) денег, ценных бумаг, иного имущества либо предоставлении услуг, других благ материального характера за дачу экспертом ложного заключения в период предварительного расследования дела или при рассмотрении его в судебном заседании. Подкуп может быть произведен как самим виновным, так и через посредника. Размер подкупа

при решении вопроса об уголовной ответственности значения не имеет. При определенных условиях подкуп эксперта может рассматриваться как дача взятки, а действия эксперта – соответственно как получение взятки (ст. 290, 291 УК).

При подкупе не требуется согласия подкупаемого лица дать ложное заключение; состав этого преступления исчерпывается передачей средств подкупа под условие дачи ложного заключения. В случае, когда эксперт отказался их принять, содеянное должно квалифицироваться как покушение на подкуп (ч. 3 ст. 30 и ч. 1 ст. 309 УК РФ).

Принуждение эксперта к даче ложного заключения или уклонению от дачи заключения является уголовно наказуемым, если оно совершено путем шантажа, угрозы убийством, причинением вреда здоровью, уничтожением или повреждением имущества эксперта или его близких. Состав данного преступления не образуют угрозы иного рода, например, выселить из служебного жилого помещения, уволить с работы.

Для того, чтобы преступление считалось оконченным, достаточно самого факта угрозы, заявленной в устной или письменной форме; было ли фактически дано экспертом ложное заключение или имело место уклонение от его дачи – значения не имеет.

Статья 309 предусматривает повышенную ответственность за принуждение, совершенное с применением насилия, не опасного для жизни или здоровья (ч. 3), а также более суровую ответственность в случае применения насилия, опасного для жизни или здоровья, либо совершения подкупа или принуждения организованной группой лиц (ч. 4). Преступление считается оконченным с момента применения насилия.

Не имеет значения для квалификации действий по ст. 309 (но значимо для индивидуализации наказания), принуждался ли эксперт к даче ложного заключения по уголовному делу в пользу обвиняемого или против него, либо по гражданскому или административному делу.

Субъектом преступления могут быть как участники процесса (истец, ответчик, обвиняемый, свидетель и т.п.), так и третьи лица.

В зависимости от конкретных обстоятельств дела (достижения виновным цели подкупа или принуждения) возникает вопрос об ответственности эксперта по ст. 307 УК за дачу ложного заключения.

В случае, если эксперт был вынужден дать не соответствующее действительности заключение под воздействием насилия, опасного для жизни или здоровья, либо с целью избежать такого насилия, непосредственно угрожающего ему или его близким, и если эта опасность не могла быть устранена иными средствами, действия эксперта, давшего ложное заключение, могут быть признаны совершенными в состоянии крайней необходимости и не являться преступлением (ст. 39 УК РФ).

В иных случаях дача заведомо ложного заключения в результате физического или психического принуждения может быть расценена судом как обстоятельство, смягчающее наказание (п. «е» ст. 61 УК РФ).

КОММЕНТАРИИ К КОММЕНТАРИЯМ

Мнение практика

С. С. Гурвиц

Нас опять, как и в 1993 году, не призвали на пир всеблагие. Сиречь – не пригласили участвовать в новом издании комментированного сборника законодательных актов Российской Федерации в области психиатрии¹. Хотя и помянули в предисловии, что представители НПА принимали активное участие на всех этапах подготовки законопроекта о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании.

Могли бы, конечно, и добавить, что с нашей подачи было изменено само название Закона (вместо первоначального сугубо служебно-инструктивного) и внесено в него очень важное, на наш взгляд, положение о недопустимости ограничения прав граждан только на основании одних лишь фактов обращения за психиатрической помощью, а также отнесения этих сведений к врачебной тайне. Ведь до сих пор, на пятом году действия Закона, именно выяснение «состоит ли на учете» остается наиболее популярным в населении – от обывателей до администраторов самого высокого ранга – мерилом полноценности человека.

Впрочем, не так уж важно, кто первый сказал «э». Сейчас не пятидесятые годы, чтобы отстаивать приоритеты. Важно, что получилось из многолетних усилий большого коллектива врачей и юристов через четыре с половиной года после введения Закона в действие.

Двухлетний юбилей его, кстати, авторы этой статьи «отмечали» в журнале «Российская юстиция» (№ 12, 1994). Статья эта – а там указывалось на вопиющие противоречия между Законом и его исполнением – не была удостоена никаких – даже презрительных – откликов официальных психиатрических изданиях; сработал, видимо, застарелый рефлекс восприятия публикаций НПА почти как самиздата. Но одно дело – игнорировать Независимый психиатрический журнал, зарегистрированный все же вполне официально, другое – орган Верховного суда России...

Однако не хочется, чтобы подумали, будто мы сводим счеты и брюзгливо высказываем претензии. Нас беспокоит прежде всего то, что более чем через два года после упомянутой публикации ситуация не только не изменилась, но даже ухудшилась.

Как и два с половиной года назад Закон остается этакой «вещью в себе», он не известен не только

всему населению, но и юридическим работникам на предприятиях и в учреждениях, он воспринимается ими, чаще всего, как Закон только для психиатров, – вроде расширенной инструкции.

Ниже мы постараемся показать это детально при комментировании комментариев к Закону. Конечно, не всех – комментировать все, написанное высококвалифицированными специалистами в психиатрии и юриспруденции, было бы занятием столь же самонадеянным, сколь и бессмысленным.

Статья 2, часть 2

«Правительство Российской Федерации и правительства республик в составе Российской Федерации, а также министерства и ведомства вправе принимать правовые акты о психиатрической помощи в пределах своей компетенции».

В период подготовки законопроекта в этой статье месяцами значилось: *«вправе принимать нормативные акты»*. Однако в согласованный на всех этапах проект были внесены, как известно, в промежутки между 2 июня и 2 июля 1992 года единоличные, как потом выяснилось, изменения, другим участникам подготовительной комиссии – во всяком случае от НПА – неизвестные. Тогда нас возмутил не только заспинный характер редактирования. Новая формулировка наделяла министерства и ведомства (органы исполнительной власти) возможностью принимать законодательные решения, что означало возврат к старому, к недоброй памяти временам межведомственных инструкций, в частности – к зловещей инструкции о неотложной госпитализации 1961 года.

По этому поводу автор настоящей статьи по горячим следам опубликовал в «Экспресс-хронике» возмущенное открытое письмо, но оно, как и все исходящее от НПА, не было ни опровергнуто, ни осмеяно.

Ни к чему, казалось бы, ворошить старое, если бы в комментируемом комментарии к этой статье С. В. Полубинская не соединила бы эти неравнозначные, на наш взгляд, понятия вместе: *«нормативные правовые акты общего характера»* в противовес нормативным актам индивидуального значения, касающиеся только конкретных лиц и мероприятий.

Терминологический спор на этом можно было бы считать оконченным, тихо радуясь, что мы были в чем-то правы, если бы не практические воплощения этой статьи Закона.

¹ Комментарий к законодательству Российской Федерации в области психиатрии (Коллектив авторов. Под общ. ред. Т. Б. Дмитриевой. М.: Изд-во «Спарк», 1997, 363 с.

Из числа подзаконных («нормативно-правовых») актов, принятых во исполнение настоящего Закона, самым первым и, безусловно, одним из важнейших является Постановление Правительства РФ № 377 от 28 апреля 1993 года, во многом поставившее больных в трудное положение по причинам, на которых мы остановимся, комментируя комментарий к статье 6.

Утвержденное четыре года спустя Правительством «Положение о признании лица инвалидом» (№ 965 от 13.08.96 г.), вступившее в силу с 1 января 1997 года, не соотносится прямо с Законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», тем не менее имеет самое непосредственное отношение к лицам с психическими расстройствами, проходящими освидетельствование в медико-социальных экспертных комиссиях (МСЭК – бывших ВТЭК). Положение предусматривает освидетельствование во МСЭК только на основании личного заявления освидетельствуемого. С одной стороны, как будто – соблюдение прав человека, предоставление свободы выбора, что соответствует генеральному принципу Закона о психиатрической помощи – добровольности обращения за этой помощью, поскольку к ней в соответствии со статьей 1 Закона отнесены и медико-социальные мероприятия.

И в то же время Положение поставило многих в трудные условия. Речь идет о больных с врожденным или приобретенным слабоумием, когда или навыков письма никогда не было, или они безвозвратно утрачены. А о непонимании того, что что-то надо написать, и говорить не приходится. Поэтому с 1 января 1997 года заявления во МСЭК за юных имбецилов пишут их родители, а за дементных стариков – их дети или другие родственники. Но как быть, если нет ни родственников, ни опекунов? И особенно, когда по бредовым мотивам больные, не считаящие себя больными, а тем более – инвалидами, отказываются вообще проходить МСЭК? О каких добровольных заявлениях может тут идти речь? В любом случае – результат один и тот же: больные остаются без средств к существованию.

По сути же требование от больных письменных документов схоже с такой же позицией в статье 28 Закона о психиатрической помощи, о чем будет сказано ниже.

Что же касается министерств и ведомств, а также субъектов Федерации, которых ч. 2 ст. 2 Закона наделила правом издания «нормативных правовых» актов по вопросам психиатрической помощи, то здесь накапливаются факты, говорящие о тенденции «малых законодателей», особенно – подведомств принимать решения «психиатрического характера» как будто федерального закона вообще не существует и он на местах создается заново.

Иначе невозможно расценить постановление Законодательного собрания Краснодарского края, принятое в августе 1996 года, об обязательном предоставлении кандидатами в губернаторы справок из психиатрического и наркологического диспансеров о «несостоянии на учете». По этому поводу автор этой статьи писал в «Новой ежедневной газете» и «Медицинском вестнике», протестов же со сторо-

ны прокуратуры по поводу незаконного решения, насколько нам известно, не было.

Спускаясь на несколько административных ступеней ниже, нельзя не упомянуть о распоряжении чиновника администрации г. Долгопрудного (Московская область), посчитавшего, что исполнительная власть включает в себя и судебную, а потому потребовавшего сведения о том же «состоянии на учете» 1377 (!) кандидатов присяжные заседатели областного суда (см. статью в журнале «Российская юстиция» № 2 за 1966 г.)

В том же ряду – такое же требование справок о «несостоянии на учете» для медицинских работников г. Долгопрудного, «задействованных» в качестве резервных функционеров Министерства Чрезвычайных ситуаций – со слов этих медработников – по положению МЧС.

Эти примеры – только из двух регионов. Неизвестно, какая правовая самостоятельность, разрешенная частью 2 статьи 2 Закона о психиатрической помощи, осуществляется в других субъектах Российской Федерации органами самоуправления, министерствами и ведомствами. Как неизвестны и какие-либо по этому поводу протесты со стороны прокуратуры – высшей надзорной инстанции по соблюдению законов.

Статья 6

(1) «Гражданин может быть временно (на срок не более 5 лет и с правом последующего пересвидетельствования) признан непригодным вследствие психического расстройства к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности...».

(2) «Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, утверждается Правительством Российской Федерации...».

В комментарии профессора В. П. Котова к этой статье указано, что Перечень, утвержденный Постановлением СМ РФ № 377 от 28 апреля 1993 года несколько сужает психиатрические противопоказания для рассматриваемых видов деятельности.

Между тем он на самом деле их расширяет в сравнении с предыдущими списками противопоказаний, утверждавшимися прежде приказами Минздрава СССР по согласованию с ВЦСПС (последний из них – № 555 от 1989 года).

В последний (1993 года) перечень включены условия труда, которых не было в предшествующих списках, непонятно почему отнесенные к психически больным (даже требующим ввиду выраженности и длительности психических расстройств диспансерного наблюдения): работа на открытом воздухе при пониженных внешних температурах, работа с вынужденным наклоном тела до 45 градусов, работа, связанная с переноской тяжестей более 5 кг в одной руке и не более 10 кг суммарно.

Иначе говоря, психические больные, находящиеся под диспансерным наблюдением, не могут быть

допущены к работам дворников, уборщиц и грузчиков, которые они с успехом осуществляли ранее, хотя они и считались в населении непрестижными.

Теперь, в условиях всероссийской безработицы, когда исчезает понятие «непрестижная профессия» и на такие работы вынуждены соглашаться психически здоровые, имеющие подчас высокую квалификацию, но не находящие ей применения люди, этот пункт Постановления № 377 стал препятствием для трудоустройства больных, их трудовой реадaptации и социальной реабилитации, не говоря уже об ухудшении их материального положения.

И вообще критерий «диспансерное наблюдение» как общее противопоказание для всех включенных в перечень работ чересчур универсален, он как бы автоматически зачисляет всех таких больных в неспособных ни к какому труду на общем производстве и совершенно не учитывает случаев, когда в результате применения пролонгированных, например, психотропных препаратов имеется достаточно стойкая и достаточно длительная ремиссия, с сохранением профессиональной трудоспособности, однако наблюдение необходимо продолжать для контроля за регулярностью профилактической терапии.

К сожалению, эти аспекты проблемы в комментариях к этой статье не рассмотрены.

Статья 8

«При реализации гражданином своих прав и свобод требования предоставления сведений о состоянии его психического здоровья либо обследования его врачом-психиатром допускаются лишь в случаях, установленных законами Российской Федерации».

Статья 9

«Сведения о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечении в учреждении, оказывающей такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной, охраняемой законом».

Эти статьи (статью 8 при этом можно рассматривать как компромисс после дискуссий о включении в Закон понятия «презумпция психического здоровья») тесно связаны между собой, там как в многолетней отечественной практике предприятий, учреждений, организаций и учебных заведений при приеме граждан на работу или учебу фигурирует чаще всего один вопрос, касающийся психического состояния граждан: «Состоит ли на учете?». При отрицательном ответе на этот вопрос граждане считаются пригодными к любой деятельности, а при положительном – «нежелательными элементами».

К сожалению, ввиду кажущейся простоты и формальной правдивости отрицательных ответов («не состоит») они сохранились в практике многих психиатрических учреждений, что ставит в трудное положение лиц с психическими расстройствами при их трудоустройстве, если для этого нет противопоказаний. Отметка об их отсутствии в соответствии с

Перечнем, утвержденным Постановлением СМ РФ № 377 (1993 год), для одних лиц в сопоставлении с записью «на учете не состоит», для других – легко позволяет проникнуть во врачебную тайну и дает возможность решающим медицинским непсихиатрическим инстанциям препятствовать в нарушение Закона в приеме на работу или учебу тем, «состояние на учете» которых они с помощью психиатров расшифровали.

Поэтому логично было бы в комментарии к этой статье под понятием «иные сведения о состоянии психического здоровья» подразумевать **любые** сведения о психическом здоровье, в том числе – и **необращение** граждан к психиатрам.

Этот вопрос дискутировался при обсуждении формулировок данной статьи в рабочей группе по подготовке Закона, однако точка зрения НПА не возобладала.

Более чем четырехлетняя практика после введения Закона в действие показала, что подобные косвенные разглашения врачебной тайны повсеместны, несмотря на специальное (1994 год) разъяснение Минздравмедпрома РФ, почему-то не упомянутое в столь обширном комментарии.

Статья 11

«Лечение лица, страдающего психическими расстройствами, проводится после получения его письменного согласия...».

«Письменное согласие» на лечение, как норма, переключается в данном случае с требованиями письменного согласия на прохождение МСЭК и письменной же формой согласия на госпитализацию (статья 28).

Требование это – письменное согласие на лечение – несмотря на разработанный Минздравом документ, – практически не выполняется, особенно в амбулаторных условиях, когда дача письменного согласия совсем не означает, что лечение (как правило, в амбулаторных условиях – пероральное) больной будет принимать. То же самое можно сказать и о «таблеточном лечении» в стационарных отделениях (всем практическим психиатрам известно, что несмотря на все старания персонала, больные все же умудряются не принимать назначенные им препараты). Видимо, коль уж законодатель не конкретизирует способов лечения, уместно было бы в комментарии указать, что письменное согласие на лечение (если больной в состоянии его оформить) требуется только при парэнтеральном введении сильнодействующих психотропных препаратов (витамины ведь тоже вводятся часто парэнтерально) и психотропных препаратов вообще. Не лишне заметить при этом, что в соматической сети при назначении препаратов подчас более сильного действия, чем побочный эффект психотропных лекарств, никакого письменного согласия у больных на это не испрашивается.

И все же во всех случаях остается неясной возможность применения необходимых для успешного лечения психотропных препаратов, когда больной по бредовым мотивам не желает заполнять никаких письменных документов – ни на согласие на лечение, ни на отказ от него.

Статья 16

«Государством гарантируется

(1) ...консультации по правовым вопросам и другие виды юридической помощи в психиатрических и психоневрологических учреждениях».

В процессе подготовки законопроекта НПА на заседаниях рабочей группы многократно предлагала пополнить перечень государственных гарантий при оказании психиатрической помощи всего одним пунктом: «защита прав и законных интересов больных». Тогда бы эта формулировка Закона гармонично сочеталась с п. 5 статьи 44 Гражданского процессуального кодекса и дала бы возможность не только «консультировать по правовым вопросам», но и активно участвовать в гражданских судебных процессах в интересах больных, не всегда способных в силу психического дефекта, а то и недостаточной общей, не говоря уже о юридической, грамотности, отстоять в состязании с психически здоровыми оппонентами, нередко нанимающими адвокатов, свои интересы даже в бесспорных случаях. Крайне существенным является при этом обусловленное законом освобождение от уплаты судебной пошлины, на которую, особенно в случаях имущественных споров, у больных попросту нет средств.

Против этого предложения НПА на протяжении всего периода подготовки законопроекта решительно выступала С. В. Полубинская – без сколько-нибудь серьезных аргументов.

Автор этой статьи как-то прямо спросил ее, не является ли поводом для упорного противодействия нашим предложениям то, что они исходят именно от нас. Она ответила, что «не только». Значит предположения наши были верны...

Так или иначе, ни в Закон, ни в Положение о психиатрической больнице (диспансере), куда С. В. Полубинская одно время предлагала включить строку «защита прав и законных интересов больных», эта формулировка не вошла. Сотни тысяч больных остались без защиты в нынешних условиях повсеместной циничной охоты за принадлежащими им ценностями, прежде всего недвижимостью. Их обманым путем или насильем вынуждают заключать крайне невыгодные для них сделки, а защищать их в судах психиатрические учреждения, не получившие законного права представительства, не могут.

Между тем одно из достаточно серьезных возражений – отсутствие у врачей, в случае участия их в гражданских судебных процессах, достаточных юридических познаний – отпало с введением в штат психиатрических учреждений должностей юристов.

К сожалению, и этот аспект социально-правовой помощи лицам с психическими расстройствами в рецензируемом комментарии обойден.

Статья 28

(5) «Полученное согласие на госпитализацию оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра».

Вопрос о письменном засвидетельствовании пациентом его согласия на стационарное лечение, как

нормы Закона, долгое время дебатировался при подготовке законопроекта. В конце-концов эта предполагавшаяся норма была изъята из-за того, что в ряде случаев (помрачение сознания, слабоумие) больные просто не в состоянии определить свое отношение к госпитализации. Предполагалась просто фиксация в истории болезни высказанного больным (или обследуемым) согласия за подписью дежурного врача. Тезис о письменном согласии появился в Законе уже в результате посткомиссионного редактирования. Введение этого требования сразу перевело достаточно простой вопрос в плоскость «составления ответственного документа». Ныне эта проблема еще более усугублена статьей 128 Уголовного Кодекса (незаконное помещение в психиатрический стационар). Понятие недобровольности теперь воспринимается почти как криминальное, а полученное от больного письменное согласие – как гарантия правовой защиты врача. Более того – эта статья Закона стала для психиатров не только главной, но и почти единственной, которую следует неукоснительно соблюдать. Практика последнего четырехлетия показала, что стремление получить подпись больного под записью «На лечение согласен» стала чуть ли не основным занятием в деятельности приемных покоев психиатрических больниц. В «Независимом психиатрическом журнале» многократно приводились примеры того, как эти подписи добываются всеми правдами и неправдами, хотя депрессивные больные, например, могут воспринимать требуемую от них расписку письменным признанием своей вины, а бредовые – подписью под протоколом допроса.

Не случайно, что после введения Закона в действие статистика из года в год показывает, что количество **направленных** в недобровольном порядке в психиатрические стационары превышает число **принятых** туда в 2,5 – 3 раза. Поверить в то, что больные за время их следования из дома до приемного покоя за какие-нибудь 30–40 минут «одумались» и поняли необходимость лечения, невозможно.

Другое дело, что помещенные в стационар недобровольно после проведения незамедлительных (как того требует врачебный долг) лечебных мероприятий ранее, чем в «законные» 48 часов, выходят из острого психотического состояния и дают действительно осознанное согласие на лечение в стационарных условиях. Однако ни в Законе, ни в комментариях эти случаи, не такие уж и редкие и делающие по существу излишним обращение в суд, не оговариваются.

Статьи 34 – 35

Они посвящены рассмотрению в суде дел о недобровольной госпитализации.

В комментариях к этим статьям ничего, к сожалению, не говорится о том, что в практике постоянны отклонения от установленных Законом норм.

Не соблюдаются сроки рассмотрения дел – не потому, что сроки эти намеренно затягивают, а потому, что значительная часть психиатрических больниц в Российской Федерации расположена на весьма приличном удалении от крупных населенных пунктов, а следовательно, и от судов. Одна пере-

сылка документов для судебного рассмотрения может растянуться более чем на 5 дней, а выезд представителей больницы в суд или суда в больницу (если он вообще возможен) – еще на большие сроки.

За это растянутое по объективным причинам время в состоянии больных могут произойти значительные изменения (см. наши замечания по поводу комментариев к статье 28), в суде пациенты, помещенные недобровольно, могут вполне искренне заявить о своем согласии на стационарное лечение в результате улучшения состояния и появления критики к нему, но не исключается и вынужденное согласие – после соответствующей психологической обработки в отделениях.

Но самое главное не в этом, а в том, что в судах госпитализированные недобровольно и не согласные с этим граждане фактически остаются без защиты. В силу той же частой отдаленности психиатрических стационаров от места жительства больных (несмотря на положения части 2 статьи 5 Закона, которые не всегда осуществимы из-за извечного российского стремления запрятать психиатрические больницы подальше, в глубинку (при том что радиус обслуживания может быть и сто, и более километров), законные представители больных в судах могут появиться только в исключительных случаях, а желающих быть представителями по доверенности надо еще подобрать – и, как правило, их не находится. Конечно, такую функцию могла бы взять на себя независимая служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах (статья 38 Закона), но в комментариях с горечью признается, что ее не существует; а приглашение адвоката для этих целей в нынешних условиях вообще неосуществимо из-за непомерно высоких для наших пациентов гонораров.

В этих обстоятельствах требование состязательности при судебных разбирательствах никак не может быть выполнено: пациенту, заведомо не располагающему специальными познаниями в психиатрической науке, но считающему недобровольную госпитализацию необоснованной, не под силу оспорить заключение ВКК (теперь – КЭК) психиатрического учреждения, причем в случаях решительного утверждения в этом заключении обоснованности недобровольной госпитализации, особенно – если имели место меры физического стеснения, трудно бывает исключить не всегда правильно понимаемые коллегиальную солидарность и корпоративную взаимовыручку.

В любом случае ясно, что суд в своих решениях будет ориентироваться скорее всего на изложенное научными терминами мнение психиатрического лечебного учреждения, неправоммерно приобретающего в этой ситуации экспертные функции.

Эти обстоятельства комментариев Н. Г. Салищевой обходит стороной.

Статья 39

Выше (при обсуждении статьи 16) уже говорилось, что администрации психиатрических стационаров помимо обязанностей, перечисленных в этой статье, **не вменена в обязанность** защита законных прав и интересов своих пациентов. Не даны ей и права представительства больных, не признанных в установленном порядке недееспособными.

Между тем больные (особенно госпитализированные недобровольно) часто поступают в психиатрические больницы со множеством не терпящих отлагательства проблем (имущественных, трудовых, семейных и т. д.). Одна из наиболее частых ситуаций – задержка прохождения ВТЭК (МСЭК) или из-за беспомощности, или из-за активного сопротивления по бредовым мотивам, что в обоих случаях лишает их средств существования.

Учитывая часто преходящий – в том числе и после медикаментозного лечения – характер психотического состояния, признание таких больных недееспособными нецелесообразно, однако из-за отсутствия у психиатрических стационаров обязанности и права немедленно от своего имени начать борьбу против ущемления другими лицами, а также учреждениями и организациями прав и законных интересов пациентов упускается время. Тем более, что больные могут сообщить о своих требующих помощи в их разрешении проблемах часто не сразу при поступлении, а только по выходе из острого психотического состояния, не означающего однако возможности выписки из-за необходимости продолжения лечения.

Сожалея об отсутствии как в Законе, так и в комментариях к этой статье даже упоминания, не говоря уже об анализе этих крайне важных обстоятельств, нам остается только выразить удовлетворение тем, что многократно предлагавшееся НПА наделение Законом администрации психиатрических стационаров функциями опекунов над больными, признанными в установленном порядке недееспособными и не имеющими опекунов – физических лиц, долгое время значившееся в законопроекте и вычеркнутое из него в результате июньского (1992 год) закулисного редактирования, все-таки вошло в законодательство. При этом – что особенно приятно – на гораздо более высоком уровне: в виде одной из позиций части 4 статьи 35 Гражданского Кодекса Российской Федерации.

Таковы основные наши замечания по поводу нового издания комментированного Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании. К ним, конечно, можно и не прислушаться или вообще отвести с порога, поскольку они исходят от НПА, только гражданам, ради которых Закон и был принят, легче от этого не будет.

РЕКОМЕНДУЕМ

Н. Г. Шумский

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

СПб., 1997

НОВЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ВПА ПО ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ: НЕОЖИДАННАЯ БОРЬБА И ПОУЧИТЕЛЬНЫЙ УРОК

Вопрос о представителе ВПА по региону Восточной Европы рассматривался на Мадридском Конгрессе. На это вакантное место было предложено 4 кандидатуры: 3 от Румынии и 1 от России: вице-президент НПА проф. В. Е. Каган из Санкт-Петербурга.

