

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

II

1999

МОСКВА