Румынские кандидатуры были сняты в связи с переходом Румынии в другой регион. По просьбе представителя только что принятой в ВПА Украинской психиатрической ассоциации (УПА) д-ра С. Ф. Глузмана решение этого вопроса было отложено. Вскоре после Конгресса три организации – УПА, Албанское и Российское общества психиатров (РОП) выдвинули кандидатуру Семена Глузмана, а Украинское общество невропатологов, психиатров и наркологов, Белорусская, Грузинская и Казахская психиатрические ассоциации – Петра Морозова. В этой ситуации НПА направила Исполкому ВПА протест против кандидатуры Глузмана, ссылаясь на его категорический отказ сотрудничать с НПА с течением последних 5 лет. Эта личная позиция Глузмана не распространяется на УПА, но будучи ответственным ученым секретарем УПА, Глузман фактически блокировал сотрудничество наших ассоциаций. НПА выразила удивление, как могут, зная об этой позиции Глузмана УПА и РОП не считаться с принципом консенсуса. НПА писала:

«...Как мы недавно узнали, Украинская психиатрическая ассоциация выдвинула в качестве представителя в ВПА от региона Восточной Европы д-ра С. Глузмана. НПА России категорически возражает против этой кандидатуры, так как д-р Глузман в течение последних 4-х лет занимает открыто враждебную по отношению к нашей ассоциации позицию. Мы неоднократно пытались установить сотрудничество с Украинской психиатрической ассоциацией и всякий раз встречали отказ со стороны д-ра Глузмана. Многократные попытки президента НПА д-ра Савенко встретиться с д-ром Глузманом были отвергнуты, а в 1994 г. во время визита руководства нашей Ассоциации в Киев с целью налаживания профессиональных связей, д-р Глузман категорически отказался встречаться с членом Совета НПА д-ром А. Богданом, заявив, что ни с кем из этой организации он сотрудничать не будет. Такая позиция д-ра Глузмана, который является одним из лидеров Украинской психиатрической ассоциации и Женевской инициативы в психиатрии, привела к тому, что обе эти организации фактически отказываются от сотрудничества с НПА России, ссылаясь на необоснованную критику в свой адрес. Наша Ассоциация действительно неоднократно критиковала руководство Женевской инициативы в психиатрии, однако эта критика касалась, в первую очередь, неконструктивной позиции в отноше-

нии НПА. Кроме того, мы считаем, что на критику, особенно если она необоснованна, уместнее отвечать открыто, а не вести закулисные интриги». Действительно, осенью 1996 г. вскоре после Конгресса ВПА в Мадриде президент Санкт-Петербургской психиатрической ассоциации, тесно сотрудничающий с Женевской инициативой, на заседании Ассоциации, посвященном итогам Конгресса в Мадриде, сказал: «От Восточной Европы был предложен приличный человек, из Санкт-Петербурга (имелся в виду д-р Каган), но так как его выдвигал Савенко, мы его провалили». Этот пример очень точно отражает ситуацию, сложившуюся в отношениях между нашими организациями. «Мы неоднократно заявляли о своей готовности к сотрудничеству и считаем, что руководство ВПА может сделать определенные шаги в направлении нормализации этого процесса. С этой точки зрения необходимо, чтобы представителем региона Восточной Европы был избран человек, лояльно настроенный ко всем обществам данного региона, способный представлять их интересы и открытый к диалогу и сотрудничеству...».

«...Наша ассоциация выдвинула на это вакантное место задолго до Мадридского Конгресса кандидатуру д.м.н., проф. Виктора Кагана из Санкт-Петербурга, известного детского психиатра, автора ряда монографий, в частности по психогигиене пола у детей, превосходящих по деликатности тона многочисленные переводные на эту тему; а в последние 10 лет ездящего по всей России в качестве ведущего групповых психотренингов. Проф. Каган участвовал в организации двух грандиозных международных форумов по конфликтологии в Санкт-Петербурге в 1995 и 1996 годах, собиравших свыше 150 зарубежных ученых со всего мира и мн. др. Но главное, что это не просто прекрасный профессионал с психиатрическим стажем более 30 лет, но очень доброжелательный, терпимый, склонный к конструктивным компромиссам человек, нашедший себя как раз в психотерапии и конфликтологии, что для всех нас очень важно...».

«...Ситуация, сложившаяся накануне решения вопроса о региональном представителе стран Восточной Европы и СНГ в ВПА, когда выдвинутая нашей Ассоциацией кандидатура проф. Кагана встретила сопротивление со стороны д-ра Глузмана еще на Генеральной ассамблее в Мадриде, а для НПА России неприемлема кандидатура д-ра Глузмана, который на протяжении последних пяти лет отказывается сотрудничать с НПА и враждебно отзываться о ней, вынуждает нас искать компромиссную кандидатуру, которая устроила бы и Российское общество психиатров.

Сложность положения хорошо видна из того, что РОП поддержало кандидатуру д-ра Глузмана, хорошо зная о его отношении к НПА. Этот факт не может быть оправдан финансовой поддержкой, оказанной «Женевской инициативой», одним из лидеров которой является д-р Глузман, Российскому обществу психиатров. Отношение к нам «Женевской инициативы» дало смелость РОП проигнорировать НПА на своем съезде в ноябре 1995 года, называя его «съездом всех психиатров России».

Исходя из всего этого, мы надеемся, что компромиссной для всех психиатрических обществ нашего региона кандидатурой мог бы стать д-р Петр Морозов, который с 1995 года является членом Президиума Правления РОП. Мы знаем д-ра П. Морозова как потомственного высококультурного профессионала, имеющего большой опыт работы в международных организациях.

Поддержка С. Глузмана РОП была на самом деле личной инициативой проф. В. Краснова. Самые крупные в РОП Московское и Санкт-Петербургское общества провели собрания и послали в ВПА поддержку П. Морозову. Поддержавшие Глузмана проф. Точиллов и проф. Нуллер остались в одиночестве и вынуждены были организовать новую малочисленную Санкт-Петербургскую психиатрическую ассоциацию, так как прежняя, которую они возглавляли, слилась с Санкт-Петербургской секцией РОП в самостоятельное, независимое от РОП, Психиатрическое общество им. В. М. Бехтерева. Однако ни поддержка Московского и Санкт-Петербургского обществ, ни соотношение голосов 3:5 в пользу Петра Морозова, ни протест НПА, равный по существу вето, не помогли представителю России; решение вопроса было отложено. В последовавшие три месяца развернулось активное лоббирование кандидатуры Глузмана, в результате которого соотношение голосов изменилось до 1:6 в пользу Глузмана. Албания ушла в другой регион, и только НПА осталась за Петра Морозова, кандидатура которого была

атакована так, словно это Г. Морозов. Прошли времена, когда считалось естественным подавать самоотвод своей кандидатуре, если ты пристрастен. Мы убедились, что в регионе бывшего СССР соблюдение консенсуса мало кого волнует. Перед лицом этой ситуации НПА направила протест этическому комитету и исполкому ВПА, а также всем ведущим психиатрическим обществам-членам ВПА об открытом игнорировании основополагающего принципа консенсуса. С другой стороны, Московское психиатрическое общество на своем собрании единогласно выразило возмущение позицией председателя РОП проф. Краснова и, опираясь на позицию Санкт-Петербургского и Воронежского психиатрических обществ, потребовало срочного созыва Внеочередного собрания правления РОП, о чем уведомило ВПА. В результате, Исполком ВПА выбрал представителем ВПА по региону Восточной Европы и стран СНГ проф. Игоря Ивановича Кутько, заместителя председателя Украинского общества невропатологов, психиатров и наркологов и заместителя директора Харьковского психоневрологического института.

Итак, ситуация предельно ясна. Мы по-прежнему считаем, что проф. В. Е. Каган был лучшей кандидатурой на пост представителя ВПА. Мы действительно надеялись, что д-р Петр Морозов мог стать той компромиссной фигурой, которая объединит две российских организации. Мы приветствуем нашего украинского коллегу, выбранного региональным представителем ВПА от Восточной Европы, и готовы конструктивно сотрудничать с ним и со всеми обществами региона в целях реформирования психиатрии. Наше первое предложение – провести международную конференцию по вопросу о теоретических основах классификаций в психиатрии с участием всех обществ нашего региона. Сейчас, в процессе перехода к международной классификации МКБ-10, эта тема представляется особенно важной. Наша общая задача – сохранить все лучшее, что имела отечественная психиатрия.

ПЕРВЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС НЕВРОПАТОЛОГОВ, ПСИХИАТРОВ И НАРКОЛОГОВ УКРАИНЫ

20–23 мая 1997 г. в Харькове состоялся Первый национальный конгресс невропатологов, психиатров и наркологов Украины, приуроченный к 200-летию старейшей психиатрической больницы «Сабурова дача» (гл. врач Петр Тодорович Петрюк) и 75-летию Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии (директор – невропатолог проф. Петр Власович Волошин, зам. директора – психиатр проф. Игорь Иванович Кутько, избрание которого накануне представителем ВПА по региону Восточной Европы и стран СНГ стало международным признанием заслуг Харьковской школы к ее юбилею).

Сабурова дача за свою 200-летнюю историю неоднократно становилась местом многих важных начинаний. Она была базой университетской психиатрической клиники. Основавший эту клинику профессор хирургии и душевных болезней П. А. Бут-

ковский в 1834 году издал первый русский учебник «Душевные болезни...», где ввел в отечественную литературу термин «психиатрия», и начал впервые в России чтение самостоятельного курса психиатрии (1834–1844), а проф. П. И. Ковалевский ввел с 1877 года обязательное преподавание психиатрии и с 1883 года начал выпускать первый отечественный журнал «Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии». С 1911 года здесь базировалась кафедра нервных и душевных болезней проф. С. Н. Давиденкова. В 1921 году на базе Сабуровой дачи проф. А. И. Гейманович организовал Психоневрологический институт, а проф. В. П. Протопопов в 1926 г. саму больницу реорганизовал в Украинский институт клинической психиатрии и социальной психогигиены. Эти институты слились в 1932 году в Украинскую психоневрологическую академию, которая, наряду с Московским институтом психиат-

рии и Санкт-Петербургским психоневрологическим институтом, была самым выдающимся центром психоневрологии огромного региона бывшего Советского Союза. В состав Академии (президент Л. Л. Рохлин) входило пять институтов: клинической, экспериментальной, социальной и детской психоневрологии и институт психоневрологических кадров. Последний руководил подготовкой аспирантов и усовершенствованием врачей-психоневрологов и состоял из ВУЗа, рабфака при нем, техникума и курсов для санитаров. Это был первый и единственный в мире институт такого рода. Институт клинической психиатрии включал 11 клиник: три клиники нервных болезней (А. И. Гейманович, А. М. Гринштейн, И. Н. Филимонов), нейрохирургическую (З. И. Гейманович), пять психиатрических (В. П. Протопопов, Т. И. Юдин, А. Е. Попов, В. В. Браиловский, М. А. Гольденберг), клинику неврозов (А. И. Ющенко) и судебно-психиатрическую (А. Л. Лещинский). Институт экспериментальной психоневрологии состоял из прозектуры (Л. И. Смирнов) и 9 лабораторий: трех гистопатологических, физиологической анатомии нервной системы (А. М. Гринштейн), цитархитектоники (И. Н. Филимонов, М. Е. Соболев), патологической физиологии нервной системы (Д. Е. Альперн), условных рефлексов (Г. В. Фольборт), высшей нервной деятельности (В. П. Протопопов), биохимии (М. А. Чалисов), а также сектора психологии, куда входили отделы общей и генетической психологии и отдел клинической психологии (А. Р. Лурия, А. Н. Леонтьев, М. С. Лебединский, П. Я. Гальперин, П. И. Зинченко, А. В. Запорожец, Л. И. Божович). Эти далеко неполно перечисленные здесь созвездия имен получили название Харьковской психиатрической и Харьковской психологической школ. Здесь в разное время работали Н. В. Краинский, В. М. Гаккебуш, В. А. Гиляровский, К. И. Платонов, Л. Л. Рохлин, Г. Е. Сухарева, Н. П. Татаренко и мн. др. В 1934 году на базе Академии проходил Первый всеукраинский съезд невропатологов и психиатров. В 1937 г. это выдающееся уникальное учреждение было разгромлено и «реорганизовано» в Украинский научно-исследовательский психоневрологический институт. Самая драматическая история все еще преподносится по советской традиции лишенной всякого драматизма*. В России Институт судебной психиатрии им. Сербского в двух монографиях по истории института, выпущенных к его 75-летию, отошел от этого стиля и впервые воздал должное своему самому выдающемуся сотруднику проф. Н. П. Бруханскому, погибшему в ГУЛАГе в 1948 году.

В настоящее время Сабурова дача – это многопрофильная психиатрическая больница на 2200 психиатрических коек, 130 наркологических и 70 неврологических, размещающаяся в 28 зданиях на территории 18 га, где располагается также Институт клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии. Последний включает шесть отделов: неврологии и нейрохирургии, психиатрии, наркологии, экспериментально-лабораторный, научно-организационный, информации и патентной службы, а также консультативную поликлинику и клинику на

* Исключение составляет лишь изложение истории психоанализа на Украине.

260 коек. Уникально наличие лаборатории психокрибнетики.

Первый национальный конгресс украинских коллег от России приветствовали проф. Ю. А. Александровский – от имени министра здравоохранения РФ и д-р Ю. С. Савенко – от НПА России. Были зачитаны также телеграммы от проф. М. М. Кабанова и проф. А. С. Тиганова. Недоумение вызвало отсутствие приветствия от РОП.

Конгресс был проведен достаточно масштабно: 15 пленарных заседаний, 30 секционных заседаний, 6 заседаний главных специалистов. К началу Конгресса были изданы 5 томов трудов («Український вісник психоневрології», Харьков, 1996, вып. 2–5; 1997, вып. 2). Из зарубежных докладчиков были представлены Россия и – в большей мере – Германия. Но самое главное, что Конгресс состоялся. Впервые после 10 лет перерыва были полноценно представлены все регионы Украины. Было немало интересных докладов. Из пленарных следует отметить доклады о психоневрологическом здоровье нации (П. В. Волошин), организации психоневрологической помощи населению Харькова (В. Ф. Москаленко), концепции развития психиатрической науки и путях усовершенствования психиатрической помощи на Украине (И. И. Кутько, А. П. Чуприков, А. Л. Квасневский, Н. А. Марута, Л. И. Дьяченко, А. М. Бачериков), проблемах алкоголизма и наркоманий (А. Н. Виевский, А. И. Минко, Е. Б. Первомайский), состоянии детской психиатрии на Украине (Н. Г. Гойда, В. С. Подкорытов, В. М. Кузнецов, Т. М. Кисиль), социальной психиатрии и психотерапии (Б. В. Михайлов), новой парадигме в психиатрии (Е. Г. Карагодина), эпидемиологии психической дезадаптации за 1985–95 гг. (А. К. Напреенко, В. Л. Лисовенко, Г. К. Дзюб), неврозах и пограничных состояниях (Н. А. Марута), фармакотерапии психозов (И. И. Влох, Р. И. Белобрывко), медицинской психологии (Л. Ф. Шестопалова), роли маскулинности-феминности в патогенезе пограничных состояний (А. С. Кочарян), лимбико-диэнцефальной патологии (А. Г. Лещенко), консультативной помощи на Украине (А. Г. Утков) и др. Успехи украинской психоневрологии касаются, помимо ряда традиционных направлений, еще таких как нейротравматология, новая система лечения и реабилитации детского церебрального паралича, социально-психологические и медицинские последствия радиационного поражения (опыт Чернобыля), этнологические аспекты психиатрии, психотерапевтические и другие нелекарственные (латеральная, эфферентная и др. терапия) методы лечения психических расстройств алкогольной и наркотической зависимости. Однако в целом ситуация с психоневрологической помощью на Украине тревожная: повсюду произошло резкое сокращение коечного фонда вплоть до ликвидации ряда ПБ, у студентов сняты экзамены по психиатрии, а число учебных часов снижено вдвое. При показателях психической заболеваемости на 1000 населения 6,7 – психозы; 4,5 – умственная отсталость; 10,8 – непсихотические формы психических расстройств, отмечена отчетливая тенденция к затяжному рецидивирующему течению и резистентности к терапии. Более 70 % трудоспособ-

ных психически больных не работают. Число суицидов за последние 10 лет возросло с 17 до 29 на 100 тысяч населения, а по некоторым регионам – более 34. Резко возросло число неврологических больных и инвалидов среди пострадавших в Чернобыльской катастрофе, а также нервно-психическая заболеваемость детей в период их неонатального развития. Особенно выросли показатели детской эпилепсии.

К сожалению, отношения двух психиатрических обществ, представляющих Украину в ВПА, не безоблачны. Так, на Конгрессе распространялось воззвание Украинской психиатрической ассоциации (УПА) к делегатам, ставящее под сомнение легитимность существования Украинского общества невропатологов, психиатров и наркологов. Однако д-р Савенко удалось провести конструктивные переговоры с руководителями обеих организаций. Руководители УПА д-р Кузнецов и д-р Юдин заверили, что не разделяют позиции д-ра Глузмана не сотрудничать с НПА. Намеченная встреча представителей обществ – членов ВПА региона бывшего Советского Союза ограничилась встречей И. И. Кутько и Ю. С. Савенко и отличалась согласованностью интересов, в частности, в отношении тематики международной научной конференции стран нашего региона. Ожидавшийся представитель РОП так и не приехал.

В своем приветствии д-р Савенко подчеркнул давние и тесные связи НПА России и свои лично с Харьковской психиатрической школой, к которой принадлежали его первые учителя проф. Н. П. Татаренко и д-р М. И. Клейман, а также его старшие коллеги проф. Л. Л. Рохлин и проф. М. С. Лебединский, один из патриархов отечественной психотерапии. «Первым почетным членом НПА России, – сказал Ю. Савенко, – является питомец Харьковской школы Анатолий Иванович Корягин, долгое время работавший здесь, прошедший аспирантуру в Психоневрологическом институте и защитивший диссертацию по апато-абулическим состояниям при шизофрении. Психиатр, не побоявшийся стать защитником тех, кого в 79–81 гг. штемпелевали «психически больными» за минимальные акции политического протеста. Александр Иванович сам предложил свои услу-

ги эксперта-психиатра Комиссии по расследованию случаев злоупотребления психиатрией, в состав которой входил и генерал П. Г. Григоренко. Тщательно документированные итоги работы А. И. Корягина составили знаменитую публикацию «Пациенты поневоле», сыгравшую в 1981 году решающую роль в международном осуждении советской психиатрии. Это стоило 9 лет лагерей, но и здесь А. И. Корягин превзошел все рекорды голодовок протеста, проголодав в общей сложности два года – никогда не принимал он еду в тюремном карцере или питание по пониженному рациону. В эти годы он стал лауреатом премии Фритьофа Нансена, альтернативной Нобелевской премии мира, почетным членом Американской, Британской, Нидерландской и Всемирной психиатрических ассоциаций. От последнего членства он отказался, когда в 1989 году в Афинах формулировка возвращения Всесоюзного общества психиатров в ВПА была изменена в результате вмешательства политиков в этот вопрос. Харьковская школа, Украинский психоневрологический институт вправе гордиться таким своим представителем. Со времени создания НПА России в 1989 г. у нас сохраняются тесные связи с Украиной. В Киеве осенью 1991 г. печатался первый выпуск нашего «Независимого психиатрического журнала», который только что отметил свой пятилетний юбилей. У нас не только много подписчиков на Украине, но немало и авторов, присылающих свои работы.» Небольшая часть присутствующих пыталась захлопать слова в честь Анатолия Корягина, но многие подходили с благодарностью за это напоминание.

Главный врач Сабуровой дачи (Харьковской городской клинической ПБ № 15) П. Т. Петрюк совместно с И. И. Кутько сумели издать к юбилею серию книг, выбор тематики и уровень осуществления которых заслуживают самой высокой оценки. Это издание отдельной монографией такого шедевра как «Вопросы синдромологии» Артура Кронфельда, «История психоанализа на Украине», с множеством прежде неизвестных данных о связях З. Фрейда и его родителей с Украиной, «Историю украинской психиатрии», «Историю Сабуровой дачи».

ПЕРВЫЕ ЧТЕНИЯ Н. П. БРУХАНСКОГО

9–13 июня 1997 г., накануне 50-летия со дня трагической гибели выдающегося отечественного психиатра-феноменолога проф. Н. П. Бруханского (1893–1948), состоялись Первые чтения его памяти, представлявшие цикл лекций одного из ведущих современных феноменологов в психиатрии профессора Гейдельбергского Университета Альфреда Крауса. Его работы, с которыми уже можно познакомиться в «Журнале невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова» (1996, 6) и «Независимом психиатрическом журнале» (1997, 1), представляют редкий пример противостояния неопозитивистскому влиянию и являются развитием идей Карла Ясперса и Курта Шнайдера. Чтения проходили в конференц-зале ПБ № 1 им. Н. А. Алексеева (гл. врач В. Н. Козырев), в Институте клинической психиатрии и Институте профилактики

психических заболеваний Всероссийского научно-го центра психического здоровья АМН РФ. Отраднo, что это важное начинание явилось плодом сотрудничества НПА России, ВНЦПЗ АМН РФ (проф. А. С. Тиганов) и Департамента здравоохранения Москвы. Помощь в оформлении визы проф. А. Краусу оказало Министерство здравоохранения РФ. Это оказалось до нелепости трудным делом и ставило чтения под угрозу срыва до последнего дня. Мы пользуемся случаем очередной раз выразить глубокую благодарность проф. Краусу, стойчески преодолевшему многие препятствия и взявшему основные расходы на себя.

Проф. Краус на протяжении четырех дней прочел пять лекций и провел круглый стол «Феноменологические аспекты общей и частной психиатрии (основные понятия, проблемы, концепции)».



Н. П. Бруханский

Темы лекций:

Значение феноменологии для диагностики в психиатрии.

Меланхолический бред и структура самости.

Исполнение ролей и структура идентичности у больных с аффективными психозами.

Экзистенциальные и дифференциальные аспекты тревоги.

Дифференциальный диагноз истерии и меланхолии.

Аудитория на некоторых лекциях превышала 60 слушателей, ее обновлению содействовало проведение чтений в разных местах. Однако нельзя не посоветовать на нынешнюю пассивность наших коллег,

Н. П. БРУХАНСКИЙ И СМЫСЛ ФЕНОМЕНОЛОГИИ

Мне выпала большая честь открыть Первые чтения Н. П. Бруханского, основоположника феноменологического направления российской психиатрии, первого, кто познакомил отечественных психиатров в 1934 г. с «Общей психопатологией» Ясперса и кто сам внес выдающийся вклад как в учение о шизофрении, так и в социальную и судебную психиатрию. В 1928 г. вышли его «Очерки по социальной психопатологии» – до сих пор непревзойденный образец практического применения феноменологического метода в этой сложнейшей сфере в нашей стране. В том же 1928 г. вышло его фундаментальное руководство по судебной психиатрии, в предисловии к которому П. Б. Ганнушкин высоко оценил глубокую связь изложения специальной части с общей психиатрией, интегрированность последних достижений психопатологии, незатушеванность вопросов текущего дня, и «с удовлетворением» поддержал значи-

как именитых, так и простых врачей. Так, от Центра психиатрии и наркологии МЗ РФ присутствовал только проф. С. Н. Мосолов.

Проф. Краус с большим интересом осмотрел психиатрическую больницу № 1 и клинику Института проф. Тиганова и выразил свое искреннее восхищение. Состоялся также целый ряд встреч, собеседований и переговоров. Большое впечатление на проф. Крауса произвели встреча с ведущим в России специалистом по феноменологии Гуссерля проф. Н. В. Мотрошиловой и представителем молодого поколения феноменологов из редакции феноменологического журнала «Логос» О. Никифоровым, тесное сотрудничество с ними НПА, ее феноменологическая нацеленность и ренессанс феноменологии в России. Проф. Краус высоко оценил уровень своих собеседников и выразил готовность продолжать сотрудничество в самых разных формах: провести Вторые чтения в 1998 г., организовать совместную конференцию, войти в иностранную редколлегия НПА и курировать феноменологический раздел журнала и т.д. Проф. Краус передал тексты своих лекций для публикации в «Журнале невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова», «Независимом психиатрическом журнале» и журнале «Логос». Активный лектор во всех частях света, проф. Краус впервые побывал в России. Москва с ее стариной, памятниками и музеями, природа Подмосковья, старинные усадьбы, Ново-Иерусалимский монастырь и др. произвели на него глубокое впечатление.

На чтения проф. Н. П. Бруханского приезжали из Санкт-Петербурга его внучки – Нина и Ирина Бруханские, младшая очень похожая на своего деда.

Нам остается поблагодарить переводчиков и активных участников обсуждения д-ра Н. Ю. Пятницкого, сотрудника ВНЦПЗ, в течение 1995–96 гг. стажировавшегося в клинике проф. Крауса в Гейдельберге, д-ра А. И. Сосланда, блестяще владеющего феноменологической и экзистенциалистской лексикой на немецком и английском языках, а также Т. Н. Рогожанскую.

Приводим вступительное слово, с которого начинались чтения.

тально опередившую эпоху аргументацию Бруханского о принципиальной возможности невменяемости психопатических личностей и больных с реактивными состояниями. Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. Сербского вправе гордиться таким сотрудником. Но должно ему воздано лишь к 75-летию Института профессором Ф. В. Кондратьевым. В юбилейном сборнике к 20-летию деятельности Бруханского в 1935 г. приняли участие такие выдающиеся феноменологи в психиатрии, как Артур Кронфельд и Евгений Минковский. Закономерной была и гибель Бруханского в ГУЛАГе в 1948 г.: феноменология несовместима с тоталитарным духом, а экскульпация психопатических личностей и так называемая расширительная диагностика шизофрении мешали в эпоху Большого Террора.

Я думаю, что лучший способ почтить память проф. Бруханского в наше время – это всемерно раз-

вивать направление, зачинателем которого в России он был. Независимая психиатрическая ассоциация начала эту работу с момента своего образования в 1989 г. В первом же выпуске «Независимого психиатрического журнала» появилась работа Бруханского о психической эпидемии в Подмосковье в 1926 г. Но лучшее, что мы могли сделать, это организовать регулярные чтения Бруханского. И огромная удача, что первые чтения представляют цикл лекций ведущего феноменолога современной психиатрии проф. Гейдельбергского Университета Альфреда Крауса. Мы выражаем ему глубокую признательность за его приезд, приезд энтузиастический, так как бедственное положение мешает нам принять его так, как нам бы того хотелось.

Глубоко знаменательно, что Гейдельбергская клиника, которую представляет проф. Краус – это колыбель феноменологии в психиатрии, это школа Ясперса – Груле – Майер-Гросса.

Новая парадигма в психиатрии – это не уход от нозологии, как звучало на последнем российском съезде, и не переход от медицинской модели к гуманитарно-правовой, как утверждалось на украинском психиатрическом конгрессе, и это не переход психиатрии к адаптационно-стрессовой концепции Селье, как считает проф. Ю. Л. Нуллер. Новая парадигма – это не простая, явственно очерченная новая концепция, а – наоборот – это то, что слабо артикулировано, что приобрело статус само собой разумеющегося. Новая парадигма – это новый стиль мышления и методологии и, прежде всего, это ренессанс феноменологии в том значении, которое этот термин приобрел после Гуссерля. Это возвращение к психиатрии Карла Ясперса и Курта Шнайдера. В настоящее время даже в Германии большинство кафедр психиатрии занято узкобиологически ориентированной профессурой.

Что же такое феноменология? К сожалению, мы постоянно встречаемся с полным непониманием современного употребления этого термина. Наше поколение обременено не незнанием, а искаженным знанием. С этим справиться всегда труднее. Нашей профессии совершенно необходим определенный уровень философской рефлексии, но у многих либо прочная неприязнь к философствованию, как след былой принудительной идеологизированности, либо – наоборот – приверженность прежним стереотипам.

В результате мы сталкиваемся с поразительными курьезами. Только что вышел «Лексикон малой психиатрии» д-ра Гиндикина. Феноменология определяется как идеалистическое учение, суть которого описана полной абракадаброй, то есть, налицо явная непереваренность и непонятость. Предшественниками феноменологии названы Локк, Беркли и Юм, то есть, наиболее противоположные, совершенно чуждые феноменологии авторы.

Но вот нечто еще более показательное, я бы сказал беспрецедентное. Выходит, наконец, «Общая психопатология» Ясперса на русском языке. Честь и слава всем, кто в этом участвовал. Теперь фактически все психиатрические работы Ясперса есть на русском языке. Но что мы читаем в предисловии к русскому изданию? – «Особая актуальность издания подтверждается тем, что в основу ICD-10 и

DSM-IV положен феноменологический принцип». Но в том-то и дело, что основной недостаток ICD-10 и DSM-IV, что они не феноменологичны, а феноменалистичны, т.е., позитивистичны. И целая большая монография 1994 г. в 400 стр. под редакцией Садлера, Уиггинса и Шварца, с которыми мы сотрудничаем, посвящена глубокой и резкой критике существующих классификаций с феноменологических позиций.

Я не знаю, кто написал это предисловие, но ясно, что это дело научного консультанта издания, а ведь это не заурядный психиатр. И если даже такой образованный коллега, проштудировавший «Общую психопатологию», понимает феноменологию ровно на 180 градусов наоборот, то хорошо ясно, как важны нам такие чтения, как открываемые сегодня – «Феноменология и психиатрия».

Так что же такое феноменология?

Никто иной как Ясперс задал этот вопрос Гуссерлю, на что тот ответил: «Это то, что Вы делаете». В самом деле, каждый практический врач-психиатр в силу своей каждодневной деятельности невольно приходит к феноменологии, правда, обычно искажаемой последующими процедурами. Но если вы хотите артикулировать это, то есть, уметь выразить само существо этого в словах, уметь объяснять это другим, объяснять, что значит понимать и добиваться понимания, то следует прочитать оба тома «Логических исследований» Гуссерля и, основывающуюся на них работу Ясперса «Феноменологическое направление исследования в психопатологии».

Во-первых, феноменология определяется Ясперсом, как описание и, таким образом, именование «непосредственно данного». А это предполагает феноменологическую редукцию, то есть предварительное, слой за слоем, избавление от предвзятостей, вплоть до положений, представляющихся аксиоматическими.

Во-вторых, феноменология – это не объяснение постороннего наблюдателя, а вчувствующееся сопереживающее понимание, то есть, преодоление разграничения субъекта и объекта, наблюдателя и предмета.

В-третьих, это не естественно-научное описание в индуктивных терминах, сразу вычлещающих нечто, почитаемое главным, существенным, и редуцирующее все остальное, а описание в феноменологических терминах, которое ничего не редуцирует, а физиогномически схватывает профиль по всем измерениям, как единое полностью наглядное целое. Таким образом, получается не усреднение, не суперпозиция, то есть не наложение, не нечто среднеарифметическое, не обобщение, не абстракция и не конструкт, а гештальт, то есть, образная целостность, тип, инвариант. Это не усреднение, а скорее прямо противоположное – индивидуальная характеристичность, если угодно, можно сказать «дружеский шарж», который, как известно, быстрее и легче схватывается и узнается. На клиническом языке это разница между симптомом и феноменом.

Наконец, феноменология – это ступень, предваряющая все другие стадии любого исследования.

Дух феноменологии лишен воинственности. Это дух строгой адекватности и сакрализации Истины, Жизни, Личности, ее достоинства и ее естественных прав.

Ю. С. Савенко

СЛУШАНИЯ В ПАЛАТЕ ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА

18 июня 1997 г. в Палате по правам человека при Президенте РФ состоялись слушания, на которые были приглашены представители ведущих психиатрических учреждений, обоих профессиональных обществ, а также МЗ и МВД. Вступительный доклад сделал президент НПА России Ю. С. Савенко. В качестве содокладчика выступил председатель РОП В. Н. Краснов. Аналогичным образом доклад руководителя Независимой ассоциации детских психиатров и психологов А. А. Северного сопровождался содокладом председателя секции детских психиатров РОП О. Д. Сосюкало. От имени Государственного центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского и Минздрава РФ выступил В. П. Котов, последний выразил недоумение, «почему предпочтение было отдано независимым ассоциациям, которые не являются массовыми, в результате чего д-р Савенко смог подготовить доклад, а д-р Краснов вынужден был выступать экспромтом». Председательствующий В. В. Борщев резонно возразил, что на деле было соблюдено полное равенство. Однако, судя по всему, для д-ра Котова и д-ра Краснова и равенство выглядит ущемлением. Досада Котова на «экспромт» Краснова была связана с недостаточным владением последним правозащитной проблематикой. Это вполне естественно, так как для РОП, в отличие от НПА, права человека в психиатрии никогда не были приоритетной темой. Для нас важно другое - все положения и предложения доклада д-ра Савенко не вызвали никаких существенных воз-

ражений и дополнений ни у кого из присутствующих. Ни у профессора А. Г. Гофмана, ни у главного психиатра Москвы д-ра В. Н. Козырева, ни у выступавших В. П. Котова, В. Н. Краснова, О. Д. Сосюкало. В отношении детской психиатрии было решено, что предпочтительнее дополнение к основному, чем отдельный закон. Что касается наркологической помощи, то здесь проф. А. Г. Гофман отстаивал идею самостоятельного закона. Неуместное использование психиатрии по отношению к новым религиозным организациям показал на богато документированном материале Л. С. Левинсон. Шквал вопросов к Краснову и Котову выражал живое внимание общественности к ситуации в психиатрии. Значительное место занял вопрос о доступности архивных данных в отношении диссидентов 60–80-х годов. М. Г. Арутюнов обратил внимание на недавнюю публикацию о суицидах в армии, утверждавшую, что они связаны с периодом адаптации, и что если служить не два, а четыре года, то уровень суицидов снизится. Цинизм автора статьи налицо: адаптацией называется истребление и самоистребление краевых типов. Прекрасная иллюстрация к русскому слову «баламутить». И очень характерно, что автор статьи - один из создателей провокационной НПА в 1990–1991 гг. В заключение В. В. Борщев отметил большое значение общественного контроля соблюдения прав человека в отношении психически больных и заверил, что эта тема постоянно будет в поле зрения Палаты по правам человека.

150-Й СЪЕЗД АПА В САН-ДИЕГО

Ежегодные съезды американской психиатрической ассоциации остаются наиболее представительными, многочисленными по количеству участников и грандиозными по широте затрагиваемых проблем. В этом году местом проведения юбилейного 150 съезда стал калифорнийский город Сан Диего. Основные направления работы съезда и сама его атмосфера определялись девизом: «Повышение внимания и ответственности психиатрии по отношению к страдающей помощи пациентам, достижению высокого уровня образования и творческих исследований».

Пять дней работы съезда с 17 по 22 мая 1997 включали насыщенную программу – лекции и обзоры крупнейших представителей современной американской и мировой психиатрии, симпозиумы и воркшопы по наиболее острым и интересным проблемам психиатрии и смежных дисциплин, научные и клинические доклады и сообщения, а также разборы клинических случаев. Как всегда участники съезда могли повысить свою квалификацию, приняв участие в образовательной программе, включавшей несколько десятков тем самой разной направленности и различной степени сложности.

Научная программа съезда была поистине всеобъемлющей. Все же, если попытаться схематично очертить ее основные особенности, по-видимому, можно отметить усиление тенденции перехода от

собственно клинической психиатрии к проблематике, которую условно можно объединить термином социальная психиатрия. Психические расстройства рассматриваются не столько под врачебно-медицинским, сколько под психологически-социальным углом зрения. Не психопатология и клиника депрессий – а проблемы качества жизни, социализации, отношений с родственниками и т.д у пациентов, страдающих депрессией. Эта тенденция, пожалуй, характерна для современной психиатрии в целом и проявляется также тесным сотрудничеством с психологами, социальными работниками, самими пациентами и многочисленными общественными организациями. Впечатляющей иллюстрацией такого сотрудничества стали работавшие на всем протяжении съезда представительства движения потребителей психиатрической помощи, объединений пациентов, страдающих различными расстройствами, клубы и другие организации родственников и друзей пациентов. Пациенты стали реальной силой, действительно влияющей и на организацию психиатрической помощи, и в определенной степени на исследовательские приоритеты. Много внимания уделялось взаимоотношениям врача и пациента. Этой теме – как основному, критическому моменту психиатрической помощи – был посвящен и симпозиум президента американской психиатрической ассоциации Гарольда Эйста.

Социальные ориентиры определяли и чрезвычайно обширную программу, посвященную психическому здоровью так называемых меньшинств – людей, отличающихся от большинства по самым различным признакам – не только цвету кожи, полу, но и культуральным установкам, социальным ориентирам, образу жизни, сексуальному поведению и т.д. Особенности оказания психиатрической помощи этим людям обсуждались, прежде всего, с фокусом на том, как помочь этим людям чувствовать свое право быть такими, как они есть – право быть иным. Такой подход не совпадает с традиционным медико-биологическим, склонным искать причины «инового поведения» в тех или иных расстройствах.

Другой не менее характерной чертой современной психиатрии, отчетливо прослеживавшийся на съезде, стала организующая и направляющая роль фармацевтических фирм и других коммерческих корпораций. Это была та реальная сила, которая и сделала возможным столь блестящую организацию такого дорогостоящего мероприятия, как 150 съезд. Влияние фармацевтических магнатов на современную психиатрию противоречиво. Это и определенный тормоз на пути естественного развития психиат-

рической мысли, но в то же время и средство существования самой этой мысли. Благодаря поддержке фирм участники съезда не только еще раз усвоили, что «прозак изменит жизнь к лучшему», но и смогли принять участие в прекрасных встречах, таких, например, как серии вечеров, посвященных обсуждению связи психических страданий с музыкой, литературой, искусством.

Яркие впечатления от съезда соединяются с некоторым чувством несправедливости – отсутствия адекватного представительства отечественной психиатрии. Даже сейчас, в свои безусловно не лучшие времена, отечественная психиатрия имеет что сказать и показать на таком представительном международном форуме. Важной была бы и возможность обмена мнениями, живых дискуссий с иностранными коллегами. Однако, насколько многочисленным было присутствие психиатров бывших социалистических стран и даже «ближнего зарубежья», настолько же явным был и «российский вакуум». Остается надеяться, что на следующем съезде в Торонто российская психиатрия достойно представит себя.

Е. Б. Беззубова

ВНИМАНИЕ!

Следующий

151-Й ЕЖЕГОДНЫЙ СЪЕЗД АМЕРИКАНСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ

состоится в Торонто (Канада) 30 мая – 4 июня 1998 г.

Девиз съезда:

новые требования к существующим ценностям – защита, справедливость, этика, порядочность.

К сожалению, заявки на симпозиумы, семинары и научно-практические доклады принимаются лишь до **5 сентября**, но Вы еще успеете сообщить о своем желании участвовать в программе «Новые исследования». Эта программа позволяет выступить с 20-минутным докладом о новейших (еще не опубликованных) результатах Ваших исследований или представить постерное сообщение с последующим обсуждением. Предусмотрена также специальная подпрограмма «Панельные доклады молодых исследователей», в которой могут участвовать и студенты. Формы заявки на участие в программе «Новые исследования», а также бланки специального заявления о наличии или отсутствии связей с различными коммерческими организациями и, прежде всего фармакофирмами, которое необходимо подписать каждому выступающему, можно получить в редакции НПЖ или запросить непосредственно в Американской психиатрической ассоциации (*Office of the Scientific Program, American Psychiatric Association, 1400 K Street, N. W. Washington, D. C. 20005, Fax: 202-682-6114*). Последний срок отправления заявки – 6 января 1998 г.

Вот уже несколько лет, как Американская психиатрическая ассоциация практикует полную открытость по поводу связей исследователей с различными организациями, финансирующими разработки в области психиатрии. Такая открытость позволяет аудитории при оценке выступления учитывать связь темы доклада и интересов организации, которая оказывает финансовую поддержку (в любой форме). Сейчас, когда иностранные фармацевтические компании прочно обосновались на российском рынке, и финансируют многие исследования и разработки, этот опыт заслуживает самого внимательного отношения.

ДЕВЯТЫЙ СЪЕЗД АССОЦИАЦИИ ПО РАЗВИТИЮ ПРОБЛЕМ ФИЛОСОФИИ И ПСИХИАТРИИ

Ассоциация по развитию проблем философии и психиатрии (Association for the Advancement of Philosophy and Psychiatry – AAPP) создана около восьми лет назад при участии групп из США и Великобритании. Первый съезд был организован президентом-основателем AAPP Michael Schwartz. Британскую группу возглавлял ее создатель Bill Fulford. За время существования группы ежегодные съезды, приуроченные к съездам американской психиатрической ассоциации, стали традиционными.

В этом году съезд Ассоциации (17–18 мая 1997 г.) был посвящен теме «Сознание и его патология». Тон съезду задали две основные лекции. Первую – «Способна ли нейробиология научить нас чему-либо относительно сознания?» блестяще прочла Р. Churchland из университета Сан Диего. Вторую, озаглавленную перечеркнутым сверху крест накрест словом «Сознание» представил G. Globus из университета Ирвина.

К наиболее ярким выступлениям можно отнести сообщение французских психиатров J. Naudin, Dominique Prinquey, J.-M. Azorin «Время и сознание «Я» при шизофрении и расстройстве в форме «множественности личности /РМЛ/»: о патологии содержательного единства сознания». Авторы анализировали одну из наиболее спорных современных диагностических категорий. Результат их, основанных на обобщении клинических данных, рассуждений – основания говорить о РМЛ, как самостоятельном таксоне, отсутствуют. По большей части это проявления истерии. Иная точка зрения развивалась в работе «Кросс-культуральный и прагматический подходы в исследованиях РМЛ» М. L. Wax из Миссури.

Интерес вызвал доклад организатора Нью-Йоркской группы по философии и психиатрии D. Mender

«Естественные формы сознания: реальные сущности или искусственные соблазны?». Некоторые положения автора перекликались с идеями выдающегося русского ученого А. Любищева.

Некоторое представление о круге обсуждавшихся проблем дает перечисление основных выступлений. «Кто страдает патологией «Я»? Взгляд со стороны пациента» L. A. Wells; «Недостаточность критики: назад, к пониманию синдромов осознания» S. N. Ghaemi; «Вы не увидите феномена, без правильных дефиниций: философский анализ диагностических ошибок» Н. Malmgren; «Психиатрия и духовный путь» R. A. Schultz-Ross; «Семиотическая модель мышления» D. D. Olds.

Я также выступала на съезде с сообщением – «Сознание «Я»: Ясперс и Галич» – сопоставление концепций самосознания и его расстройств всемирно известного основателя феноменологической психопатологии и интересного отечественного исследователя, почти на столетие предвосхитившего некоторые положения, ставшие впоследствии классическими.

Съезд, как и в прошлом году, собрал аудиторию коллег, друзей и единомышленников. Соотношение сил «философов» и «психиатров» было почти равным. Два дня, наполненные горячими дискуссиями, живыми обсуждениями творческих планов подтвердили, что союз философии и психиатрии отвечает реальности осмысления природы человека и его душевных страданий. Определенно намечается тенденция формирования еще одной междисциплинарной области, изучающей проблему человека.

Е. Б. Беззубова

Следующий съезд AAPP, посвященный совершенно неразработанной у нас теме гендерных расстройств, которая переживает сейчас настоящий бум на Западе, состоится 30–31 мая 1998 г. в Торонто.

ГЕНДЕРНЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ ПСИХИАТРИИ

Конференция философов и специалистов, работающих в сфере психического здоровья

Тема конференции намерено заявлена максимально широко.

Вы можете прислать заявки на доклады или на постерные сообщения, касающиеся любых аспектов объявленной темы, например: этические вопросы клинической практики; проблемы пола и психиатрическая классификация; самоидентификация; память и физическое и психическое насилие в раннем возрасте; терапия лесбиянок/феминисток; пограничные вопросы личностной идентификации; гендерные проблемы в переживаниях субъективности при депрессиях; расстройства пищевого поведения и гендерные проблемы; женщины как потребители услуг психиатрической службы; личностные расстройства; женщины и гендерные проблемы в кросс-культуральной психиатрии; психоанализ Лакана; французский феминизм; сочетание проблем расы и пола в психиатрии; психиатрия и туземные женщины.

Тезисы докладов или постерных сообщений, состоящие из 500–600 слов, должны быть структурированы следующим образом: 1) точное указание проблемы, рассматриваемой в докладе; 2) методологический подход; 3) краткий обзор основных этапов обсуждения; 4) главные выводы. Время доклада – 20–25 минут. Присылаемые заявки необходимо сопроводить сведениями об авторах (фамилия, имя; место работы; должность; почтовый адрес; номер телефона) и отправить не позднее 1 декабря 1997 г. по адресу: *Jennifer Radden, Department of Philosophy, University of Massachusetts at Boston, Boston, MA 02125. Tel: (617) 287-6546; Fax: (617) 287-6511; E-mail RADDEN@UMBSKY.CC.UMB.EDU*

Заявки будут рассмотрены членами Совета Ассоциации по развитию проблем философии и психиатрии, и не позднее 31 января 1998 г. Вам будет выслан ответ.

КАЛИНИНГРАДСКИЙ ОПЫТ

14 марта 1997 года в Калининградском историко-художественном музее открылась выставка «Сто снов». Она стала как бы отчетом о годичной работе художественной студии областной психиатрической больницы № 1, которой руководила Татьяна Машихина. В обеспечении студии красками и бумагой, а также в организации выставки активное участие приняли популярная в нашем городе молодежная газета «Новый наблюдатель» и ее редактор Саша Карпенко. Их усилиями были выпущены красочные афиши, а также 6 открыток с работами анонимных душевно больных, которые были выставлены в экспозиции. Студия была организована с непосредственным участием главного врача больницы Д. А. Полевого, а также молодого врача-психиатра С. Л. Федоровой (сейчас она клинический ординатор на кафедре проф. А. С. Тиганова).

Татьяна Машихина впервые работала с психически больными, но ею интуитивно был избран правильный путь – в студии звучала классическая музыка, можно было посмотреть множество альбомов известных художников (их предоставил ее муж – молодой, но уже известный художник Андрей Машихин, он же очень тонко оформил выставку в музее) и выразить на бумаге то, что хотелось в данный момент в данном месте. Принцип гештальт-терапии

«Здесь и сейчас» Татьяна как бы открыла самостоятельно. «Краски и бумагу жалеть не нужно, что хотите, то и делайте с ними», – говорила больным Татьяна.

По словам работников музея, ни на открытиях, ни во время других выставок, они не видели такого стечения народа. Практически все средства массовой информации не обошли вниманием выставку «Сто снов». 10 апреля выставка должна была закрыться, и в этот день для врачей-психиатров и психотерапевтов состоялась научно-практическая конференция, посвященная терапии депрессий. Новые препараты феварин и ксанакс представила компания «Фармация и Апджон», сделавшая студии благотворительный взнос 200 тыс. руб. Других благотворительных взносов, к сожалению, не было.

Итак, вначале появились люди, задумавшие создать студию, потом нашлись люди, которым захотелось сделать выставку, затем родилась идея в рамках выставки провести конференцию и, я надеюсь, что продолжение этой истории следует. Во всяком случае, директор музея уже 10 апреля приняла решение о продлении работы выставки.

В. Ф. Перейма



ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ГУЛАГ

Владимир БУКОВСКИЙ

Пожалуй, больше всего искал я документы об использовании психиатрии в репрессивных целях, и найти их было всего труднее. Поди пойми – то ли саботировали мои поиски бывшие аппаратчики, то ли этих документов просто не было. Время шло, приближался момент давать показания в Конституционном суде, и я уже начинал тихо паниковать: ведь это был «гвоздь программы», одно из самых «вещих преступлений послесталинского периода, которое, по меткому выражению Солженицына, было «советским вариантом газовых камер».

Для меня же эта тема была особенно важна – она была как бы моим личным делом, за которое я отсидел свой последний срок, был изгнан из страны, продолжал воевать на Западе и в конце концов победил. Разумеется, я далек от мысли приписать одному себе эту победу – напротив, в том и достижение, что в кампанию против карательной психиатрии включилось огромное количество и психиатров, и юристов, и общественных деятелей всего мира. С годами, невзирая на политическую конъюнктуру, она продолжала расти, достигнув своего апогея в 1977 году, когда Всемирный конгресс психиатров в Гонолулу осудил советские злоупотребления. Но и тогда она не иссякла, как бывало с другими кампаниями, и оставалась постоянным фактором воздействия на общественное мнение мира. К 1983 году советскую делегацию даже исключили из Всемирной ассоциации психиатров, точнее, советские ушли сами, понимая, что исключение неизбежно.

Словом, это была самая убедительная победа нашей гласности. Проблема заключалась в том, что, начавши эту кампанию и даже поставив на карту жизнь, я, тем не менее, до конца не знал, прав ли был в своих догадках. То есть, конечно же, те материалы о шести посаженных в психушки политзаключенных, которые я передал на Запад в 1970 году, были подлинные, и сомнения в психическом здоровье этих людей не возникало. Но вот случайное ли это совпадение, самоуправство ли местных властей, местного КГБ или сознательная политика режима – я знать не мог. Существовали лишь догадки, некоторые косвенные данные, на то указывающие. Так, мы знали, что первая волна «психиатрических» репрессий возникла еще при Хрущеве, вскоре после его заявления в 1959 г. о том, что в СССР нет политзаключенных, а есть только психически больные. Знали опять же чисто эмпирически: я сам попал в психушку в 1963 году и был тому свидетель.

Затем, после снятия Хрущева, волна спала и на какое-то время опять возникла в конце 1968 – начале 1969 годов. Во всяком случае, целый ряд наших друзей попали в психушки в этот период.

Более того, легко было вычислить причину, по которой эти «волны» возникали: с одной стороны, рост недовольства и протестов, с другой – нежелание увеличивать видимые репрессии, нести «внешние издержки» в периоды «детанта». Словом, все было логично, все совпадало, но – оставалось лишь догадкой. Версия о том, что политбюро, не разбираясь в психиатрии, просто «верило врачам», оставалась непровергнутой. И что мне было делать, если документов не найдется? Их и вообще могло не существовать, так же, как и документов об «окончательном решении» еврейского вопроса не было найдено в архивах Третьего Рейха.

Однако то, что я нашел в конце концов, превзошло мои ожидания. Для начала, не все было просто с нашим делом 1967 года. 27 января, т.е. буквально на следующий день после завершения наших арестов, тогдашний глава КГБ Семичастный и генеральный прокурор Руденко докладывали политбюро о том, что они предлагают с нами делать.

В результате сложилась группа лиц в количестве 35–40 человек, которые осуществляют свою политическую вредную деятельность, путем изготовления и распространения антисоветской литературы, а также организации различного рода манифестаций и сборищ. Участники этой группы апеллируют к западной прессе, которая печатает изготовленные ими материалы, пытаясь распространять их на территории Советского Союза.

Описав довольно подробно наши действия и перечислив наши фамилии, а также фамилии тех, кто по их мнению, нас «подстрекает», они как бы между прочим пишут:

Следует отметить, что некоторые из этих лиц страдают психическими заболеваниями. – И далее. – Документируется также враждебная деятельность ранее привлекавшихся к уголовной ответственности и освобожденных в связи с психическими заболеваниями ГРИГОРЕНКО П. Г., 1907 года рождения, бывшего генерал-майора Советской Армии, и ВОЛЬПИНА А. С., 1924 года рождения.

Затем следует более или менее обычный перечень пропагандистских и профактических мер.

Считая, что привлечение к уголовной ответственности указанных лиц вызовет определенную реакцию внутри страны и за рубежом, полагали бы целесообразным поручить Отделу пропаганды ЦК и МК КПСС провести необходимую разъяснительную работу, включая выступления партийных ра-

Из книги В. Буковского «Московский процесс», Москва–Париж, 1996, с. 144 – 162. Редколлегия НПЖ благодарит Владимира Константиновича Буковского за разрешение на публикацию.

ботников, авторитетных пропагандистов, руководящих работников прокуратуры и безопасности на предприятиях, учреждениях и особенно среди студенческой молодежи.

Комитет госбезопасности и Прокуратура СССР со своей стороны имеют в виду провести профилактические мероприятия по месту работы и учебы лиц, допускающих антиобщественные проявления по своей политической незрелости и недостатку жизненного опыта.

Одновременно с этим представляется целесообразным подготовить в газету «Известия» развернутое сообщение с разъяснениями принимаемых мер, а также поручить МИД СССР, КГБ и Прокуратуре информировать наши инпредставительства за рубежом.

Создается впечатление, что КГБ и прокуратура больше всего опасались вызвать такую же бурную реакцию в мире, какую только за год до этого вызвал суд над Синявским и Даниэлем. Похоже, они склонялись, в основном, к применению «психиатрического метода» – по крайней мере, в отношении «некоторых лиц, страдающих психическими заболеваниями». Но – вот чудеса! Политбюро с ними не согласилось.

1. Вопрос с рассмотрения снять.

2. Поручить т.т. Сулову М. А., Пельше А. Я., Семичастному В. Е. продумать вопросы с учетом обмена мнениями на заседании Политбюро и, если будет необходимо, внести их в ЦК (в том числе об ответственности авторов за передачу рукописей для издания за границей /.../ и др.)

Более того, никаких новых решений политбюро на эту тему не последовало, а через четыре месяца Семичастный был снят и его место занял Андропов, присутствовавший на заседании в феврале. А еще через несколько месяцев мы все были осуждены и – ни один из нас не был признан невменяемым.

Остается только гадать, что же все-таки произошло на заседании политбюро? В чем же не согласились партийные вожди с мнением юристов? Единственное объяснение, какое приходит мне в голову, – это их несогласие с *мягкостью* предложенных мер. Легко представляю себе Сулова, говорящего:

– Что же это получается, товарищи. Выходит, мы испугались буржуазной пропаганды? Получается, что они выиграло дело Синявского–Даниэля и мы не решаемся наказывать по всей строгости закона тех, кто последовал по их стопам, печатает свою клевету за границей?

Весьма вероятно также, что Сулов давно хотел снять Семичастного, оставшегося на посту главы КГБ с хрущевских времен, и заменить его своим протеже Андроповым. Но, как бы то ни было (а до конца мы теперь этого, видимо, никогда не узнаем), «психиатрические меры» одобрения явно не получили. Какое-то время после Хрущева они, надо полагать, считались слишком мягкими, слишком большой уступкой Западу.

Однако уже через пару лет обстановка сильно изменилась, и в 1969 – начале 1970 года несколько человек (Григоренко, Горбаневская, Файнберг и др.) были признаны невменяемыми. С одной стороны, прав оказался Семичастный: наши процессы вызва-

ли колоссальный резонанс; с другой – начинался «детант» с Западом, и нужно было срочно изыскивать эффективные средства репрессий против растущего числа протестующих, такие, которые не привлекали бы внимания общественного мнения мира. Во всяком случае, к 1970 году «психиатрический метод» уже всерьез обсуждался политбюро как возможный метод *массовых репрессий*. Документы политбюро об этом чрезвычайно любопытны уже хотя бы тем, что были засекречены по высшей категории секретности: это не только «особая папка», но с краю на полях стоит надпись, которой я больше нигде не встречал:

К СВЕДЕНИЮ

Товарищ, получающий конспиративные документы, не может ни передавать, ни знакомить с ними кого бы то ни было, если нет на то специальной оговорки ЦК.

Копировка указанных документов и делание выписок из них категорически воспрещаются.

Отметка и дата ознакомления делаются на каждом документе лично товарищем, которому документ адресован. и за его личной подписью.

Вопрос Комитета госбезопасности.

Поручить Министерству здравоохранения СССР, комитету госбезопасности и МВД СССР с участием Госплана СССР и Совминов союзных республик внести в I-м полугодии 1970 года на рассмотрение ЦК КПСС предложения по выявлению, учету и организации лечения, а в определенных случаях и изоляции психически больных в стране.

Инициатива, разумеется, исходила от Андропова, который разослал членам политбюро докладную записку УКГБ по одному из краев – Краснодарскому, в качестве примера того, что происходит по всей стране:

...о наличии в крае значительного числа психически больных, вынашивающих террористические и другие общественно опасные намерения. Аналогичное положение имеет место и в других районах страны.

Этот уникальный документ заслуживает того, чтобы его привести полностью:

УКГК при СМ СССР по Краснодарскому краю располагает материалами, которые свидетельствуют о том, что в крае значительное число психически больных совершает общественно опасные и враждебные проявления, вынашивает преступные, политически вредные намерения, вносит деморализующие факторы в жизнь советских людей. За последние два года в поле зрения органов госбезопасности края попало более 180 таких лиц. Некоторые из них высказывают террористические угрозы, намерения убить представителей актива или совершить другие преступления. Так, Бычков Г. А. и Миков Г. Е. допускали злобные антисоветские высказывания, угрозы в адрес некоторых руководителей партии и Советского правительства; Ворона А. П. также высказывал террористические угрозы, составил список актива Крымского района, подлежащего уничтожению, пытался создавать антисоветскую группу; Соин С. А. высказывает злобные бредовые намерения посетить мавзолей Ленина и с помощью кинокамеры оживить вождя революции, а затем

вновь умертвить его; Ватинцев Г. В. посетил мавзолей, где совершил дерзкий циничный акт; Дмитриев О. В. в лесу возле Сочи совершил нападение на сержанта правительственной охраны и ранил его; Пикалов В. М. в сентябре 1969 года высказывал угрозы физической расправы над одним из руководящих работников Ананинского горкома партии, фотоспособом изготавливает клеветнические документы и распространяет их.

Ряд психически больных совершает опасные преступления на государственной границе, пытается проникнуть на суда заграничного плавания с целью ухода за границу. В 1969 году на участке 32-го пограничного отряда в числе нарушителей государственной границы или пытавшихся проникнуть на суда заграничного плавания 19 человек оказались психически неполноценными. Наиболее опасные преступления совершили: Скрылев П. А., который захватил самолет АН-2, вылетел в направлении Турции и был сбит с помощью средств ПВО над центральными водами; Коротенко Н. А. с призывного пункта города Кропоткина сбежал в Новороссийск и пытался пробраться на итальянское судно; Павлов В. П. на лодке с подвесным мотором в районе Сочи в 1968 году готовился изменить Родине, ранее за такие же устремления задерживался в Батуми; Грекалов В. А. настойчиво изыскивал возможности бегства за границу.

Некоторые больные выезжают в Москву, с фанатичной настойчивостью пытаются встретиться с иностранцами, проникают в посольства капиталистических стран с бредовыми намерениями или просьбами предоставить им политическое убежище. Рыбка П. Л. в ноябре сего года посетил французское посольство; Череп А. И. несколько раз пытался и в 1968 году посетил посольство США; Резак С. В. пытался проникнуть в посольство США; Лелябский Н. И. встречался с англичанами на выставке «Инпродмаш» и просил у них политического убежища, пытался передать какие-то документы.

Многие страдающие психическими заболеваниями пытаются создавать новые «партии», различные организации, советы, готовят к распространению проекты уставов, программных документов и законов. Так, Шевнин Н. С. вынашивает и навязывает другим бредовую идею создания «Советов по контролю за деятельностью Политбюро ЦК КПСС и парторганов на местах», в этих целях проводил поиск и обработку единомышленников, выезжал в Москву, чтобы встретиться с деятелями Коммунистических и рабочих партий для «обсуждения» этого вопроса, шантажирует лиц, не пожелавших поддержать его, высказывал в письме угрозы секретарю Новочеркасского ГК КПСС Ростовской области в связи с известными событиями 1962 года; Бех А. И. предпринимал попытку создания нелегальной «партии»; Пак В. А. систематически изготавливает и распространяет документы политически вредного содержания, требует создания так называемого всемирного правительства.

Многие больные пишут массу писем в различные краевые и центральные организации с клеветническими, антисоветскими измышлениями и угрозами. Из них Михальчук Д. И., добивающийся выезда за

границу, в письме в Президиум Верховного Совета СССР от 5-го апреля 1969 года писал: «...Вы хотите, чтобы мои деяния были тождественны деяниям у Боровицких ворот?...» В беседе с председателем Белореченского горисполкома Михальчук заявил, что не ручается за себя и может совершить преступление.

В числе психически больных немало склонных к совершению нападения, к изнасилованиям, убийствам, а некоторые пытаются и совершают такие дерзкие преступления. К примеру, в период обострения болезни Бузницкий А. Г. отрубил голову своему десятилетнему сыну, Овельян Е. М. убила мужа, Пономаренко А. М. убил свою сестру.

В крае, по данным психдиспансеров, в общем количестве 55,8 тысяч психически больных, многие агрессивны, злобны, а около 700 человек представляют общественную опасность. Наибольшее количество их проживает в Краснодаре, Сочи, Новороссийске, Майкопе, Геленджике, Ейском, Крымском районах.

В целях предотвращения опасных последствий со стороны указанных категорий лиц органы госбезопасности края вынуждены проводить необходимые мероприятия, отвлекая для этого большие силы и средства.

В настоящее время, по данным крайздравоотдела, нуждаются в госпитализации 11–12 тысяч больных, а лечебницы соответствующего профиля располагают только 3785 койками.

В целях пресечения опасных проявлений со стороны лиц, страдающих психическими заболеваниями, по нашему мнению – его разделяют и руководители органов здравоохранения края, требуется дальнейшее улучшение системы мер по их выявлению, учету, госпитализации и лечению, а также контролю за их поведением вне лечебных учреждений.

По существу изложенного вопроса проинформированы крайком партии и крайисполком.

Начальник Управления КГБ при СМ СССР по Краснодарскому краю генерал-майор С. Смородинский
15 декабря 1969 года

Это поразительный документ, верх чекистского иезуитства. Начать с того, что, вне сомнения, был инспирирован самим Андроповым: начальнику краевого УКГБ не было нужды да и не полагалось писать такие обобщающие меморандумы своему шефу. Тем более, что по каждому упомянутому эпизоду он наверняка уже докладывал Андропову в свое время. Скажем, неужели же не было своевременно доложено в Москву о сбитом «средствами ПВО в нейтральных водах» самолете? Или в Москве не знали о посещении жителями Краснодарского края иностранных посольств, мавзолея Ленина, тем более с совершением «дерзкого циничного акта». И если предположить, что инициатива докладной записки действительно принадлежала генералу Смородинскому, то он непременно добавлял бы при описании ситуации сакраментальную бюрократическую фразу: «Как я уже докладывал». Однако этих слов ни разу не встречается, как будто бы все эти сведения два года накапливались у бедного генерала и наконец прорвались в крике души.

Далее, упор в подборе эпизодов вполне сознательно делается на опасности террористических актов со стороны душевнобольных. Дело происходит, заметим, в конце 1969 года, т.е. вскоре после знаменитого покушения на Брежнева – «деяние у Боровицких ворот», – совершенного Ильиным, которого сразу же описали невменяемым и заперли в Казанской спецбольнице на «вечной койке» (он вышел только к концу 80-х и никаких признаков психической болезни не обнаружил). Стало быть, и пишущий, и читающие отлично понимают, о чем идет речь. Они знают, что имеется в виду под «психической болезнью» и «общественной опасностью»: люди, просто доведенные до отчаяния, на которых чекистская профилактика уже повлиять не может.

В этой связи становится понятно, почему выбран именно Краснодарский край: там, с одной стороны, много правительственных курортов, а с другой – близко к границе с капстраной, Турцией. То есть, число отчаянных поступков там выше, чем в среднем по стране. Конечно, Андропов врет, утверждая в своей препроводительной записке, что «аналогичное положение имеет место и в других районах страны». Не может быть этого во внутренних областях, не имеющих доступа к границе. Никто не станет захватывать самолеты в Рязанской области – оттуда не улететь до капстраны. Нет там и «судов заграничного плавания», и других провоцирующих советского человека объектов. Статистика «психических заболеваний» будет там несравненно ниже.

Наконец, обратим внимание на приведенные цифры. Общее количество психически больных в крае – 55,8 тысяч, из которых 11–12 тысяч нуждаются в госпитализации, а «общественно опасных» среди них – около 700 человек. Стало быть, члены политбюро легко поймут, о каких масштабах идет речь, коль скоро положение везде «аналогично», а краев и областей в СССР около ста.

Значит, в целом по стране должно быть порядка 70 тысяч «опасных» и 1,2 миллиона «нуждающихся в госпитализации». Речь, таким образом, шла ни больше ни меньше как о создании **психиатрического ГУЛАГа**. И политбюро согласилось на его создание, причем в срочном порядке: вопрос предполагалось решить в течение полугода!

Легко понять, почему Андропов решил подстраховаться – переслать «доклад» своего подчиненного в политбюро, чего ни до, ни после этой бумаги обычно не делал. Ведь всего лишь три года назад его предшественник Семичастный погорел именно на психиатрии, продемонстрировав свою «мягкость» к врагу. Кто же мог поручиться, что политбюро опять не взбрыкнет? Тем более, что речь идет о такой глобальной акции, в сущности – о повороте всей карательной политики. Вот он и старается, нагнетает ужас на старичков сообщением о разгуле сумасшедших в Краснодарском крае, как будто это положение только сейчас возникло по непонятной причине.

Разумеется, освобождаясь из лагеря в январе 1970 года, я не имел ни малейшего понятия о том, что как раз в это время политбюро приняло решение, из-за которого мне опять предстояло идти в тюрьму. Ник-

то из нас ничего подобного себе даже и вообразить не мог.

Мы лишь заметили, что число признанных невменяемыми по нашим делам заметно возросло. А кроме того, было очевидно, что психиатры целенаправленно разрабатывали специальную диагностику, весьма удобную для массового применения к политическим оппонентам да и вообще к любым недовольным режимом. Появились такие сомнительные термины, как «бред реформаторства», получила признание «вялотекущая шизофрения» проф. Снежневского, до того считавшаяся спорной. Было ясно, что против нас готовят психиатрические репрессии, но о масштабах этих приготовлений мы не догадывались.

Однако получилось так, что мы со своей кампанией попали в самую точку. Еще не истекло полгода и политбюро не успело принять окончательного решения, как появились мои первые интервью западной прессе, а к лету – и телевидению, где проблема психиатрических репрессий выдвигалась на первый план. Мы как бы застучали их на месте преступления, причем совершенно случайно. Так, наверное, бывало на войне, когда шальной снаряд попадал в склад боеприпасов и срывал запланированную атаку. Пришлось режиму обороняться чем попало, а решение о создании «психиатрического ГУЛАГа» оказалось отложенным по крайней мере на два года. Когда же к обсуждению этого вопроса вернулись, это произошло только в январе 1972 года, вскоре после моего суда (совпадение это или закономерность – поди пойми! Я ведь был осужден за клевету на советскую психиатрию), обстановка была уже слишком накалена. Слишком много было уже разговоров о психиатрических репрессиях, чтобы возвращаться к первоначальному плану, не возбуждая еще большей кампании. Какая уж тут «конспирация», если о советских психиатрических репрессиях трубили тогда на Западе все средства массовой информации.

По сути дела, обсуждение свелось у них просто к анализу состояния психиатрии в стране. Создана была специальная комиссия Совмина для изучения этого, вопроса, так называемая комиссия Раковского, выяснившая, между прочим, что состояние это крайне неудовлетворительно помимо всякой политики:

По данным Министерства здравоохранения СССР, в стране отмечается рост психических заболеваний. Если на начало 1966 года на учете во внебольничных психоневрологических учреждениях было 2 млн. 114 тысяч больных, то на начало 1971 года состояло более 3 млн. 700 тысяч человек, и на лечении в стационарах находилось 280 тысяч человек.*

Обеспеченность населения страны психиатрическими койками в два с лишним раза ниже потребности. Материальная база подавляющего большинства психиатрических стационаров неудовлетворительна, значительная часть из них расположена в непригодных помещениях, непригодных для нормального размещения больных. Во многих больницах площадь на больного менее 2,0–

* Внезапный рост психических больных в стране на 42,8 % за пять лет вызвал ни удивления, ни сомнений

2,5 кв. метров, при норме 7 кв. метров. Нередки случаи, когда больные размещаются по двое на койке и даже на полу. В ряде больниц построены двухэтажные нары...

Вследствие перегрузки в стационарах нарушается санитарно-гигиенический режим, создаются нетерпимые условия для содержания, обследования и лечения больных, а также для работы медицинского персонала. Нередки случаи преждевременной выписки больных...

В последнее время отмечается значительный рост больных алкогольными психозами и хроническим алкоголизмом, которые все больше поступают в психиатрические учреждения, в связи с чем из года в год снижается число психически больных, получающих лечение в стационарах.

Существующий ежегодный прирост числа психиатрических коек крайне мал. За 1965–1970 гг. он составил в среднем по СССР около 4 процентов к имеющемуся числу коек и осуществляется в значительной мере за счет дальнейшего приспособления и уплотнения зданий психиатрических больниц.

Трудности с госпитализацией психически больных, преждевременная их выписка из стационаров приводят к тому, что среди населения находятся тяжелые, нередко социально опасные психически больные.

По данным МВД СССР, за последнее время на территории страны увеличилось число убийств, разбоев, грабежей, краж и других тяжких преступлений, совершаемых лицами, страдающими психическими заболеваниями. В 1970 году ими совершено 6493 преступления, в том числе 937 убийств. При этом отдельные преступления совершались с особой жестокостью и сопровождались большим количеством жертв. (...)

Постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 5 июля 1968 года № 517 «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки в стране» предусмотрено строительство и ввод в эксплуатацию до 1975 года не менее 125 психиатрических больниц на 500 и более коек каждая. В народнохозяйственном плане на 1971–1975 гг. предусматривается строительство 114 психиатрических больниц с вводом в действие 43,8 тысяч коек.

В 1971 году Министерство здравоохранения СССР совместно с МВД СССР и КГБ при Совете Министров СССР внесли в Совет Министров СССР проект постановления о мерах по дальнейшему улучшению медицинской помощи психически больным... (...)

26 января т.г. Президиум Совета Министров СССР рассмотрел данный вопрос и поручил комиссии в составе т.т. Раковского (созывающий), Мартынова, Петровского, Цвигуна, Щелокова, Волкова, Гарбузова, Прохорова доработать проект постановления с учетом обмена мнениями на президиуме.

В общем, дело застопорилось надолго, перешло в сферу чисто профессиональных проблем и политическую остроту потеряло. Разумеется, число психбольниц заметно выросло к концу 70-х, как это и планировалось, но число помещенных по политичес-

ким причинам не выросло даже пропорционально числу больниц. Оно и не удивительно, принимая во внимание размах кампании в мире против психиатрических злоупотреблений.

В ряде западных стран нагнетается антисоветская кампания с грубыми измышлениями об использовании в СССР психиатрии якобы в качестве инструмента политической борьбы с «инакомыслящими», — докладывал в ЦК Андропов. — Идеологические центры и спецслужбы противника широко привлекают к этому средства массового информирования, используют трибуны научных форумов, инспирируют антисоветские «демонстрации» и «протесты»... Последние данные свидетельствуют о том, что эта кампания носит характер тщательно спланированной антисоветской акции. Организаторы клеветнических выступлений стремятся подготовить, как видно, общественное мнение к публичному осуждению «злоупотреблению психиатрией в СССР» на предстоящем VI Всемирном конгрессе психиатров (Гонолулу, США) в августе 1977 года, рассчитывая вызвать политически негативный резонанс в канун празднования 60-й годовщины Великой Октябрьской социалистической революции. (...)

Активную роль в нагнетании антисоветских настроений играет Королевский колледж психиатров Великобритании, находящийся под влиянием просоциалистических элементов. В мае 1976 года на его съезде принято решение обратиться к участникам VI Всемирного конгресса психиатров с требованием осудить «систематическое использование психиатров в СССР в политические цели». Для изучения «доказательств злоупотребления психиатрией» создана рабочая группа.

В июне 1976 года вопрос о «положении в советской психиатрии» рассмотрен на Генеральной ассамблее Союза французских психологов, где принята резолюция, «осуждающая действия психиатров СССР», и составлена петиция с требованиями «прекращения использования психиатрии в репрессивных целях». (...)

Инспирируют акцию оказывают нажим и на руководство Всемирной ассоциации психиатров (ВАП). В Исполком ВАП поступают сфабрикованные на Западе «доказательства злоупотреблений психиатрией в СССР» и требования выступить с обвинениями в адрес советских психиатров. Члены Исполкома ВАП английские психиатры Д. ЛИ и Л. РИС подвергаются публичной травле только за то, что они по инициативе советских ученых избраны почетными членами Всесоюзного общества невропатологов и психиатров.

На проходившем в июне 1976 года в Лондоне симпозиуме ВАП об этике в психиатрии некоторые участники пытались внести в декларацию пункт о «политических диссидентах», поддержанный некоторыми членами парламента, большинством лондонских газет, радио, телевидением, а также участниками организованного антисоветского митинга. Однако в результате активной и принципиальной позиции советского представителя, члена Исполкома ВАП, профессора ВАРТАНЯНА М. Е. это предложение удалось отклонить. Комитетом госбезопасности через оперативные возможности

принимаются меры по срыву враждебных выпадов, инспирируемых на Западе вокруг советской психиатрии.

Вместе с тем полагали бы целесообразным по линии Отдела науки и учебных заведений ЦК КПСС и Отдела пропаганды ЦК КПСС поручить Минздраву СССР осуществить в период подготовки и проведения VI Всемирного конгресса психиатров (1977 г.) соответствующие официальные мероприятия по каналам международного научного обмена, организовав их пропагандистское обеспечение совместно с органами информации.

Все это, заметьте, пишется без тени иронии, будто не сам Андропов только что отправлял в тот же самый ЦК свои материалы и предложения о психиатрическом ГУЛАГЕ. Включая и упоминание бедных затравленных английских психиатров Д. Ли и Д. Риса, якобы принятых в почетные члены советского общества психиатров «по инициативе советских ученых», хотя и Андропов и ЦК отлично знали, что инициатива исходила от них самих. Более того, такая обработка западных психиатров велась вполне целенаправленно, по решению ЦК:

Министерство здравоохранения СССР проводит работу по выявлению прогрессивно настроенных крупных психиатров США, Англии, Франции и других капиталистических стран и приглашению их в СССР для участия в научных конференциях и симпозиумах, ознакомления с достижениями психиатрической помощи в нашей стране. Имеется в виду использовать их позитивные высказывания в пропагандистской работе за рубежом. (...) Минздравом СССР и МВД СССР организованы инспекторские проверки специальных больниц, где вводится принудительное лечение лиц с психическими заболеваниями, с целью улучшения медицинского обслуживания этой категории больных. Предлагается, в случае необходимости, осуществлять показ отдельных таких лечебниц иностранным специалистам.

Разумеется, «прогрессивным» западным коллегам не покажут обычных психбольниц, где не хватает коек и больных кладут по двое в койку, или ни пол. Впрочем, некоторые из них были, видимо, настолько «прогрессивны», что и это бы их не смутило.

В последний день пребывания в СССР член португальской парламентской делегации, которую мне было поручено сопровождать, видный специалист в области невропатологии и психиатрии, депутат от социалистической партии А. Фернандес да Фонсека в доверительном порядке сообщил мне следующее, — доложил в ЦК советский «парламентарий» Юрий Жуков. — По имеющимся у него данным, антисоветски настроенные американские деятели готовятся использовать предстоящий Всемирный конгресс психиатров 1977 году в Гонолулу для организации яростной антисоветской кампании в связи с распространяемыми на Западе клеветническими суждениями о том, будто у нас психиатрические больницы используются для заключения туда «инакомыслящих»

— Маневры такого рода, — сказал А. Фернандес да Фонсека, — предпринимались уже на предыдущем Всемирном конгрессе по психиатрии в Мексике в

1972 году, но сейчас готовится гораздо более крупная акция. В этой связи было бы важно, чтобы советские специалисты, которые будут участвовать и конгрессе, были вооружены убедительной документацией научного порядка, которая была бы противопоставлена лживым утверждениям врагов СССР. Кроме того, на мой взгляд, было бы важно, чтобы уже сейчас советские специалисты вооружили соответствующей научной информацией прогрессивно настроенных зарубежных выдающихся деятелей психиатрии, которые могли бы вместе с советскими деятелями дать отпор клеветникам.

В этой связи А. Фернандес да Фонсека попросил прислать ему соответствующие данные для подготовки к выступлению на конгрессе. По его словам, использовались бы эти данные для ознакомления с ними видных психиатров других стран, народы которых говорят на португальском языке.

— В мае, — сказал он, — намечается организационная встреча ассоциации психиатров Португалии, Бразилии и пяти стран Африки, народы которых говорят на португальском языке, у нас будет возможность встретиться с моими видными коллегами и убелить их в неправомерности обвинений, а конкретный научный материал — диагнозы и сведения о лечении таких людей, как Плющ, Буковский и другие, которых выдают за «невинных жертв».

Хотел бы я теперь встретиться с этим А. Фернандесом да Фонсекой, желательно в присутствии журналистов или на телевидении. Но ведь не решится, как и все остальные наши противники времен «холодной войны». И даже если его силой привести — все равно не раскается. Будет, небось, твердить, что «не знал», что «верил» и что во всем виноваты американцы. Во всяком случае, ни мне, ни Плющу никаких извинений от него до сих пор не приходило.

* * *

Нужно ли говорить, как рады были советские «психиатры в штатском» такому добровольному помощнику (А. Фернандес да Фонсека), позволявшему им «и в дальнейшем использовать его возможности для распространения нужной нам информации». Работы у них было даже слишком много: практически каждый год составлялся и утверждался в ЦК «План мероприятий по разоблачению антисоветской клеветнической кампании по поводу так называемых «политических злоупотреблений в психиатрии». Это впечатляющие документы, содержащие детальную разработку международной контркампании, в которой задействованы все возможности: и пресса и телевидение, и советская дипломатия, и меры КГБ. В них и тактика, и стратегия и до осуждения в Гонолулу, и после. Но если до Гонолулу это в основном комплекс защитных мер пропагандистского характера, то после Гонолулу — отчаянная борьба за выживание.

Осуждение в Гонолулу было для режима жестоким поражением, далеко выходящим за рамки психиатрии. Прежде всего потому, что самое отчаянное усилие советской внешнеполитической машины не смогло его предотвратить. Оправдываясь перед

ЦК, руководство советской психиатрии описывает все принятые ими меры:

В порядке подготовки к Конгрессу Минздравом СССР были проанализированы основные антисоветские публикации и подготовлены обоснованные контраргументы; проведен ряд симпозиумов с участием крупных зарубежных специалистов, активизировано участие в программах ВОЗ. Непосредственно перед конгрессом для согласования позиции социалистических стран советские психиатры выезжали в Болгарию, Венгрию, ГДР и ЧССР.

Для Участия в Конгрессе была подготовлена авторитетная советская делегация, которая сразу по прибытии в Гонолулу установила активные контакты с делегациями социалистических и других государств (Мексики, Венесуэлы, Синегала, Нигерии, Индии и т.д.). Эти контакты, а также дальнейший ход Конгресса подтвердили, что, хотя официально Конгресс проводился ВАП, вся фактическая подготовка научной и организационной программы полностью находилась в руках Американской психиатрической ассоциации. Воспользовавшись своим положением и поддержкой Президента Конгресса Ш. Фрезер и Президента ВАП Г. Рома (оба из США), составители программы пошли на открытую политизацию Конгресса в ущерб основным научным интересам психиатрии...

Помещения, где проходили заседания Конгресса, были наводнены антисоветской макулатурой, листовками с грязными нападениями на советскую психиатрию и отдельных ее представителей. В кулуарах сновали привезенные на Конгресс «бывшие советские психиатры» (...), создавалась шумиха вокруг психически больного лица (Л. Плющ), высланного из СССР.

В связи с этим советская делегация с первого же дня последовательно представляла резкие протесты по поводу антисоветских провокаций как Исполкому ВАП, так и организационному комитету Конгресса. В самом исполкоме ВАП советский представитель М. Е. Вартамян сумел, в частности, добиться отказа в регистрации Л. Плюща в качестве делегата Конгресса, а также удаления из основного зала заседания антисоветской литературы. Что же касается коридоров и фойе, то Оргкомитет заявил, что эти помещения им не оплачиваются и соответственно, якобы, не контролируются...

Однако главное столкновение с антисоветчиками развернулось на двух заседаниях Генеральной Ассамблеи ВАП, где организаторами Конгресса были поставлены на обсуждение подготовленная Исполкомом «Гавайская декларация» об общих этических принципах современной психиатрии (к которой советская делегация присоединилась), а также провокационная англо-австралийская резолюция, «осуждающая злоупотребление психиатрией» в СССР» и американское предложение о создании «Комитета по расследованию случаев злоупотребления психиатрией».

Советский представитель на Ассамблее (Э. А. Бабаян) опротестовал включение в повестку этих предложений как явно клеветнических и противоречащих Уставу ВАП. Он выступил также против

предложенного порядка обсуждения пунктов повестки дня, исключавшего сколько-нибудь серьезное их рассмотрение. Была категорически опротестована и сама система голосования основанная на пропорциональности числа голосов величине вносимых ассоциациями денежных взносов в бюджет ВАП (от 30 до 1–2-х голосов). Однако эти протесты не были приняты из-за открытого нажима Президента ВАП Г. Рома и ссылок на Устав ВАП. (...) После этого Президент ВАП грубо нарушил порядок ведения заседания и форсировал голосование с попранием элементарных требований процедуры (не было запечатанной урны.. бюллетени получали непосредственно в руки представители секретариата, которыми же и проводился подсчет голосов и т.д.). Это было также немедленно опротестовано представителями СССР и других социалистических стран на Ассамблее и в Исполкоме ВАП, но не было принято Председателем и Генеральным секретарем ВАП. Однако даже в этих условиях 33 делегации национальных психиатрических обществ из 59 голосовали против антисоветской англо-австралийской резолюции, т.е. в поддержку советской психиатрии, и только 19 за резолюцию. Лишь подсчет по системе «взвешенного голосования», архаичность которой была признана даже Исполкомом (но которую может изменить лишь следующий Конгресс), дало преимущество организаторам антисоветской кампании лишь в 2 голоса (90 и 88). Следует отметить, что на Конгрессе отсутствовали представители Польши и Румынии, имевшие 6 голосов, и по необъявленным причинам были признаны недействительными 2 бюллетеня с 8 голосами. Это же определило и принятие решения поручить новому Президенту ВАП проф. П. Пишо (Франция) и Исполкому продолжить рассмотрение вопроса о создании так называемого комитета по расследованию злоупотреблений в психиатрии, которое, как было показано в ходе дискуссии, не имело под собой никаких медицинских или юридических оснований. После голосования представитель СССР еще раз подчеркнул недемократический, дискриминационный характер процедуры ВАП и заявил, что результаты голосования явно свидетельствуют, что большинством стран – членов ВАП резолюция не принята. (...)

На следующий день советская делегация представила вновь избранному и старому Исполкому ВАП устное и письменное заявление по общим итогам Конгресса. В нем был дан подробный анализ всей антисоветской клеветнической кампании, осуждены дискриминационные методы ведения ассамблеи, еще раз подчеркнуто, что антисоветская резолюция ассамблеи не может считаться принятой. Это заявление было распространено среди всех национальных делегаций и представителей прессы. Как широко отмечалось и кулуарах Конгресса и в прессе, несмотря на формальное «принятие» клеветнической англо-австралийской резолюции, моральная победа на Конгрессе была одержана советской психиатрией.

Разумеется, такая «победа» ЦК не устраивала, а потому работа началась сразу же после Гонолулу:

Советские ученые (Снежневский А. В., Морозов Г. В., Бабаян Э. А., Жариков Н. М., Вартамян М. Е., Рожнов В. Е. и др.) выезжали на научные совещания по психиатрии в ФРГ, Швейцарию, ГДР, ВНР, где встречались с зарубежными и подробно информировали их об истинном характере событий на прошедшем Конгрессе. В Женеве по итогам Конгресса была проведена пресс-конференция (Э. А. Бабаян), которая получила объективное освещение в ряде швейцарских газет.

Соответственно, «план» кампании на 1978–1979 гг., утвержденный ЦК, включал в себя огромное количество пропагандистских мероприятий, использования научных контактов, публикаций, а также тактических приемов типа:

Добиваться демократизации Устава ВПА и правил процедуры ее высшего органа – Генеральной ассамблеи.

Провести работу по включению в состав Этического Комитета ВПА советского представителя, добиваясь рассмотрения этим комитетом лишь профессиональных вопросов медицинской этики (срок – I квартал 1978 г.).

Установить и поддерживать контакт с новым президентом (проф. П. Пишо – Франция) и Генеральным секретарем ВПА (проф. П. Бернером – Австрия), тематически направлять в адрес Исполкома ВПА и национальных ассоциаций психиатров (стран-членов ВПА) соответствующие материалы и документы, разоблачающие клеветнический характер проводимой политической антисоветской кампании.

В случае принятия ВПА каких-либо новых решений, направленных на дальнейшее ее вовлечение в эту кампанию, заявить о выходе Всесоюзного общества невропатологов и психиатров из ВПА.

Расписано было все, вплоть до сроков исполнения и учреждений, за исполнение отвечавших. Например:

Принять необходимые меры по активизации работы со специалистами и учеными социалистических стран. Для этого провести в Москве в первой половине 1978 года совещание ведущих психиатров социалистических стран и представителей Минздравов этих стран для разработки планов совместных мероприятий по актуальным проблемам психиатрии. Активно участвовать во всех конгрессах и конференциях по вопросам психиатрии, про-

водимых в социалистических странах, с предоставлением докладов и материалов о достижениях советской психиатрии.

Регулярно предоставлять рабочие места для подготовки специалистов социалистических стран по клинической и судебной психиатрии в Институте психиатрии АМН СССР, Центральном НИИ судебной психиатрии им. В. П. Сербского.

Продолжать работу по изучению позиций ведущих ученых-психиатров капиталистических стран и научной направленности проводимых ими исследований с целью привлечения некоторых из них к совместной работе в рамках научных конференций, симпозиумов и межинститутских соглашений. Использовать для этих целей также каналы сотрудничества с ведущими фармацевтическими фирмами капиталистических стран.

Провести мероприятия по более активному привлечению психиатров развивающихся стран к работе научных конференций, проводимых в СССР, а также использовать все возможности для командирования советских специалистов в развивающиеся страны для чтения лекций по вопросам психиатрии.

Иногда возникали и курьезы. Так, и до Гонолулу, и после одним из важных мероприятий считалось:

Организовать получение информации о судьбе выехавших из Советского Союза психически больных лиц, бывших граждан СССР, имея в виду использование этих данных в приемлемой форме с учетом требований медицинской этики для разоблачения клеветнического характера обвинений в адрес советской психиатрии.

Ответственные:

Министерство иностранных дел СССР,
Комитет госбезопасности при СМ СССР,
Министерство здравоохранения СССР.

Речь шла о том, чтобы выяснить, кто из нас, когда-то помещавшихся в советские психбольницы, попал на лечение к психиатрам за границей. А коли таких случаев нет, то выдумать их. КГБ дважды просить не пришлось, и вскоре во многих левых западных изданиях появились сообщения о том, что тот или другой из наших друзей якобы попал в психбольницы уже на Западе.

(Продолжение следует)

ОБЩЕСТВО КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ ПРИ НПА

Третьи

КОНСТОРУМСКИЕ ЧТЕНИЯ

ПСИХОТЕРАПИЯ

ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Научно-практическая конференция

19 декабря 1997 года с 10 до 19 час. в конференц-зале Наркологического диспансера № 1 г. Москвы

Приглашаем участвовать своими докладами всех коллег.

Доклады до 5 стр. машинописного текста просим присылать до 1 декабря 1997 г.

ответственному секретарю ОКП Антону Марковичу Бурно по адресу:

113186, Москва, Севастопольский пр-т, д. 17, корп. 1, кв. 11. Контактный телефон: (095) 1 27-04-26.

Доклады, сделанные на конференции, будут опубликованы в специальном Приложении «Независимого психиатрического журнала»



Лев Семенович Выготский (1896–1934) – один из самых выдающихся психологов XX века, неожиданный гомельский метеор, создатель культурно-исторической теории развития психики, написавший за 10 лет деятельности в качестве психолога около 180 выдающихся работ, многие из которых не были изданы, а изданные полстолетия не переиздавались.

Даже главный всемирно известный труд «Мышление и речь» (1934), переизданный спустя 22 и 48 лет, выходил с большими конъюнктурными купюрами, сплошной стилистической правкой и редакторскими изменениями, менявшими в ряде мест смысл на противоположный. В авторском варианте эта работа опубликована только в 1996 году. «Педология подростка» в 6-ти томном собрании сочинений (1984) лишена восьми основных глав, где разъясняется и обосновывается, что такое педология. – Это детская и подростковая антропология. Постановление ЦК ВКП(б) 1935 года о запрещении педологии и психотехники и спустя полвека еще сильнее здравого смысла и катастрофического ущерба стране.

И сейчас труды Л. С. Выготского не только актуальны, они по-прежнему опережают время, превосходя большинство современных работ своим культурным уровнем. В воспоминаниях о Л. С. Выготском С. Добкин* пишет об удивительном сходстве, которое отмечалось в стиле ведения кружка 15–16-летним Выготским и организацией семинаров выдающимся отечественным феноменологом Г. Г. Шпетом. Выготский начинал с истории, искусства и литературоведения. Наиболее глубокое влияние оказали на него иудаизм, Спиноза и Шестов. Первым, кто разбудил в нем глубокий интерес к психологии, был Достоевский. Первые наиболее значительные для него книги – «Многообразие религиозного опыта» В. Джемса, «Психопатология обыденной жизни» Фрейда и «Философия искусства» Христиансена. Но с самого начала он стремился прокладывать собственный путь. Б. В. Зейгарник вспоминала о встрече Л. С. Выготского с Куртом Левином как встрече равных. Несмотря на лояльность режиму Выготский подвергся в последние годы жизни грубой травле, ускорившей его смерть. Ниже приводятся **несколько отрывков** о предмете педологии как самостоятельной науки из «Педологии подростка» (1929).

Глава 1

ПОНЯТИЕ О ПЕДОЛОГИИ

Педология есть наука о ребенке. Основной факт, с которым мы встречаемся, подходя к ребенку, это – развитие, ребенок находится в постоянном процессе изменения и роста, и поэтому прежде всего следует выяснить основные моменты, характеризующие тот процесс, который мы называем процессом детского развития.

С внешней стороны раньше всего бросается в глаза тот факт, что процесс детского развития в основе своей сводится к росту, т.е. к чисто количественному изменению и нарастанию материальной массы тела ребенка. Если мы сравним зародышевую клет-

ку, из которой получает начало развитие ребенка, с новорожденным младенцем, нас прежде всего поразит огромное увеличение материальной массы этой живой клетки, т.е. на первый план как будто выступают явления роста сами по себе. Тот же самый результат получим, если мы сравним новорожденного ребенка с взрослым человеком.

Первое и самое наглядное различие, которое сразу бросится вам в глаза, будет заключаться в том, что перед нами маленькое существо, которое в процессе своего развития превращается в большой организм, хотя это увеличение и является крайне замедленным по сравнению с ростом в утробный период ранним. И наши внешние наблюдения не обманут нас.

Действительно, в основе процессов детского развития лежат явления роста, т.е. количественное уве-

* Л. С. Выготский: начало пути. Воспоминания С. Ф. Добкина о Льве Выготском. Ранние статьи Л. С. Выготского. Публикация, редакция и комментарии И. М. Фейгенберга. Иерусалим, 1996.

личение и нарастание массы организма. До сих пор мы еще не имеем исчерпывающей и сколько-нибудь общепринятой биологической теории роста. Однако, сами по себе факты и особенности, характеризующие этот процесс, довольно широко и основательно уже изучены. Было бы, однако, большой ошибкой сводить все развитие и связанные с ним изменения исключительно к факту роста или количественному увеличению организма. Такая точка зрения в свое время держалась в учении о зародышевом развитии организмов, это так называемая теория преформизма или предобразования. Сущность этой теории заключается в том, что зародыш представляет собой уже наперед сложившийся совершенно организм той же самой формы и структуры, что и зрелый, но только в микроскопически уменьшенных размерах...

Наблюдения показали, что эта теория совершенно неверно представляет историю развития зародыша и превращения его в зрелый организм. Эта история никогда не сводится к простому и исключительно количественному нарастанию, но включает в себе целый ряд метаморфоз, т.е. качественных превращений одной формы в другую, изменения самой структуры зародыша и организма, и эти качественные изменения не менее важны для полной характеристики процессов развития, чем процессы количественного роста.

Превращение яйца в цыпленка, превращение яичка в гусеницу, гусеницы в куколку, куколки в бабочку могут служить примерами такого метаморфоза. Но и утробное развитие человека, как мы увидим это ниже, состоит из целой цепи метаморфоз, путем которых постепенно создается и развивается человеческий организм. Если эта точка зрения была давно оставлена в эмбриологии, то в педологии она оказалась более живучей...

Итак, первое положение, которое выдвигает научная педология, заключается в том, что ребенок это не маленький взрослый, что это организм и качественно отличающийся от взрослого, и что процесс развития всего организма в целом и отдельных его функций является гораздо более сложным процессом, чем простое количественное увеличение того, что дано с самого начала.

Это положение оказывается верным и по отношению к организму в целом, и по отношению к каждой отдельной его функции и стороне. Так же, как ребенок не есть маленький взрослый, так точно и память ребенка или его мышление не есть просто уменьшенное, ослабленное, более смутное выражение тех же самых функций у взрослого человека.

Было бы, однако, большой ошибкой противопоставлять эти качественные изменения количественным, рассматривать их как особый независимый ряд изменений, происходящих в организме...

Первое положение, с которым мы встречаемся в этой области, заключается в том, что и сам по себе рост не исчерпывается чисто количественными изменениями в организме. Рост ребенка не совершается прямолинейно и равномерно, так что за каждый определенный промежуток времени рост увеличивается на строго одинаковую величину. Напротив сам рост совершается циклически или ритмически. Периоды усиленного роста сменяются периодами задержки, остановки, затухания его.

Если мы захотели бы вычертить кривую, которая символически указывала бы рост ребенка в различные периоды его жизни, то мы получили бы сложную, своеобразную кривую, подъемы и падения которой соответствовали бы периодам усиления и затухания роста. Таким образом, только учет этого одного обстоятельства сразу показал бы нам, что, взятое только со стороны роста, детское развитие распадается на ряд циклов, периодов, и одни и те же количественные изменения приобретают совершенно различное значение в зависимости от того, к какому циклу или периоду они относятся. Но этой циклическостью не ограничиваются особенности роста.

Его второй особенностью является диспропорция роста отдельных частей тела. Сущность этого явления заключается в том, что отдельные органы, функции и ткани тела растут неравномерно и неодинаково.

Стенли Холл говорит, что различие пропорций у ребенка и взрослого настолько велико, «их пропорции так различны, что из наших детей должны были бы выйти уроды, если бы голова, тело и члены продолжали расти в их первоначальных отношениях, пока не достигли бы размеров взрослого человека»...

В результате этой диспропорциональности на каждой новой возрастной ступени происходит качественное изменение структуры организма ребенка.

Оба эти положения о циклическости и диспропорции детского развития приводят нас к установлению третьего и едва ли не наиболее важного принципа детского развития, именно принципа метаморфоз или качественных изменений, возникающих на основе количественных. Этот принцип метаморфоз говорит, что развитие организма ребенка или отдельных его функций часто напоминает не просто количественное увеличение, а превращение одной формы в другую, аналогичное превращению гусеницы в куколку и куколки в бабочку. Это положение относится так же к организму в целом, как и к отдельным его функциям.

Ярким примером метаморфоза в развитии ребенка может служить эпоха полового созревания...

Процессы развития при метаморфозе идут в двояком направлении. С одной стороны, происходит отмирание старой формы, ее свертывание или обратное развитие; с другой стороны, происходит нарастание новой формы, которая сменяет прежнюю. Процесс развития таким образом оказывается сложным.

Всякая эволюция в развитии ребенка, как говорит Болдуин, включает в себе и моменты инволюции, т.е. обратного развития или отмирания старой формы. Ребенок, который овладевает вертикальной походкой, перестает ползать; с научением человеческой речи, ребенок перестает лепетать; с нарастанием новых интересов, у ребенка свертываются и отмирают старые. С переходом, например, в эпоху полового созревания, подросток не только приобретает, новые формы мышления и поведения, но и оставляет детскую игру. Эти примеры можно было бы умножить до бесконечности, но едва ли есть в этом надобность, настолько очевиден сам принцип инволюции или обратного развития у ребенка.

Наконец, было бы большой ошибкой представлять себе процесс развития, как зависящий исклю-

чительно от внутренних условий, которые автоматически вызывают, стимулируют, регулируют рост.

На деле процесс развития заключается в целостном приспособлении растущего и развивающегося организма к среде, и эта двойная обусловленность процессов развития, зависимость их от внутриорганических условий и от условий среды завершает то сложное представление о детском развитии, которое мы хотели в кратких чертах набросать выше.

В науке относительно целого ряда сторон детского развития существуют две противоположные точки зрения, одну из них называют нативизмом, другую эмпиризмом. Сторонники первой точки зрения рассматривают ту или иную сторону развития ребенка, как наследственно обусловленную и самый процесс развития сводят к развертыванию известных наследственных врожденных данных.

Другая теория, наоборот, стремится объяснить возникновение какого-нибудь свойства или функции у ребенка не из развертывания врожденных данных, а из процессов опыта, который был у ребенка. Принцип конвергенции пытается подняться над крайностями обеих этих точек зрения и соединить оба эти утверждения в одно.

Согласно этому принципу, всякий процесс детского развития, как говорит Штерн «не есть просто выступление природенных свойств, но и не просто восприятие внешних воздействий, а результат конвергенции внутренних данных с внешними условиями развития». Конвергенция и означает такое скрещивание, пересечение или совпадение внутренних особенностей, заложенных в организме, и внешних условий, в которых эти особенности проявляются. Только из совпадения этих двух причинных рядов может быть объяснено и понято детское развитие.

«Ни о какой функции, говорит Штерн, ни о каком свойстве нельзя спрашивать, происходит ли оно извне или изнутри, а нужно спросить, что в нем происходит извне, и что внутри, так как и то, и другое принимает участие – только не одинаковое в различных случаях – в его осуществлении».

В последнее время принцип конвергенции получил свое блестящее подтверждение в области развития поведения в учении об условных рефлексах...

Пирсон и определяет наследственность как корреляцию между степенью родства и степенью сходства. Нельзя не заметить, что это определение является в высшей степени широким в том смысле, что оно включает в себя не только биологическую наследственность в собственном смысле этого слова, но и то, что Блонский называет социальной наследственностью, т.-е. наследственностью социальных условий жизни и существования. Смешение этих двух форм грешат очень и очень многие исследования человеческой наследственности...

Среди различных научных дисциплин современная методология выделяет особую группу наук, которую она обозначает как науки о естественных целях. Существенным отличием таких наук является то, что они посвящены изучению какого-нибудь естественного целого, т.-е. особенно важного в каком-нибудь отношении и единого объекта, который изучается данными науками со всех сторон, со всех точек зрения, из которых каждая свойственна какой-либо особой, отдельной, абстрактной науке...

К таким наукам о естественных целях относится и педология. Педология есть наука о ребенке. Предметом ее изучения является ребенок, это естественное целое, которое помимо того, что является чрезвычайно важным объектом теоретического знания, как звездный мир и наша планета, является вместе с тем и объектом воздействия на него или воспитания, которое имеет дело именно с ребенком, как целым. Вот почему педология является наукой о ребенке, как едином целом...

Правильное философское понимание природы детского развития не позволяет ограничиться при изучении ребенка одной детской психологией, но обязывает нас понимать это развитие, как единый материальный по своей природе процесс.

Самая детская психология при этом становится только одной ветвью педологии, одной из педологических дисциплин. Возраст ребенка, т.-е. отдельный этап его развития, представляет собой, реальное единство, т.-е. такое объединение отдельных сторон, в котором целое представляет целый ряд таких свойств и закономерностей, которые не могут быть получены из простого сложения отдельных частей и сторон...

Глава II

МЕТОДЫ ПЕДОЛОГИИ

Педология в настоящее время, особенно в нашей стране, переживает серьезнейший кризис. На наших глазах производится глубокая ревизия всей науки о ребенке, пересмотр всей педологии, как в ее принципиальных основах, так и во всем ее фактическом содержании. Этот кризис педологии связан, главным образом, с тремя основными моментами.

Во-первых, он объясняется состоянием самой науки, ее возрастом. Педология является в высшей степени молодой, еще окончательно не сложившейся, еще окончательно не оформившейся, не выработавшей еще своего окончательного философского лица наукой. Правда, отдельные исследования по развитию ребенка, которые легли в основу педологии,

собираение фактического материала для нее простирается очень далеко назад, но оформление самой педологии, как науки, точно осознавшей свой предмет, свой метод, свою философскую основу, до сих пор еще не закончено. Вернее, этот процесс оформления начался но еще не закончился и едва ли уж близок к концу.

«Еще в начале 20 века, говорит Блонский, педологию отождествляли с детской психологией. С развитием материалистических взглядов, содержание педологии расширилось; ее стали отождествлять с детской антропологией. Надо сказать правду, и сейчас часто курс педологии фактически представляет собой винегрет из самых разных отраслей знания,

простой набор сведений из различных наук всего того, что относится к ребенку. Но разве подобный винегрет есть самостоятельная наука? Конечно нет».

Педология представляет собой глубоко своеобразную дисциплину, которая отличается во многом от других частных дисциплин, изучающих отдельные стороны в развитии ребенка. Это своеобразие педологии, как мы видели, сводится к тому, что она изучает ребенка, как единое целое, задаваясь целью представить синтез разных научных данных, изучающих ребенка с разных сторон, представить структуру каждого данного возраста или вернее сказать, – ребенка на каждой данной возрастной ступени, как единое целое. Мы видели, что в этом смысле педология с методологической стороны принадлежит к особой группе наук, которую в классификации наук обозначают, обычно, как науки об естественных целых.

«Наука о ребенке, говорит по этому поводу Стенли Холл, не подходит ни под какую классификацию и в некотором смысле не имеет себе подобной, будучи частью психологией, частью антропологией, частью медициной и гигиеной. Врач взвешивает и измеряет, осматривает уши и глаза и т. д., филолог изучает на языке ребенка развитие языка человечества, и оба не желают знать один о другом или о развитии чувства «я», о страхе, гневе, суеверии, о разных периодах различных интересов, о развитии памяти у детей и т. п. Своеобразие заключается именно в новом направлении и в сосредоточении многих научных дисциплин и методов на одном предмете. Из них многие, или по крайней мере некоторые не знали до сих пор такого соединения».

Мнение Холла, будто педология не имеет себе подобных в среде наук, не является вполне верным, так как подобные науки о естественных целых все же существуют...

Второй момент, обуславливающий современный кризис, заключается в том, что педология всегда была теснейшим образом связана с практикой воспитания. В огромной степени она у таких авторов, как Мейман, просто целиком превращалась в экспериментальную педагогику. И это вполне понятно если принять во внимание, что проблема воспитания в эту эпоху на 0.9 сводилась к школьному обучению. Педология, таким образом, всегда оказывалась в теснейшей зависимости от господствующей системы воспитания...

Педология, во-первых, всегда изучает конкретного ребенка, т.-е. ребенка, не только развивающегося, но и воспитуемого, ребенка растущего в определенной среде, а так как с научной точки зрения среда и является в основе воспитывающим фактором, то фактически на долю педологии приходится изучение всегда определенным образом воспитываемого данной средой ребенка. С другой стороны, и сама педология изучая законы детского развития, вырабатывает известные научные правила и принципы, которые свою очередь должны послужить для научного обоснования педагогического процесса.

В значительной мере педология, как наука о ребенке, являлась во все время своего развития, как и частные исследования и научные дисциплины, подготовившие для нее почву, теоретическим обобщением воспитательской практики. Основным источ-

ником знания о ребенке и основным двигателем развивающейся науки о нем была всегда педагогическая практика. Вот почему историк нашей «науки на всем протяжении ее исторического и доисторического пути легко может проследить и вскрыть теснейшую связь между «теорией детского развития и практикой детского воспитания».

Вот эта тесная связь педологии и педагогики, науки о ребенке и науки о воспитании его, и обусловила пересмотр педологии в нашей стране. Революция принесла с собой коренное изменение во всем строе воспитания.

«Одной из первых проблем социалистического рабочего плана явился вопрос о создании нового социалистического человека», говорит Залкинд. Педология этим самым была поставлена перед задачей теоретически обосновать новую систему воспитания...

Требование изучать ребенка имеет с окружающей его социальной средой и в зависимости от структуры и направленности этой среды ни в какой главе педологии не осознано сейчас так сильно, как в главе о подростке.

Шпрангер прямо говорит, что следует изучать личность подростка, как носителя известной культуры, как известный конкретный тип, в котором отразился психологический облик эпохи, национальности и т. д. Шпрангер объявляет, что задачей педологии подростка является изучение подростка известной эпохи, но не юности вообще.

В этом видим мы одно из величайших завоеваний современной педологии, именно внесение в нее исторической точки зрения...

Основной задачей педологии является изучение тех фаз и периодов, через которые проходит детское развитие. Установление этих периодов позволяет педологии различать паспортный и реальный возраст ребенка. Оба эти возраста не совпадают.

Это значит, что два ребенка, имеющих по паспорту одинаковое количество лет, на самом деле могут находиться в различных фазах развития и, следовательно, их реальный возраст будет глубоко отличаться один от другого. Так педологи различают реальный анатомический, физиологический, психологический и культурный возраст ребенка...

Есть два момента, которые делают педологию самостоятельной наукой, несмотря на то, что она пользуется методами других научных дисциплин. Первый из этих моментов состоит в том, что педология, пользуясь даже методами других научных дисциплин, остается все же педологией, так как она использует данный метод в других целях, чем он используется в самостоятельной науке.

Она использует методы, разработанные в анатомии, физиологии и психологии, для решения своих педологических задач так точно, как физика использует математический метод для решения физических задач.

Представим себе, что память семилетнего ребенка изучают психолог и педолог. Они, конечно, вынуждены пользоваться одним и тем же методом, потому что память можно изучать только психологическим методом, как всякое психологическое явление. Однако, психолог, изучающий память семилетнего ребенка, будет изучать именно явления памяти на определенной ступени развития. Добытые

им факты он сопоставит с другими данными о памяти, приведет их в систему, и закон, который он выведет, будет психологическим законом о деятельности памяти.

Иначе поступает педолог. Изучая также память семилетнего ребенка, он сопоставит полученные им данные с другими данными не о памяти, но о семилетнем ребенке, приведет их также в систему, и закон, который он выведет, будет педологическим законом развития ребенка.

Здесь педология попадает совершенно в такое же положение, в какое попадает всякая наука о естественных целых, когда она пользуется методом какой-нибудь специальной науки. Так, географ не может изучать растения и животных иначе, чем теми средствами, которые предоставляет в его распоряжение зоология и ботаника. Но, пользуясь этими средствами, этот ученый все же умножает свои географические познания. Он расширяет свои сведения о земной поверхности, а не о животных или растениях. Целевая установка, задачи научного исследования в обоих случаях оказываются различными.

Второй момент, который обуславливает своеобразие педологии, как самостоятельной науки, не-

смотря на то, что она пользуется методами целого ряда частных наук, заключается в том, что педология создает и вырабатывает свои особые методы объединения, обобщения и сравнения частных данных, полученных при помощи методов других наук. Собственными методами педологии или методами второго порядка, при помощи которых обрабатываются материалы, полученные средствами первичных методов, являются генетический, сравнительный и синтетический методы.

Собственные методы педологии служат вскрытию тех собственно педологических закономерностей, которые характеризуют возраст как качественно своеобразное, реальное единство, как особую специфическую структуру. Если частные методы педологического исследования, о которых мы говорили выше, отвечают задаче анализа того сложнейшего процесса, которым на деле является детское развитие, то собственные методы педологии разрешают задачу реального синтеза этого процесса. При их помощи педолог и устанавливает то новое специфическое, неразложимое на отдельные моменты и несводимое к ним качество, которое отличает структуру каждого возрастного этапа в развитии ребенка...

ПОМОЖЕМ НАШИМ ПАЦИЕНТАМ!

5000 американских долларов за реинтеграцию пациентов в общество

Международная фармацевтическая корпорация «Eli Lilly» в сотрудничестве с Всемирной психиатрической ассоциацией предлагает Вашему вниманию новую программу, имеющую целью отметить лучшие индивидуальные и групповые работы, направленные на возвращение пациентов с шизофренией к их прежней жизни, преодоление последствий заболевания.

Конкурс работ, выполненных в 1996–1997 гг., проводится по следующим направлениям: клиническая медицина, сестринская помощь, социальная работа. Работы на конкурс, могут быть выдвинуты как самими претендентами, так и их коллегами.

Премии в размере 5000 американских долларов, а также почетные дипломы будут вручены победителям конкурса на Конгрессе ВПА в Иерусалиме 16–20 ноября 1997 г. (Транспортные расходы на поездку в Израиль также оплачивает компания «Eli Lilly»)

Желающие принять участие в конкурсе должны представить необходимую информацию о кандидате, заполнив опубликованную ниже форму (Entry Form), а также составить письмо (Entry Letter) с описанием деятельности кандидата, направленной на достижение поставленных целей, в течение 1996–97 гг. Это описание – 2 стр. машинописного текста с 2-м интервалом – должно включать в себя 3 раздела: 1) планирование работы, 2) осуществление работы с учетом местных условий; 3) оценка эффективности проделанной работы (с использованием количественных методов).

Заявки, составленные на английском языке, следует отправить по адресу: Fiona Broster, Lilly International Awards Secretariat, Weber & Associates, PO Box 80, THAME, OX9 3GX, England не позднее 30 сентября 1997 г. Можно также связаться с Секретариатом по тел. : 44 (1844) 216–716 или воспользоваться факсимильной связью: 44 (1844) 260–706.

Желаем успеха!

Entry Form

1997 Lilly
Schizophrenia Reintegration Awards

Name of individual or group nominee _____

Title & Organization ... if applicable _____

Address _____

Phone _____

Fax _____

Nomination Category – check one:

Clinical medicine Nursing Social work

Name of person who nominated candidate
...if different from above _____

Address _____

Phone _____

Fax _____

К ВОПРОСУ О ПРОИСХОЖДЕНИИ...

Эдуард Молчанов

К вопросу о происхождении человека

После всемирного потопа ударили морозы и наступил всемирный гололед. Ихтиозавры и прочие мамонты тысячами дохли в раскоряченных на льду позах. В естественном холодильнике земли скопилось огромное количество мяса, и люди на первых порах эволюции были избавлены от хлопот о своем пропитании. Когда же из-за прожорливости человечества изобилие истощилось, люди встали на коньки и укатили в Африку греться, где под тропическим солнцем вскоре превратились в обезьян. Однако самые прожорливые из них, обламывая хрупкие сучья, сваливались на землю по причине своей тучности. Потомки последних, не успевших эволюционировать до обезьян, и представляют на земле негроидную расу, с образцами которой можно познакомиться в Университете Дружбы народов имени Лумумбы, где их перекрашивают в красный цвет.

Откуда же взялись белые люди?

А черт их знает.

Правда, один знакомый ученый богослов утверждает, что Бог, обескураженный ущербом, который причинил Земле ниспосланный им гололед, турнул из рая Адама и Еву, где хранил их в законсервированном виде на всякий случай. И вот, когда этот случай приспел, он, якобы, и выдворил их со словами: «Плодитесь и размножайтесь!» Я же лично этой версии не верю, учитывая всегдашнюю полуобразованность православного священства: наверняка невежа чего-нибудь напутал в библейских событиях. Однако, будучи поклонником естественной теории развития, скромно полагаю, что той органической средой, в которой зародилась белая раса, явились продукты жизнедеятельности наших доледниковых предков, расстроивших желудки в последующую эпоху оттепели. Моя гипотеза объясняет не только переселенность Земли фактом всемирного поноса, который прихватил человечество накануне его марафонского скольжения в Африку, она объясняет также некоторые звериные наклонности белой расы, стоит лишь вспомнить, что наш предок отъедался ихтиозавровым мясом. Во всяком случае, глядя на современного человека с белой кожей, никто не станет сомневаться в его происхождении, которое достойно его самого.

К вопросу о происхождении Африки

Африка, как известно, возникла по необходимости иметь на Земле теплое местечко, где смогло бы согреться бежавшее от морозов доледниковое человечество. Она, таким образом, явилась колыбелью негров и обезьян (см. статью «К вопросу о происхождении человека»). Объяснение бегучести негров следует искать в доисторическом пробеге пранегров

на коньках, в процессе которого они получили достаточно спортивную тренировку, заложившую основы генетических механизмов их ног. Насколько бы отличалась негритянская цивилизация от нынешней, случись ее прародителям мигрировать на головах!

К вопросу о происхождении немцев

В сущности, на Земле живут мцы и те, которые мцами не являются. Мцы называются «мцами»; которые не мцы – «немцами». К мцам относятся русские, болгары, венгры, чехи, словаки, румыны, монголы, китайцы и традиционно поляки*. К ним следует относить и восточных немцев. К собственно немцам принадлежат западные немцы и прочие французы. Таким образом, немцы – это не мцы.

К вопросу о происхождении китайцев

Китайцы всегда были китайцами. И тут уж ничего не поделаешь.

Однако существует и прямо противоположная точка зрения. Вначале, мол, китайцы не были таковыми. Их стали называть китайцами, когда они ими стали.

Впрочем, они относятся к мцам. Так, например, русские и китайцы – братские народы. Они похожи один на другой, как единоутробные братья, так что не ясно, кто из них Авель, а кто – Каин.

К вопросу о происхождении Америки

Согласно отечественной исторической доктрине приглашение Рюриковичей володети Русской землей на том основании, что в ней нет порядка, не более чем вымысел мелкобуржуазной историографии. Исключая ради истины этот мнимо достоверный факт, приходится, следуя непреложной логике, констатировать, что и существование кочевавшего из варяг в греки и обратно через нашу землю племени норманнов, от которых откололся род Рюриков, также является фальсификацией истории, имеющей целью генетически привязать нашу прогрессивную цивилизацию к прогнившей культуре Запада. Следовательно, несуществующие норманны не могли открыть Америку. Колумб же, намереваясь ее открыть, сам того не подозревая, открыл на самом деле Индию, приплыв к ней, в отличие от Васко да Гама, с другого конца. Таким образом, в действительности Америки или вовсе не существует, или же ее еще предстоит открыть. Мы склонны держаться первого предположения, так как не имеем возможности про-

*В последнее время, конец 70-х начало 80-х годов XX столетия, историческая наука сделала замечательные открытия в вопросе о происхождении поляков. Похоже, поляки являются немцами. Однако не будем торопиться с заключениями. История покажет.

верить этот факт опытным путем. Для нас существование Атлантиды реальнее существования Америки.

К вопросу о существовании других стран и континентов

Имея богатый опыт в открывании Америк не слезая с собственной печи, вовсе не обязательно удостоверяться в существовании других стран и континентов, кроме нашей печи.

К вопросу о происхождении солнечной системы

Солнечная система – это юла Бога, которую он запустил, будучи ребенком. Когда Бог скончается, юлу положат ему в могилу.

К вопросу о происхождении Бога

Известны две взаимоотрицающие суть утверждения точки зрения. Согласно первой – Бог есть, согласно второй – Бога нет. На самом деле, в этом взаимоотрицании нет никакого противоречия, ибо Бог есть в других странах и на других континентах, но Бога нет на нашей Богом забытой печи.

К вопросу о происхождении печи

Каждый народ, чтобы двигаться, должен от чего-то оттолкнуться. Один народ оттолкнулся от знаний и влип прямо в кибернетику, другой – от воображения и докатился до искусства, третий – от Бога и впал в святость. Мы же оттолкнулись от печки, чтобы танцевать по избе вокруг собственной оси.

Пустьится какой-нибудь Емеля в пляс, кружит и рвет на себе подметки, пока не хряснется головой о притолоку. Почешет в затылке, хлебнет кваску, смахнет рукой с лица пот и взберется на печку. Сидит и, покачивая ногами, созерцает окрестности избы. «Вона Манька чугуна в печь ставит, значит, вскоре щец хлебать подаст; а вона Мишутка в носу ковыряет, экий сорванец – козявку съел; а енто кто в избу норовит, да все в дверь промахивается, никак Ванька, во, подлец, нализался – прямо в печь тащится».

– Ты куды, черт косолапый, пхаешься, эй, не трожь, енто Манька, жона моя, да и ты не сучься, эк разыгралась, поленом по мягкому месту захотела, слышь, Вантё, влезай на печь, в переплюнки играть начнем.

– Енто можно, – согласится Ванька, карабкаясь в лаптях на печь. – Енто мы горазд. Мне тебя переплюнуть, что два пальца обоссать. Тьфу! Видал, прямо в образ Божий. Сажень с аршином никак будет.

– Эка невидаль! Разя так плюют. Мой Мишутка ссыт куды далее. Этак вот плюют – тьфу! Во, прямо в окошко, что в свет Божий, значит, подале твоего. Небось сажени две с гаком.

– Ентот лякорд мы побьем, енто нам, что два пальца... тьфу!

– Тятя, тятя! – заорет вдруг Мишутка. – Чевой он прямо в глаз плюется.

– Вы, чертяки, дите совсем заплевали, – встрепетнется Манька, но незлобиво так, ради порядка, и мимоходом, не желая растрчивать азарт переживальщика за родного мужика, оттащит Мишутку в безопасную зону.

– Ан не стой под стрелой, – скажет Емеля, – а то плевком перешибу. Тьфу!

И не уймутся мужики, пока не побьют все мировые рекорды округи. Потом похлебают щей, прополощут самогоном горло и запоют песнь «Шумел камыш...». Вскоре Ванька уберется под лавку, а Емеля завалится на печке и задаст такого хропака, что печь ходуном ходит.

И приснится Емеле, что по его хотению, по щучьему велению печь выезжает из избы и напрямик следует в неизвестном направлении. Боязно Емеле, однако терпит – душа бесшабашная, где наше не пропадало – любопытно. Дрожит и озирается вокруг. А печь мчит его через поля и луга, через урочища, ухабы, колдобины и рытвины, через дремучие леса, где шастают волки с Иван-царевичами на спинах, и через высокие горы, которых Емеля не видывал, но, сидя на печи, слыхивал, что таковские имеются. Ба, а енто что за диво! Хрустальные дворцы на острове-окияне, у причалов корабли стоят, да все груженные золотом, а в воздухе слышится музыка, как в церкви, и жар-птицы по небу выются. Никак в тридцатое царство прикатил. Вот бы где всласть поцарствовать. И видит Емеля, по бокам бояре в долгополых шубах с рукавами до самой земли в пояс ему кланяются, берут под белы рученьки и ведут в царские хоромы. А навстречу выступает лебедь-царевна, тоже низко кланяется, а во лбу звезда горит, с кулак величиною. Емеля своего куска не упустит – шаст с царевной под венец, и вот уже царь-государь, мед ест, пиво пьет, крошки рукавом со стола в рот смахивает да дела решает строго: кого запороть, а кого и помиловать. Уже и послов заморских ведут – пора с разными народами и государствами в контакт вступать...

Да в этом месте Емеля завсегда просыпается и долго лежит на печи, счастливую слезу утирает. Потом нехотя встанет, ощутит отяжелевшую голову, опохмелит ее слегка, позавтракает капустным рассолом, облегчится с крыльца и вновь на печь – дожидаться второго пришествия.

Боже мой, когда же положат юлу в изголовье Господа-Бога?!

Междоветные трактаты «К вопросу о происхождении...» неожиданно вызвали многочисленные отзывы трудящихся, в которых выражалась единодушная просьба к автору продолжить их цикл с тем, чтобы способствовать искоренению невежества, охватившего наш век. Поскольку предмет тем, вмещающихся в данный цикл, неуправляем, а его объем неограничен, автор намерен впредь подавать отдельные статьи для публикации по мере их написания, не претендуя на смысловую законченность, которую он не очень удачно воплотил в первоначальной подборке.

К вопросу о происхождении института совмещения профессий

Совместительство объясняется нехваткой рабочих рук. В каждом коллективе, как бы мал он ни был, должен быть начальник, его заместитель, козел отпущения и стукач. При условии, что коллектив состоит менее чем из четырех человек, неизбежны совмещения профессий, чаще всего – стукача и козла отпущения. Таким образом, совместительство – это социальная философия Каина и Авеля в одном лице.

К вопросу о происхождении Татарской АССР

Отмена паспортного режима всегда является причиной миграции народов. Когда Чингис-хан ликвидировал паспортные столы, татары чуть было не заполнили всю Европу, и лишь повторное их введение в Казани остановило неукротимый бег татарского племени на Запад. Отмени сейчас в Советской России паспортный режим, как ее народы хлынут в Европу, чтобы основать новую цивилизацию на берегах Бискайского залива.

P. S. на всякий случай: если высказанное гипотетическое предположение преодолет заключенное в нем условное склонение, рекомендуем единственный способ спасения для не желающих мигрировать – влезть на дерево, иначе растопчет толпа, охваченная инстинктом перемены мест.

К вопросу о происхождении Олимпиады

Когда государство тщится из последних сил, дабы не ударить лицом в грязь, не замечая, что его у него давно нет, оно устраивает Олимпиаду, чтобы затерять свою морду среди улыбающихся лиц. Таким образом, Олимпиада – это парадная овечья шкура волка, стремящегося выбиться в травоядные.

К вопросу о происхождении психбольниц

Психбольницы характерны для высоких цивилизаций, основанных на принципе гуманности и чуткости к словесным ассоциациям. Если слово «повесить» вызывало в представлении общественного мнения образ горизонтальной перекладины и пеньковой петли на шее, что вызывало отвращение, а слово «посадить» являло образ отчаявшегося человека, сидящего на нарах в холодном бараке, что будило негодование, то слово «положить» ассоциируется с крахмальным постельным бельем и пуховой подушкой, на которой покоится человеческая голова, избавленная от мыслительных забот. По замыслу, последний ассоциативный образ должен вызывать зависть у тех, кто слишком ревностно посвящает себя реформистским идеям в ущерб ночному сну.

К вопросу о происхождении алкоголизма

Алкоголизм возник как неизбежный гуманный институт в прогрессивных странах, обеспечивающий прожиточный минимум пенсионеров. Если бы армия безмянных благодетелей не оставляла в скверах и подъездах бутылки для стариков и старух, наши родители не доживали бы до преклонного возраста. Никакое другое государство, как наше, не вкладывает столько средств и не прилагает столько усилий для поддержания этого института.

К вопросу о происхождении фенологов

Люди, называющие себя иностранным словом, появились по необходимости делать искусственное дыхание русскому языку, национальная кондовость которого отмирает по мере заимствования европейской технологии.

К вопросу о происхождении табака

В древности воскуривали фимиам. Поскольку впоследствии фимиам был заменен лозунгами, а потребность в курении сохранилась, человечество пе-

реключилось на табак. Курение, как и воскуривание – неистребимая привычка людей.

К вопросу о происхождении соцреализма

Социалистический реализм – метод отображения реальной действительности средствами и в форме самой действительности*. Он возник в связи с дефицитом продовольственных и промышленных товаров в сфере народного потребления. Если художник намерен изобразить корову, он должен создать ее эквивалент. Если писатель собирается написать производственный роман, он должен на отведенном ему Правлением Союза писателей участке идентично воссоздать корпуса описываемого предприятия со всеми его производительными силами и производственными отношениями.

Таким образом, наличие на прилавках потребительских товаров находится в прямой зависимости от меры таланта и плодовитости советских деятелей литературы и искусства. Чем больше писателей, тем больше колбасы! Поэтому призыв к писателям творить на благо народа – всегда актуален.

К вопросу о происхождении лжи

Ложь возникла как необходимая фигура, на отрицании которой утверждается правда. Не будь лжи, как мог бы существовать обширный институт справок, удостоверяющих, что то или иное является не ложью, а правдой! Если же вас не удовлетворяет правда, в любой нотариальной конторе вы можете заверить, что ваша ложь – правда. В последнем случае правда выступает в роли фигуры, на отрицании которой утверждается ложь. Таким образом, ложь и правда не мыслимы одна без другой, но несмотря на размытость границ между ними, они с легкостью дифференцируются справкой на подателя.

Граждане! Не путайте ложь с правдой, обращайтесь за удостоверяющими их справками в нотариальные конторы!

К вопросу о происхождении правды

Правда была возжена из искры в 1890 году. С тех пор ее пламя раздулось в пожар, охвативший половину земного шара. Отблески этого пожара служат светочем для другой половины. Оплотом правды является постамент с танком у парадного подъезда Музея Вооруженных Сил, который расположен между Уголком Дурова и Марьиной Рощей, историческим разбойничьим вертепом, – в сущности, не очень далеко от редакции газеты «Правда».

К вопросу о происхождении порядочности

«Порядочность» происходит от слова «порядок». Самым порядочным государством является наше, так как у нас наведен идеальный железный порядок благодаря незыблемому принципу: от каждого по возможности, каждому по заслугам. Если твои возможности ограничены, но заслуги велики – ты имеешь все; если же твои возможности беспредельны, а заслуг никаких – ты не имеешь ничего. Противоположная зависимость между «иметь», с одной стороны, и «возможностями», с другой, характеризуют беспорядок. Примером беспорядочного государства

* Петров. Социалистический реализм.

является Швейцария. Переходный период от беспорядка к порядку сопровождается социальными катаклизмами, называемыми революциями, примером чего служит Афганистан. Лишь братские танки соседней страны помогли этому государству сократить число своих подданных, ввергнутых в хаос беспорядка. Такая бескорыстная помощь дружественных стран всегда сопровождается искренней признательностью подвергнутых помощи народов. Символами благодарности обычно являются танки, устанавливаемые на перекрестках всех дорог, так что никто не в состоянии миновать их, не склонив в знак бескомпромиссной признательности голову. Внешние обстоятельства афганской истории несколько напоминают библейскую в той ее части, когда блуждающий в пустыне народ Моисея внезапно был накормлен манной небесной. Только в афганском случае вместо беспорядочно падающей с неба манной крупы явились следующие в строгом порядке колонны танков, несущих на своих бортах проценты будущих достижений афганского народа.

Другие народы, ревнуя к завидной участи афганского и не надеясь пережить его счастливый опыт, поют славу бронетанковым войскам, утверждающим порядочность на планете.

К вопросу о происхождении общественного

Понятия «общественный», «общественник» противоположны понятиям «личный», «личность». Их общеупотребительный смысл вытекает из контекста таких словосочетаний, как: «коммунальная квартира», «общественный транспорт» и т. п. Институт общественного обусловлен национальной чертой русского характера – неуживчивостью – и в 1917 году узаконен в качестве государственной нормы проявления индивидуальности и индивидуального. Закон декларирован ради самобытности русского народа в век культурной интеграции и стирания национальных границ. Так, благодаря коммунальным квартирам среди населения поддерживается живая традиция теплых кухонных отношений. Эти отношения получили дальнейшее развитие в общественном транспорте, где тесная физическая близость человеческих душ приводит к чуткому взаимопониманию, перерастающему порой в братание с помощью рук. Однако абсолютного совершенства они достигают лишь в коллективах, в которых значимость человеческой личности приравнивается к абсолютному нулю. Именно поэтому мнение личности не стоит ничего, в то время как мнение коллектива образует мнение общественное как составляющую часть мнения всеобщей общности – народа. Правительство никогда не выступает от собственного имени, а лишь от имени народа – иначе его можно было бы обвинить в потворстве личностной нравственности. Такая позиция вынуждает его непрестанно печься об интересах народа, совершенно игнорируя интересы личности – оно палец о палец не ударит, если речь пойдет о судьбе человека.

Эволюционируя, институт общественного распространяет себя территориально. Это имеет огромное значение в связи с завоеванием космоса, ибо,

когда он охватит земной шар, единое общественное мнение планеты вырвется во Вселенную, чтобы со скоростью света распространится среди других индивидуальных миров.

Таким образом, незначительная на первый взгляд национальная черта русского народа, порождая институт общественного, становится общественным достоянием всего человечества и, в конечном итоге, всех галактик Вселенной, до сих пор вразной вращающихся в различных плоскостях.

К вопросу о происхождении «временных трудностей»

Временные трудности порождаются эпохальными преобразованиями, направленными на полное, всеохватывающее и непрерывное удовлетворение потребностей и интересов всего народа. Их длительность прямо пропорциональна эпохальности преобразований и обратно пропорциональна здравому смыслу.

К вопросу о происхождении самоуправления

Самоуправление – исключительное достояние народов, которыми управляет Сам. Оно синонимично понятию «самоуправство». И действительно, между самоуправлением и самоуправством не обнаруживается различия, поскольку Сам всегда себе сам, если только на него не найдет управу следующий Сам, которого в отличие от предыдущего назовут Самом II. На смену самозауравившемуся Саму II придет Сам III и т. д. Однако Самоуправляемые государства редко выдерживают дюжину Самов. Дело в том, что где-то на десятом Саме принцип самости изживает себя и Самоуправляемые народы начинают мечтать об обратном счете.

К вопросу о происхождении предметов роскоши и «Политиздата»

Генезис этих двух институтов взаимосвязан.

Наделение некоторых товаров народного потребления статусом предметов роскоши обусловлено ростом народного благосостояния. Необходимость в установлении объективной зависимости между предметами роскоши и народным благосостоянием вызвана историческим примером Рима, как известно, погибшего от роскоши. Повышая цены на предметы роскоши, государство продлевает свое существование, поскольку уничтожает социально-экономический базис самой роскоши. С неуклонным ростом народного благосостояния не только увеличиваются цены на предметы роскоши, но и расширяется их ассортимент. Когда последний достигает критической величины, в недрах вышеназванной объективной причинности естественным образом зарождается «Политиздат», который своей дешевой продукцией возмещает прорехи в сфере потребления, предупреждая ущербность народного сознания. С возникновением «Политиздата» вновь начинают действовать экономические факторы, удерживающие систему спроса и предложения в равновесии баланса: чем выше цены на предметы роскоши и шире их ассортимент, тем роскошнее продукция «Политиздата», ниже цены на нее и, соответственно, шире ее ассортимент.

1978 г.

ЯСНОВИДЕЦ*

Франц Элленс

Некогда в Ницце мне довелось встретиться с художником, о котором мало говорили в те времена; впрочем, в ограниченном кругу людей о нем говорили как о непризнанном гении – торговцы картин да некоторые любители, падкие на всякую новизну. Кто не знает эту породу людей, рыскающих в потемках, по следам «добычи, дающей золото»!

Двумя годами позже молодой художник умер почти трагической смертью, оставив в наследие группе шакалов свои творения, доставшиеся им задарма; со дня на день они повышались в цене, принося не сто, а тысячу процентов прибыли, между тем как жена художника, доведенная до отчаяния, выбросилась из окна с ребенком на руках¹.

Он был ясновидец. Я выяснил это однажды, сидя с ним на скамейке, в начале Английского бульвара, у заброшенного моста, где обычно отдыхают бедняки или влюбленные в море люди. То были тяжкие для нас обоих времена. Я жил на скудные средства, кое-как перебиваясь; художнику помогали друзья, бедствующие, как и он, а один торговец картин, тронутый его нищетой и беспомощностью и к тому же вдохновленный пророчествами неких прорицателей, обеспечил ему каждодневный стол в обмен на его работы, разрешив время от времени писать портреты на покупку вина и другие непредвиденные фантазии.

Я знал его по внешнему облику, как знали все, хотя внешность его не была уж столь примечательна. Худой, небольшого роста, с непокрытой головой, почти никогда не останавливаясь, он быстро шагал, явно никого не видя, ни на кого не глядя. Нос – короткий, губы – тонкие; и только глаза под густыми, черными бровями выдавали душевные глубины художника, таким, каким он был. Даже будучи нетрезв, он держался необычайно прямо; опьянение сказывалось лишь в глазах, поразительно сияющих, и еще когда он говорил, но не в словах, а в тембре голоса. Возможно, я заблуждался, но я отчетливо помню: будучи совершенно трезвым, он казался и безумнее и хмельнее, чем сидя в баре за стаканом вина; точнее сказать: вино совсем не усугубляло и не углубляло духовного опьянения, в котором он постоянно пребывал. Вино его разжигало, подбадривало, подстегивало к работе, к живописи, которая была для него единственным способом вы-

ражения, его насущной потребностью, постоянной тоской, самоутверждением.

Я не стану излагать разговоров, которые мы вели. Он был существом безмолвным, исключительно замкнутым. За внешней неряшливостью его облика: изношенного, истрепанного костюма, пыльных ботинок, мятого белья, копны развевающихся по ветру волос – скрывалась натура удивительно изысканная. Речь его была скованной, он изредка, корою невпопад, вставлял короткие фразы необычайно мелодичным голосом. И если бы я постарался вспомнить что-либо сказанное им и сумел бы воспроизвести его слова в данном рассказе, все равно я не передал бы ни их звучания, ни их подлинного смысла. И мне было бы стыдно за себя в равной степени, как и за него.

Он был ясновидцем, как я уже сказал. Это станет понятным в конце моего рассказа, мне же дар его открылся в самом начале нашего короткого знакомства, в тот день, когда он спросил, нет ли у меня при себе письма кого-либо из моих друзей. Вопрос был задан шутливо, и я также шутливо протянул в ответ недавно полученное мною письмо. Оно было от женщины, причем почерк у нее был абсолютно мужской.

– Вы разрешите прочесть первые две строки?

Я кивнул головой. Он тотчас вернул мне листок и нарисовал – я хочу сказать, начертил – набросок моей корреспондентки, не колеблясь ни минуты в отношении пола. Эскиз настолько похожий, правдивый, живой, что я был потрясен. И хотя он явно развлекался – меня охватил страх – его сверхъестественное виденье испугало меня. Казалось, что и я насквозь пробуравлен его взором – стою, освещенный внутри и снаружи, перед экраном рентгенолога. Преследовала мысль, что художник разоблачил меня и я уже не загадка для него, – я испытывал одновременно тягостное чувство неловкости, растерянности, оказавшись как бы нагим перед его взором.

Я ощутил это еще острее в тот день, когда художник начал мой портрет.

Он ни разу не высказывал желания писать меня, да и я постарался бы уклониться: у меня не было денег, которые я мог бы предложить ему. Кроме того, я продолжал испытывать страх перед ним. Я попросту убегал от него, сгорая со стыда за свое поведение; однажды, избегая встречи, я сделал длинный крюк; в другой раз притворился, будто не заметил, что он идет навстречу мне по тротуару, движение мое было чисто интуитивным, однако я долго и мучительно вспоминал о нем, обвиняя себя в трусости и глупости.

* «Прометей», 1969, № 7, с. 403–409

¹ Франц Элленс явно ошибается, описывая события сорокалетней давности. Жена Модильяни – Жанна Эбютерн на шестом месяце беременности (она ждала второго ребенка) выбросилась из окна на второй день после кончины горячо любимого ею мужа, смерть которого друзья хотели временно скрыть от нее. (П р и м. п е р.).

Вскоре одна из моих приятельниц спросила меня: не хочу ли я заказать художнику портрет? За работу надо уплатить двадцать франков, она-де знает, он очень нуждается в них, и я окажу ему услугу. Если соглашусь. Он недавно писал ее – и приятельница показала мне отличный, очень похожий эскиз.

Я был в тупике, терзаясь между желанием помочь художнику и боязнью оказаться в его глазах одним из тех шакалов, о которых уже упоминал, жаждавших содрать с него шкуру. К тому же двадцать франков в те времена составляли третью часть моего бюджета. Кончилось тем, что я согласился, утешая себя, что оставшиеся до конца месяца десять дней вынужденного поста искупят мой грех. Художник о том не узнает, но совесть моя будет чиста.

Встреча была назначена у меня. День и час по выбору художника. Я также был предупрежден, что, помимо указанной суммы, художник просит (сомневаюсь, чтобы эти слова исходили от него) «на стол два литра вина для бодрости во время работы».

В условленный день и час два литра и стакан украшали единственный стол моего жилья. Я ждал его прихода в состоянии вполне понятного смятения: я не виделся с ним в течение нескольких недель, и на моей совести тяжелым камнем легли три встречи, когда я так низко и трусливо бежал от него. Он, который все видит своим отсутствующим взором, не мог не заметить мои нелепые проделки, за которые я себя корил.

Как же я буду выглядеть в его глазах? Он опоздал, пришел в три часа пополудни, в тот момент, когда я, уверенный, что он позабыл о встрече, собирался уже уходить. Пожав мне руку, извинившись учтиво, но сдержанно, он бросил быстрый взгляд на стол с вином.

– Нам нельзя терять ни минуты, – проговорил я, пытаясь сохранить самообладание. – Время зимнее, час-другой – и наплзут сумерки.

Он не ответил. Вынул холст, мольберт, ящик с красками, перенес бутылки и стакан со стола на пол, возле стула, на котором сидел. Вид у него был озабоченный, движенья усталые, когда он натягивал холст на подрамник. Однако он тотчас приступил к работе, не выбирая мне позы.

Я горько упрекал себя за то, что сел в фас, напротив него, и теперь вынужден испытывать его взор на себе всякий раз, когда он, отрываясь от холста, поднимал глаза. Под напором этого настойчивого взгляда во мне нарастало раздражение, чувство протеста, как если бы я сидел лицом к лицу с гипнотизером. Его взгляд поразил меня несоразмерно больше, чем в тот день, когда он по почерку отгадал характер моей корреспондентки. У меня не было ощущения, что я сижу перед живописцем; я видел перед собой только его глаза. Они молча, расчетливо пожирали меня: зрачки, впиваясь орлиным клювом, разрывали, высасывали кровь, осушали мою душу: какими преувеличенными ни кажутся эти сравнения, они еще мало выражают то, что я переживал в действительности. Казалось, этот взгляд хотел расквитаться со мной за мои прежние уловки. Впрочем, я уже не видел его глаз. Я ощутил сиянье, укол, два острия, вонзаясь, залили меня светом, и внезапно бурный, сверкающий поток воды затопил, заполнил все мое

существо; а вслед за тем, после этого страшного вторжения, с той же внезапностью настал момент наивысшего покоя, будто все покрылось прохладной, ласковой, снежной пеленой.

Таково было ощущение, испытанное мной в первые полчаса сеанса, ощущение ничем не объяснимое, ибо поведение художника не давало повода к нему. Словно это вторжение произошло где-то внутри меня, овладев моей мыслью, моей душой, если хотите. И вскоре я сидел уже свободно, спокойно, наблюдая за художником, боясь пропустить малейший его жест, и думал, как думал бы всякий на моем месте: «Посмотрим, чем выдаст себя этот странный художник в минуты своего творческого вдохновения. Не пропустить бы ничего». Тщетные надежды. Из моих наблюдений я вынес лишь уверенность: этот человек работал так же, как и все остальные художники, которых мне доводилось видеть у станка. Я не обнаружил у него особого приема и лишь изумлялся, с каким спокойствием он водит кистью по холсту. Нет никаких порывов, напротив, его равнодушный вид ошеломил меня, как я припоминаю, больше всего: точно работа, приносившая мизерное вознаграждение, не казалась ему столь уж значительной.

Работая, он пил медленно, не торопясь, положив кисть на палитру, наливал в стакан вино. Я обратил внимание, с каким поистине благородным жестом он подносил стакан к губам.

Затем он поднялся, отложил кисть и палитру в сторону, совершенно безучастный к тому, что завершил.

Я, в свою очередь, тоже поднялся, к не малому моему удивлению, не почувствовав ни тяжести, ни оцепенения в теле, с душой спокойной и ясной, словно она и впрямь была омыта водой.

Художник не торопясь, как рабочий, надел блузу и предложил подышать свежим воздухом, прежде чем мы продолжим сеанс. Ему оставалось совсем немного для того, чтобы закончить портрет. Он даже не взглянул на него, и я также удержался, несмотря на то, что сгорал от желания поглядеть.

Мой спутник шагнул рядом со мной в от личном расположении духа; его лицо сияло. Меня всегда поражал контраст этого здорового лица с мрачным, пламенным взором и худобой тела. По дороге он говорил непринужденно, перескакивая с пред мета на предмет, дружеским тоном, которого я ранее не замечал у него. Прежде в его отношении я ощущал всегда некоторое недоверие к себе, теперь же от прежней настороженности не осталось и следа. точно работа над портретом окончательно завершила наше знакомство. Мне казалось, что я читаю в его веселом взоре, когда он обращался ко мне: «Теперь-то я узнал тебя таким, какой ты есть, до кончиков твоих ногтей. Ты уже не тайна для меня». Странно, я уже не испытывал ни малейшей неловкости от этого вторжения, а как честный противник после поединка протягивал руку своему победителю.

– Зайдем-ка выпьем, – сказал он, указывая на дверь в кафе.

Я согласился, хотя пить мне не хотелось и судьба портрета тревожила меня. Приближались сумерки. После того как художник подряд выпил три кальвадоса, я поспешил уплатить. Сеанс пришлось бы отложить на следующий день, возможно, и на более

отдаленный срок, если бы я, взяв его под руку, не вытащил из кафе. Он покорно шел со мной, погрузившись в мечты, не замечая моего присутствия. Усевшись возле мольберта, он нагнулся и взглянул на бутылки; налив в стакан оставшееся вино, он осушил его залпом и тотчас устремил свой взгляд на холст. Сумерки вторгались в комнату. Прошло несколько минут ожидания. По его отсутствующему виду было похоже, что он не собирается брать кисть и палитру в руки, и я заметил: «Не лучше ли перенести сеанс на завтра?» Мне показалось, что в данной ситуации не стоит продолжать работу.

Возможно, внимание художника было поглощено холстом – мольберт заслонял его от меня. Одно совершенно очевидно: моя фраза послужила толчком. «Нет, нет, – запротестовал он и закашлялся. – Осталось совсем немного. Я скоро закончу».

Отодвинув стул, он схватил кисть и вскинул голову. В полумраке неистовый блеск его глаз ударил меня, как электрический ток. К счастью, это длилось недолго, и он уже вскоре не обращал внимания на свою модель. Я слышал постукивание кисти по холсту, гораздо более внятное, чем когда она просто скользит; равномерные, повторные удары мощной руки, с уверенностью профессионала, создающего чудо за несколько мгновений.

– Все, – промолвил он, поднимаясь. – Надеюсь, я вас не слишком измучил. Вполне похоже, – добавил он, рассматривая холст и тотчас перенеся взор на меня. – Правду говоря, мне казалось, что портрет не вышел. Да, мне здорово помогли сумерки. Что вы скажете?

Художник рассмеялся, и я решил, что он шутит; и сейчас, вспоминая тот вечер, мне по-прежнему кажется, что он упомянул о сумерках, даже не заметив, что они заполнили комнату. На этот раз и я подошел к мольберту робко, как человек, боящийся совершить бестактность. И действительно я чуть было не совершил ее, – разумеется, трудно судить впотьмах, но я увидел перед собой совершенно чужое лицо. Сила и тонкость живописи были достойны восхищения, но это был не я. Я ждал, что увижу свое изображение, каким видишь его в зеркале, а увидел лицо человека, с которым у меня не было ни одной общей черты. «Простите, пожалуйста», – едва не вырвалось у меня, но я вовремя запнулся, забормотав что-то нечленораздельное.

Дождавшись ухода художника, я зажег свет и после тщательного осмотра пришел к выводу, что лицо на портрете не имеет ничего общего с моим. Собственно говоря, размышляя я, нет причины удивляться, ведь мне хорошо известна манера художника деформировать лица.

На другой день, при дневном свете, я стал беспристрастно изучать портрет; вопрос о сходстве с оригиналом был окончательно позабыт: я увидел не этюд, а законченное произведение, завершённое во всех своих деталях. Лоб, глаза, рот, подбородок были тщательно выписаны. Мазки кисти нанесены небрежно и одновременно любовно, что всегда поражает в японской живописи. Портрет был вдохновенный, одухотворенный, «говорящий», как выражаются просвещенные любители. Что касается сходства, то, право же, сходства не было.

Что ж, говорил я себе по дороге к мастеру, чтобы заказать раму, пусть это не портрет, тем не менее это замечательная живопись. Да и смеем ли мы требовать от портрета точного сходства, когда его нет даже на фотографии? Разве недостаточно, что именно так воплотил художник свой замысел?

Вскоре я женился и немного спустя покинул Ниццу.

– Кто это? – спросила жена, обнаружив портрет на стене.

– Ты что, не узнаешь?

– Нет, не узнаю, – ответила она, пытаясь в памяти и на холсте найти намек, наводящий на след.

– Да ну же, – настаивал я, – ты просто шутишь, ты отлично знаешь оригинал. Мне хотелось довести опыт до конца.

– Не могу отгадать, уверяю тебя... по моги мне... – И внезапно, подняв на меня глаза: – Не может быть... неужто это ты?!

Она казалась удивленной и слегка обиженной. Надо сказать, что художник вовсе не пытался польстить человеку, на которого мы оба смотрели.

Торс человека на портрете был причудливо вытянут, удлинённый овал, несомненно, усугублял своеобразную худобу лица, отнюдь мне не свойственную: плечи были начисто упразднены художником, точно для того, чтобы этой бедной плотью изобличить свою модель еще и в бессилии, в чем объект совсем не был повинен. Также и две-три морщинки, намечавшиеся на моем лице, указывая на невзгоды, уже пережитые мной, были сильно преувеличены. Сочетание физической и духовной усталости, с чем-то юным и даже ребяческим в этом облике казалось парадоксальным, быть может потому, что выражение это как-то не вязалось с решением внутреннего образа и с чем-то еще другим, с чем именно, я не мог себе уяснить.

– Можно подумать, – заметила жена, – что художник видел твоё отражение в кривом зеркале. Нет, нет, я не хочу видеть тебя ни таким юным, ни таким хилым. Постарайся избавиться от этого неприятного портрета или запри его в шкаф.

– Если портрет тебя так волнует, – ответил я, – не значит ли, что он более правдив, чем тебе кажется?

Она упорствовала, а я, в свою очередь, настаивал, что художник мог изобразить меня таким, каким видел в своем воображении. Я напомнил ей слова Самуэля Батлера¹: «Хороший портрет, большей частью портрет самого автора, чем того, кого он изобразил». Тем не менее что-то подсознательно говорило мне, что художник уловил и передал на лотне те сокровенные черты, которые лишь он один мог угадать. Под конец я стал находить в нем что-то общее с собой: игра ли света или просто иллюзия – я не пытался уточнять.

Тягостное чувство, которое вызывал портрет у жены, учитывая состояние, в котором она находилась (она ждала ребенка), вынудило меня принять решение: продать портрет и тем самым вычеркнуть всякое воспоминание о нем. Будь художник жив, я отослал бы ему деньги, вырученные с продажи, но к тому времени он уже покинул этот мир, а вслед за ним последовала и жена: о ее трагической смерти я

¹ Английский писатель..



Портрет Франца Элленса работы Модильяни

упоминал в начале моего рассказа. Я написал одному из своих друзей, проживавшему в Англии, любителю современной живописи. Цена, предложенная им, не показалась мне преувеличенной, хотя и не имела ничего общего с той, что я уплатил художнику. Однако я принял деньги, они дали мне возможность вернуться с женой в Париж, где мне была предоставлена новая должность.

Прошло пятнадцать лет: первые годы я следил за судьбой портрета; знал, что он был перепродан не то в десять, не то в двенадцать раз больше того, что я получил от моего друга.

Совсем недавно я случайно прочел в хронике искусства, что эта картина, оцененная очень высоко, выставлена на продажу. Я не обратил бы внимания на этот факт, не будь у меня связано с ней нечто гораздо большее, чем просто воспоминание.

Перед тем как расстаться с портретом, я без ведома жены отдал его сфотографировать и запрятал на дно самого дальнего ящика единственный оставшийся у меня снимок. Куда он девался, где обрел убежище после наших бесчисленных переездов?

Всякая вещь, какова бы она ни была, имеет свою судьбу, неожиданную, порою причудливую: а судьба вещей, именуемых пренебрежительно «бумагами», исписанных, истрепанных, истлевших, всегда казалась мне особенно таинственной. Как часто эти бумаги, как будто ничего не значащие, приобретали вновь свое значение после терпеливого пребывания в одной из книг, в любом другом тайничке, еще более позабытом, куда, попав неведомо как, они лежат, притаившись, пока их не обнаружат.

У меня возникло неодолимое желание разыскать портрет, вернее снимок. Но как его найти после

стольких лет? Я начал с того, что обшарил все ящики, просмотрел бесконечное количество конвертов, проверил бювары, папки, куда по обыкновению складывал репродукции, фотографии, накопившиеся гравюры, обыскал все углы квартиры, вплоть до чердака.

Не знаю, чем истолковать такое упорство, ведь я с самого начала был убежден, что не найду снимка, — несомненно, он затерялся, подобно остальным вещам такого же рода, которым присущи всякие приключения.

После трех дней бесплодной работы жена заметила, что со мной творится что-то неладное. На мгновение у меня мелькнула мысль — не привлечь ли ее к розыскам, но тогда бы пришлось открыть причину моего волнения, что было совершенно не возможно. Я продолжал поиски, стараясь изо всех сил скрыть томившее меня беспокойство. Отчаявшись, я перелистал все рукописи в библиотеке, но и эти усилия ни к чему не привели. С того дня, как я приступил к обходу моих владений, я ничего не добился.

— Пропустил какой-то тайничок, — утешал я себя, — отдохни-ка, голубчик, денька два-три, а потом начинай заново свою экспедицию.

На следующий день, во время разбора корреспонденции, у меня вдруг возникла потребность проверить одно выражение, смысл которого был мне не совсем ясен. Не могу истолковать это побуждение иначе, как отклик на скрытый призыв, на полуосознанную мысль, ибо на самом деле справка не была столь уж существенна. Я не успел раскрыть словарь, как в глаза мне бросилась фотография, которую я искал. Не скрою, я ощутил удар прямо в сердце: так близко от меня, на расстоянии руки от полки с книгами, которым я пользовался каждодневно! Как могло случиться, что я не наткнулся на нее во время моей повседневной работы? Эти вопросы кружились в моей голове, пока я не поглядел на фотографию, ввергшую меня в оцепенение.

Рука моя задрожала, на секунду я закрыл глаза, сраженный неожиданностью того, что увидел. Снимок был превосходный, безукоризненно четкий, отпечатанный на блестящей бумаге, отчего казался особенно живым. Совершенно очевидно, ни я, ни жена, ни друзья не заблуждались в оценке сходства, думал я, подойдя к зеркалу. Но разве возможно в этом зеркальном стекле найти схожие черты... или, точнее говоря, припомнить свой прежний облик? Нет, он был потерян навсегда, и пятнадцать минувших лет с той поры, когда художник писал этот портрет, не могли навести на след. Есть работы, где время служит ключом, в данном случае этого не было. Нет, время ничего не добавило, не подало знака, не помогло мне; я не мог также решить, был ли я прав в свое время, предполагая, что художник, взяв мое лицо условно, воплотил самого себя.

И вдруг словно свет блеснул, озарение было молниеносным, неоспоримо точным. Я увидел того, кто создал этот образ. На одно мгновение я ощутил его присутствие более осязаемо, чем если бы он предстал передо мной в действительности. Я увидел только глаза, взгляд, который, вторгаясь, захватывал, покорял, поглощал меня, и взгляд этот, в полном смысле слова, был пророческим.

— Да ведь это же Серж! — вскричала сразу жена, как только взглянула на фотографию. — Где ты нашел снимок? — Ни на одну секунду ей не пришло в голову, что то был снимок с портрета, созданного некогда в Ницце.

Тут не могло быть никаких сомнений: на снимке, который я нашел, был наш сын.

Но это был также снимок и с моего портрета: портрет того вечного ребенка, который живет в каждом человеке: смутное сходство в глубине помутневшего зеркала, где прячется таинственный источник, неподозреваемый облик того, кем мы были и чей образ с непрерывной последовательностью повторяет всегда сама жизнь.

Перевод с французского Л. Большинцовой

Несколько слов о Франце Элленте

Франц Элленте (род. в 1881 г.) принадлежит к числу бельгийских писателей, пишущих на французском языке, распространенном в Бельгии почти так же, как и фламандский. Уже первый роман Элленте «Мертвый город» привлек внимание читателей к молодому автору. Стало ясно, что в литературе (по крайней мере бельгийской) возникает новый угол зрения на давно знакомые, привычные вещи. Последовавшие за этим сборники рассказов и особенно роман «Мелузина» только укрепили это впечатление. Критик писал: «Родился новый талант, в котором фантастическое и реальное то приходят в равновесие, то словно вступают в спор, как мы это видим на картинах «фламандских примитивистов». Эти слова очень точно определяют творческую манеру Элленте.

Еще до того, как Европу охватило увлечение Фрейдом и фрейдизмом, до того, как в живописи и литературе выступили сюрреалисты, Элленте заинтересовался проблемой иррационального, подсознательного. Поэтому большое место в его творчестве заняли сны, та область, которая недоступна контролю сознания. Анализируя в своей «Второй жизни» истоки и механизм сновидений, Элленте пишет, что «истинной жизнью человека является сон», что «если бы не сон, не существовало бы ни любви, ни поэзии».

Но наряду с этим интересом к ирреальному, сверхчувственному не умирала в творчестве Элленте и тяга к трезвому реализму, та крепкая, народная, чисто фламандская основа, которую не сумели вытеснить соблазнительные влияния «парижской школы». Разочаровавшись в какой-то момент в своих исканиях, Элленте уже зрелый мастер, обратился вновь к литературному ученичеству. «Каждый день, чтобы набить руку, я стараюсь что-нибудь описать: пейзаж, фигуру, простой предмет. Описать словами самыми простыми, краткими, самыми действенными».

И это ученичество принесло желанные плоды. Сборником новелл «Фантастические реальности», целым рядом реалистических романов: «Простак», «Дочери

желания», «Фредерик», «Разделенная женщина», Элленте выдвинулся в первые ряды французской литературы последних десятилетий.

Элленте всегда живо интересовался Россией, Советским Союзом и советской литературой. Через свою первую жену Марию Милославскую он сблизился с русской колонией во Франции, подружился со скульптором Архипенко, живущим в Париже. Сильное впечатление осталось у него от встреч с Есениным и Маяковским во время их поездки за границу. Вместе с Марией Милославской Элленте перевел ряд стихотворений Есенина. Предисловие к переводу «Исповеди хулигана» принадлежит к числу критических шедевров Элленте. С огромной симпатией говорит он здесь о столице Советского Союза, где «революция пробудила небывалый интерес к поэзии» и где «почти в каждом кафе можно услышать только что написанные или недавно напечатанные стихи, читаемые публично». Кроме Есенина, Элленте переводил на французский язык произведения Маяковского, Цветаевой, Эренбурга.

Но особенно сердечная дружба установилась у Элленте с Максимом Горьким во время их встречи в 1925 году в Сорренто. «Дорогой учитель и друг», «дорогой и великий друг» — таковы обращения Элленте к Горькому. Горький, по словам Элленте, был «одним из тех писателей, которые больше всего волновали меня в юности: писателем, которого я любил все больше по мере того, как развивалось его творчество, вселяющее бодрость, исполненное столь человеческой жизненной силой».

Помещенная здесь новелла посвящена гениальному художнику, отвергнутому общественным вкусом при жизни, трагически погибшему и получившему всемирное признание на следующий день после смерти. Эта новелла написана с большим психологическим мастерством, и только неожиданный, хотя и вполне оправданный, конец говорит о любви автора к иррациональному.

В. Левин

РЕКОМЕНДАЦИИ

- Карл Ясперс** – Общая психопатология. М., 1997
(главная настольная книга каждого психиатра)
- Артур Кронфельд** – Вопросы синдромологии. Харьков, 1996
(классика теоретической психиатрии)

- Эдмунд Гуссерль** – Статья об обновлении. «Вопр. философ.», 1997, 4, 109–135
(популярно о феноменологии для японцев)
- Элиас Канетти** – Масса и власть. М., 1997
(одно из самых выдающихся феноменологических исследований)
- Франц Brentano** – Избранные работы. М., 1996
(основные работы учителя Гуссерля)
- Западная философия, итоги тысячелетия** (К. Ясперс, В. Брюнинг, Н. Гартман, А. Шмидт, Дж. Папини, М. Де Унамуно). Екатеринбург – Бишкек, 1997
- Генрих Риккерт** – Границы естественно-научного образования понятий. СПб., 1997
- От Я к Другому**. Сборник переводов по проблемам intersubjectivity, коммуникации, диалога. Минск, 1997
- Рюдигер Сафрански** – Философствовать – значит мочь начать. Хайдеггер как начинающий. «Вопр. философ.», 1997, 4, 97–108
- Клаус Хельд** – Подлинная экзистенция и политический мир. Ibid., 38–49
- А. Ф. Зотов** – Существует ли мировая философия? Ibid., 19–37

- Н. Г. Шумский** – Диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике. СПб., 1997
- А. П. Чуприков, И. А. Марценковский** – Алкоголизм и латеральная уязвимость мозга. Киев, 1996
- История психоанализа на Украине**. Харьков, 1996
- Сидней Блох** (ред.) – Введение в психотерапию. Амстердам – Киев, 1997
- А. С. Кравченко** – Демонстративное поведение человека. «Веста. МГУ», сер. 14, 67–76

- Л. Гаран, М. Кечки** – Еще один кризис в психологии! «Вопр. философ.», 1997, 4, 86–96
- А. С. Сонин** – Противостояние: академическая и вузовская физическая химия. «Вопр. истории, естествозн. и техники», 1997, 2, 17–53
- Э. Зоммер-Лерковитц** – Страшные времена. Ibid., 142–155

- Александр Гольдштейн** – Расставание с Нарциссом. М., 1997
- А. В. Михайлов** – Языки культуры. М., 1997

- В. В. Зеньковский** – Русские мыслители и Европа. М., 1997
- Вальтер Беньямин** – Московский дневник. М., 1997
- Я. Л. Пушкарева** – Этнография восточных славян в зарубежных исследованиях (1945–1990). СПб., 1997

PSYCHIATRY AND HUMAN RIGHTS

On the necessary changes and supplements to the Law « On psychiatric care...»

Yuri S. Savenko

For a long period of time the human rights in psychiatry were a decorative adornment of demagogy, that explains why majority of psychiatrists and the public accepted the problem as a political game. However, the use of human rights or psychiatry with political purposes does not mean, that they fall down to politics.

The Independent Psychiatric Association of Russia from the moment of its creation in 1989 followed the idea, that it would attain success in the protection of rights of the mentally ill on the condition that it would be first of all professional, and not a purely human rights organization. Our journal published in February 1996 a research, where it was shown, that the conception of natural rights of the human being was integrated in the subject of psychiatry itself and that without it psychiatry could not have materialized.

We consider important, that our discussion be conducted with the symbol of understanding the vast cultural and public sounding of this subject, the understanding, that human rights in relation to the mentally ill, is not something narrow, that relates only to psychiatry. It is not so, the problem «psychiatry and human rights» ultimately touches upon every mentally sane. The mentally ill are the most vulnerable in the legal aspect part of the population. And in dependence to how in fact the question is raised – is the face of society and a powerful latent factor of the tendencies of social development.

It is the fifth year, from January 1, 1993 that the Law «On Psychiatric Care and Guarantees of Citizens' Rights at Its Provision» has been in force. It is in effect only formally, because for the first three years it was actually ignored, and later on in respect to a number of important articles was beginning to be imitated. The representatives of the IPA, that compose a quarter of the commission on working out the Law, from the very start put accent on the problem of guarantees of its fulfillment. Although many of our adopted proposals were later deleted or changed, we consider the enforcement of such a Law as a fact of great importance. The accumulated experience permits to put forward the question of changes and supplements to the Law on psychiatric care and to other juridical acts.

In Russia the current situation with human rights in the field of psychiatry is governed by the following three aspects.

First of all, it is the economic pressure as on separate patient as well as on the system of psychiatric assistance as a whole:

- * Outrageous insufficient financing up to 60 per cent,
- * The violation of rights to free medication,
- * The high cost of modern methods of treatment that makes its use impossible,
- * Poor conditions, up to cutting down the food ra-

tions, that is the violation of the right of patients to life and medical treatment, guaranteed by the Law.

The mentally ill with change of personality discovered themselves in new, far from stable economic conditions of life, completely defenseless before the protection of their labor, property and housing rights. And here a cause for alarm is the privatization of flats, the selling, deeds and putting on will under the pressure of criminal elements, and also the frequent cases of marriages to lonely ill persons without the intention to create a family, and only with the purpose to get housing of the ill person.

The psychiatric service does not have any mechanism to protect the ill persons on basis of the Law. The numerous, in their time, attempts of the IPA to introduce during the period of working out the Law some criteria on **the obligations and rights of the psychiatric establishments to protect the rights and constitutional interests of the mentally ill** were not accepted. In the Basics of the RF Law on the notary office are absent any stipulations on considering during the signing of agreements on deeds, purchase and sale, exchange of housing and other acts the possible incapacity of one of the parties, although, finding out disability on decision of the psychiatric expertise is easy and not a medical secret.

The stipulation of the Law on psychiatric care (art.16) in respect to an obligatory quota of workplace of offices for the mentally ill is not being observed and vice versa in conditions of crises the mentally ill are the first candidates to be dismissed on grounds of redundancy.

Secondly, remains the violation of civil rights and liberties of the mentally ill. The adopted Law is not practiced in its main subjects.

Although there is a categorical order of the Law (art.8) and clarifying indications of the Russian Ministry of Health (1994) in the society still governs the urge to mould as a special category of the population, persons with mental disorders. This is confirmed by wide practice of inquiries in psychiatric establishments on whether this or that person is registered as mentally ill although the term «psychiatric registration» has not existed in official documents for many years already. Psychiatric facilities often respond to such inquiries without a moment's hesitation, that the answer «is not registered» strengthens and deepens the social prejudice against the mentally ill.

In violation of article 6 of the Law the inquiries are made in respect to the persons whose check ups by the psychiatrist are not envisaged by the enumeration of medical psychiatric objections approved by the Order of the Council of Ministers of the Government of the RF (1993) and by the security bodies when there is no investigation criminal code.

In psychiatric establishments as well as medical establishments that do not offer psychiatric help and do not have psychiatrists in their personnel, remains the unlawful practice of checking military cards with the search there of marks on the freeing from military service and the consecutive use of decisions, that belong exclusively to specific army conditions for the conclusions on the possibility of employment, studies etc. in civil conditions.

The conditions in psychoneurological boards of the Ministry of Social Care of Russia have not changed a bit since the day of enforcement of the Law on psychiatric care, which the administration of these houses simply does not know. The annual checks of data on the dwellers of these establishments are not held, and there still are persons, that could have been housed in ordinary type of boards, and some of them (especially of young age) given the organized system of rehabilitation and readaptation can be involved in the labour of social utility.

A great number of violations are related to primary involuntary check ups, that are often conducted without sufficient grounds, summing up in Moscow more than half the cases. For example for the out-patient centers for conducting involuntary check ups and even hospitalization are enough the complaints of the neighbors, a municipal office, postal service and etc. In all these cases the rude involuntary hospitalization is usually 24 hours commitment a mental hospital. However the great moral and psychic ruin could have been easily avoided if the out-patient centers would carry responsibility for unjustified involuntary measures.

Starting from January 1, 1997 came into force the Government Order «On the rules of recognizing a person an invalid» which completely ignored the specifics of psychiatry, as it envisaged the check ups in medico-social expert commissions (MSEC) instead of VTEK, solely on the basis of a personal request of the examined. But who shall write the request for the patient with inherited or received weak mindedness, if there are no relatives or friends, or when on delirious grounds the ill persons refuse to undergo the commission examination completely?

The demand of a written approval for hospitalization (art 28), for medical treatment (art. 11), for undergoing the medico-social expert commission transformed the protection of the rights of the mentally ill into the protection of the doctor, freeing him from responsibility. As a result, taking the signature became the most important, if not the only demand of the Law that they try to observe.

As a result of completely unjustified understanding of involuntary hospitalization as a «negative factor», there are reported numerous cases of falsification of a «willingful signature» even of ill persons with darkened weak mind. From year to year the number of persons unwillingly sent to the mental clinics overshadows the number of those accepted involuntarily to 2,5–3 times. To believe that the ill person during the way from home to the clinic understood the necessity of medical care, is impossible. The treatment of acute conditions in the first 48 hours that are «legal», that eliminate the necessity of appeal to court in the Law is not stipulated. It is characteristic, that the thesis about written consent appeared

as a result of post-commissional editing of the Law (it was proposed only fixation in the case history the consent of the patient bearing the signature of the doctor on duty).

A state, independent from bodies of health care service of protection of rights of the patients of the mental hospitals have not yet been created, and the services of a lawyer are not possible to majority of the patients. As a result the demand for competitiveness cannot be fulfilled.

The new list of professions of 1993, restricted for persons with mental illness, in comparison with the previous of 1989, does not make them more narrow, as it is stated in the new Commentary to the Law on psychiatric care, and vice versa stretches them. As a result for the mentally ill are closed professions of sweepers, cleaners and cargo loaders that deprives of them social labor rehabilitation and worsens the financial condition.

And finally, thirdly, we have become witnesses of a renewal of large scale attempts to make psychiatry a device of interpolitical manipulation.

For example, the Legislation Assembly of the Krasnodar region approved in August 1996 the law on compulsory submission by candidates for governors, of papers from psychiatric and narcological out-patient centers on «non registration». As we know there was no protest from the office of public prosecutor.

On a municipal level in the same 1996 the administration of town Dolgoprudny of Moscow oblast demanded data on «non registration» from about a thousand and a half candidates (1377) for jurors of the regional court.

On a federal level in August 1996 the Ministry of Health distributed among the leaders of medical care and deans of medical institutions of the RF an instructive letter, in which is stated about the necessity «to envisage during registration of sects an expertise of the condition of the mental health of persons, that rule the sect on the territory of the RF, as well as a creation of a specialized service of help to victims of some religious organizations on narcological type. The fact that «harm to psychic health and deformation of personality» from religious activity has not been proven by anyone in the world is ignored.

It is characteristic, that the initiators of that letter and its distribution fully ignored the department of psychiatric help of the Ministry of Health, that explains its total incompetence. The appeal of the Human Rights Chamber on December 27, 1996 to recall that letter, most probably did not reach the Minister Dr. Dmitrieva.

This letter of the Ministry of Health, as well as the idea of the law on informational psychological security of a person, manipulates with myths being far from science like programming, zombiing, sectomania, psychic castration. Unfortunately, these exotic fantasies found propagation in the press. The non scientific psychiatrization of reality, mental blocks combines with conscious mixing up, for example, by the designers of the mythical psychotronic weapons (in form of generators of torsion fields of Akimov and computer psychotechnologies of Smirnov) and with ignoring professionals, that has to do with complete ignorance of scientific truth and use of psychiatry for purposes being far from medicine.

The green light to this federal, regional and municipal law articulation was given by part 2 of the article 2 of the Law on psychiatric care, covertly edited in such a way, that it had given to ministries and departments the

possibility to adopt legal acts. At the same time, the essence of politicization exactly gives total state control over psychiatric care, means pre-eminence of the executive power, the substitution by it of juridical bodies and the attempt to ignore public organizations.

The attempt to explain the poor conditions of the population by psychic disorder of the population, is not only absurd, it is the preparation of a reserve army of dummies for beating: in everything the psychiatrists would be to blame. To fully protect the mentally ill can only specialists who are themselves protected in social and legal way. We had developed a list of proposals, that refer to different forms of insurance, compensation for harm, coordinated actions with the police etc, without the approval of which the legal acts in relation to the mentally ill would remain only declarative.

Let us make some conclusions.

The situation with human rights in psychiatry definitely has become better, in comparison with the years up to 1988. At the same time, it is still unsatisfactory, just its problematic has transformed. Psychiatry remains attractive «dark bushes» for a simplified solution of different complicated situations. However, the founded and constantly becoming better legal basis will inevitably bring its fruits. At the present time it is high time to implement some legal initiatives. The Independent Psychiatric Association of Russia proposes the following:

1. To ask the Government of the RF to speed up the development and approval of normative acts to secure the social and legal protection of patients and specialists in the sphere of rendering psychiatric care with involving the representatives of professional

medical associations, including the Independent Psychiatric Association, that has concrete proposals on these questions, summed up, partly in the Appeal to the State Duma and the Government of the RF of the All Russia Seminar «Social Work and Human Rights» in April 1996 («Independent Psychiatric Journal», 1996,2,62-64)).

2. To introduce in the civil code the thesis on temporary and special, including processional incapacity, that permits in the period of acute illness to save those, who are under out-patient center observation, from harm, and to those who are in hospital to timely guarantee social assistance.

3. To determine the forms and conditions of coordination of medical establishments, that offer medical assistance with law enforcing bodies and social services.

4. To introduce supplements and changes in the Law «On psychiatric care and guarantees of citizens' rights at its provision» art 2 part 2; art 16 part 1; art 28 part 5; art 38 and 39 (the text is supplemented)

5. To secure the economic equality of rights of persons with mental disorders by way of obligatory introduction into life of art. 16 part 2 of the Law on psychiatric care and the Law of the RF «On social care for invalids of the RF» with an offer to offices (independently from form of property) some tax privileges.

6. The Office of Public Prosecutor, as a major body of law supervision, should control constantly the fulfillment by all offices of art 8 of the Law on psychiatric care on the prohibition of demanding data on mental health, and the Ministry of Health should control the fulfillment of the deputy minister order N 04-15 29-15 of June 14, 1994.

PROTOTYPES, IDEAL TYPES AND PERSONALITY DISORDERS: THE RETURN TO CLASSICAL PSYCHIATRY

M. A. Schwartz, O. P. Wiggins, M. A. Norko

Much attention is currently devoted for the classification of personality disorders. In the classical works of Karl Jaspers and Kurt Schneider, however, most of the advantages afforded by prototypes were already captured in

their notion of ideal types. The authors compare prototypes with ideal types and argue that ideal types not only possess all the advantages of prototypes but also have conceptual strengths that prototypes presently lack.

NEW PARADIGM IN PSYCHIATRY

(second report)

Yu. Savenko

Professionalism is not in that professional knows more, but in that he clearly realizes characteristic errors of his profession – this W.Heisenberg's formula-

tion is a guide for this report. The author analyses misunderstanding of the essence of phenomenology in psychiatry and clarifies what phenomenology means.

HEARINGS AT THE HUMAN RIGHTS CHAMBER

On June 18, 1997 at the Human Rights Chamber at the RF President hearings were held to which the representatives of leading psychiatric establishments, of the professional societies as well as of the Ministry of Health and the Ministry of Internal Affairs had been invited. The opening address was made by the IPA of

Russia President Yu.Savenko. The RSP Chairman Prof.V.Krasnov took the floor as the reader of supplementary report. In the same way the report of the Head of the Independent Association of Children Psychiatrists and Psychologists A.Severnnyi was followed by the supplementary report by the Chairman of the RSP sec-

tion of children psychiatrists O.Sosyukalo. On behalf of the Serbski State Center of Social and Forensic Psychiatry Prof. V.Kotov took the floor. V.Kotov expressed his perplexity on account of «why preference had been given to independent associations, which were not mass organizations, and as a result Dr. Savenko was able to prepare his report, but Dr. Krasnov was forced to deliver the impromptu speech». Valeri Borschev, who chaired the hearings, reasonably objected that in fact full equality had been observed. However, evidently in the eyes of Dr. Kotov and Dr. Krasnov equality looks infringed. The reaction of Dr. Kotov at the «impromptu speech» of Dr. Krasnov was connected with insufficient mastering by the latter of human rights problems. It was quite natural, because for the RSP, unlike the IPA, human rights in psychiatry were never a priority subject. The other thing is important for us – all theses and proposals of Dr. Savenko's report have not raised substantial objections and additions from anyone in the audience. Neither from Prof. A.Hofman, nor the Chief Psychiatrist of Moscow Dr. V.Kozyrev, nor from V.Kotov, V.Krasnov and O.Sosyukalo in their speeches. So far as the children psychiatry is concerned, it was decided that additions to the main Law were preferable to a separate law. As to the narcological care, Prof. Hof-

man was insisting on the idea of an independent law. A member of the Human Rights Chamber L.Levinson proved inadequate use of psychiatry in regard to new religious organizations demonstrating amply documented material. The tornado of questions to Prof. Krasnov and Prof. Kotov has demonstrated keen interest of public to the situation in psychiatry. The question of accessibility to the archive data on dissidents of the 60–80-ies was thoroughly discussed. M. Arutyunov has drawn attention of the audience to a recent publication on suicides in the army, the author of which was convinced that they depended on a period of adaptation and 4 years of military service instead of 2 years would reduce the level of suicides. The cynicism of the author of the article is evident: by adaptation he means extermination and self-extermination of border types. It is a vivid illustration to the Russian word «balamutit» (to sow discord). And it is very characteristic that the author of the article is one of the founders of provocative so-called IPA in 1990–1991. In conclusion V.Borschev pointed out the great importance of public control over observation of human rights of the mentally ill and made assurance that the theme would be constantly in the field of vision of the Human Rights Chamber.

THE NEW REPRESENTATIVE OF THE EASTERN EUROPE IN THE WPA: unexpected struggle and instructive lesson

The question of the WPA Representative for the region of the Eastern Europe was discussed at the Madrid Congress. For that vacancy 4 nominations had been proposed: 3 from Rumania and 1 from Russia – the IPA Vice-President Prof. V.Kagan from St-Petersburg.

The Rumanian nominations were been withdrawn due to the transfer of Rumania to another region. On request of Dr. S.Gluzman, the representative of the Ukrainian Psychiatric Association (UPA), which has recently joined the WPA, the decision on that question was postponed. Soon after the Congress three organizations – the UPA, the Albanian and the Russian (the RSP) societies of psychiatrists nominated Dr. Semyon Gluzman and the Ukrainian Society of Neuropathologists, Psychiatrists and Narcologists, the Byelorussian, the Georgian and the Kazakh psychiatric associations nominated Dr. Peter Morozov. In that situation the IPA sent to the Executive Committee of the WPA the letter of protest against nomination of Dr. Gluzman on the grounds of his categorical refusal to cooperate with the IPA in the last 5 years. This personal position of Dr. Gluzman doesn't apply to the UPA. But in his capacity of the Academic Secretary of the UPA Dr. Gluzman has actually blocked the cooperation of our associations. The IPA expressed its astonishment why the UPA and the RSP, which were aware of such attitude of Dr. Gluzman, did not take into consideration the principle of consensus. The IPA wrote:

«...As we have learned recently, the Ukrainian Psychiatric Association had nominated Dr. S.Gluzman as the representative of the Eastern Europe in the WPA. The IPA of Russia categorically objects this nomina-

tion, as for the last five years Dr. Gluzman has been openly demonstrating hostile attitude to our Association. We have been trying repeatedly to established cooperation with the Ukrainian Psychiatric association, but every time encountered the refusal on the part of Dr. Gluzman. Numerous attempts of the IPA President Dr. Savenko to meet Dr.Gluzman have been rejected and in 1994 during the visit of the senior officials of our Association to Kiev for the purpose of establishing professional ties Dr.Gluzman categorically refused to meet the member of the IPA Council Dr.Anatoly Bogdan, having stated that **he would not cooperate with any member of that organization**. As a result of such attitude of Dr. Gluzman who is one of the leaders of the Ukranian Psychiatric Association and the Geneva Initiative in Psychiatry these both organizations actually refuse to cooperate with the IPA of Russia referring to so called unfounded criticism directed against them. It is true that our Association time and again criticized the leadership of the Geneva Initiative in Psychiatry, but that criticism concerned first of all non-constructive attitude in regard to the IPA. Besides to our mind it is more proper to reply to criticism openly, especially if it is considered to be unfounded, and not to carry on intrigues behind the scenes». So, in autumn of 1996 soon after the WPA Congress in Madrid the President of the St-Petersburg Psychiatric Association, which closely cooperates with the Geneva Initiative, at the meeting of the Association devoted to the results of the Congress in Madrid said: «The worthy person from St-Petersburg (he had in mind Dr.Kagan) had been nominated as the representative from the Eastern Europe, but we turned him down because he had been nominated by Dr. Savenko». This

incident clearly demonstrates the situation in relations among our organizations.

«We have been repeatedly stating our readiness for cooperation and we consider that the leadership of the WPA can take certain measures for normalization of relations among our professional associations. From this point of view it is indispensable that as the representative of the Eastern Europe should be elected a person loyal to all psychiatric societies of this region, capable to represent their interests and open to dialogue and cooperation.»

«...Long before the Madrid Congress our Association had nominated for this vacancy Prof. Victor Kagan, M.D., Ph.D., D.Sci., from St-Petersburg, the well known children psychiatrist and the author of a number of manuscripts on psychohygiene of sex for children, which by the delicacy of its tone surpass numerous translated works on this subject. For the last 10 years Prof. Kagan has been traveling all over Russia as the leader of psychotraining groups. Prof. Kagan took part in organization of two grandiose international forums on conflictology in St-Petersburg in 1995 and 1996 with participation of over 150 foreign scientists from many countries of the world and so on. But what is the most important, he is not only a brilliant professional with the record of 30 years work in the sphere of psychiatry, but a very well-wishing, tolerant, inclined to constructive compromises person. He found his calling namely in psychotherapy and conflictology, which is of great importance for all of us.»

«...The situation developed on the eve of taking decision on the question about the WPA Eastern Europe and CIS countries Zone Representative is the following.

The nomination of Prof. Kagan proposed by our Association met with opposition of Dr. Gluzman at the General Assembly in Madrid. The nomination of Dr. Gluzman who has been refusing to cooperate with our Association and openly demonstrating his hostile attitude for the last five years is unacceptable for the IPA of Russia.

In such a situation we are forced to search for a compromise figure which could satisfy the Russian Society of Psychiatrists too. The complexity of the situation is amply evident from the fact that the RSP supported the nomination of Dr. Gluzman well aware of his attitude concerning the IPA.

On the basis of all these we hope that the compromise figure for all psychiatric societies of our region could be Dr. Peter Morozov who since 1995 has been the member of the Executive Board of the RSP. We know Dr. P.Morozov as a hereditary well-educated professional having great experience of work in international organizations.»

The support of Dr. Gluzman by the RSP was actually personal initiative of Prof. V.Krasnov. The Moscow and the St-Petersburg societies – the biggest in the RSP

had held meetings and have sent to the WPA notifications supporting nomination of Dr. P.Morozov. Prof. Tochilov and Prof. Nuller – supporters of Dr. Gluzman found themselves in isolation and were forced to create a new small St-Petersburg psychiatric association, as the former one, which they had headed, merged with the St-Petersburg section of the RSP and founded the independent from the RSP the Bekheterev Psychiatric Society. However, neither the support of the Moscow and St-Petersburg societies nor the ratio of votes 3:5 in favor of Dr. Peter Morozov and protest of the IPA, in fact equal to veto helped the representative of Russia: decision on this question was postponed. In subsequent three months the active lobbying of Dr. Gluzman was being promoted, as a result of which the ratio of votes has changed to 1:6 in favor of Dr.Gluzman. Albania was transferred to other region and only the IPA was supporting Peter Morozov, the candidature of whom was being attacked as if it was George Morozov himself. The times, when it was considered natural to reject own nomination, if a person was partial, have passed. We came to the conclusion that in the region of the former USSR nobody was interested in observation of consensus. Under those circumstances the IPA sent to the WPA Ethics Committee and its Executive Committee, as well as to all leading psychiatric societies-members of the WPA the letter of protest against open ignoring the basic principle of consensus. And the Moscow Psychiatric Society at its meeting unanimously expressed its indignation at the attitude of the RSP President Prof. Krasnov, and supported by the St-Petersburg and the Voronezh Psychiatric Societies, demanded urgent convocation of the extraordinary meeting of the RSP Board and informed the WPA about it. As a result the WPA Executive Committee has elected to the post of the WPA representative in the region of the Eastern Europe and CIS countries Prof. Igor Ivanovitch Kut'ko, Deputy Chairman of the Ukrainian Society of Neuropathologists, Psychiatrists and Narcologists and Deputy Director of the Kharkov Psychoneurological Institute.

So, the situation is abundantly clear. We remain convinced that Prof. V.Kagan had been the best nomination for the post of the WPA representative. We actually hoped that Dr. P.Morozov could have become the compromise figure uniting two Russian organizations. We welcome our Ukrainian colleague elected to the post of the WPA Regional Representative and are ready to constructively cooperate with him and with all the societies of the region with the aim of reforming psychiatry. We are putting forward our first proposal – to hold an international conference on the subject of theoretical principles of classifications in psychiatry with participation of all societies of our region. At present in the process of transfer to the international classification ICD-10 this subject is especially important. Our common task is to preserve all the best traditions of national psychiatry.

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 паранойяльных синдромов; современная генетика против классификации А.В.Снежневского; связь клинической и общественной паранойи; психотерапия беженцев и жертв катастроф; к истории психоанализа

В сборнике 1992 г.:

вялотекущая шизофрения в контексте латентных форм других психозов; правовые вопросы психиатрии; антипсихиатрия и антисциентизм; пути возвращения доверия населения к психиатрии и психиатрам; черты мировоззрения в старости

БИБЛИОТЕКА

НЕЗАВИСИМОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ

ВЫШЛИ

Е. BLEULER – РУКОВОДСТВО ПО ПСИХИАТРИИ

Репринт 1920 г., 550 с. с илл., в твердом переплете,
с приложением рецензий проф. Э. Я. Штернберга и проф. А. К. Ануфриева
на последние расширенные Манфредом Блейлером издания этого руководства.
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.

НАЧАЛИ ВЫХОДИТЬ

ПРИЛОЖЕНИЯ

к «НЕЗАВИСИМОМУ ПСИХИАТРИЧЕСКОМУ ЖУРНАЛУ»

1. С. Н. Шишков – «Судебно-психиатрическая экспертиза (понятие и типы)»
(Учебное пособие)
2. I-ые Консторумские чтения. «Психотерапия малопрогрелиентной шизофрении».
3. О краткосрочной терапии творческим самовыражением
и клинко-психотерапевтическом театре в психиатрии.
(Учебное пособие)
4. II-ые Консторумские чтения. «Клиническая психотерапия
и феноменологическая психиатрия»
(в печати)

ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА
117602, Москва, Олимпийская деревня, д. 15, кв. 61.
Аргуновой Юлии Николаевне
ПРОДАЖА

в газетном киоске издательства «Экспресс-хроника» у выхода из метро «Чеховская»

«НЕЗАВИСИМЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ»

Индексы для подписчиков: 73290 – индивидуальных, 73291 – коллективных

№ 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 Столбуна.

№ 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.

№ 1, 1996

Ясперс – Бред ревности.
Психиатрия и права человека.
О мышлении по аналогии.
«Обозрение им. Бехтерева».

№ 2, 1996

Ясперс – Бред ревности.
Психиатрия и нейрофизиология.
Психиатрия в III Рейхе/ГДР
и СССР/России.
Обращение в Думу и Правительство.

№ 3, 1996

Ясперс – Бред ревности.
Клинический разбор.
Образ человека и мозг.
Правовые казусы.
Психотерапия и психоанализ.

№ 4, 1996

5 лет журналу.
Ясперс – Бред ревности.
Конгресс ВПА в Мадриде.
Психиатрия и религия.
Памятка для пациентов об их правах.

Материалы для публикации присылать 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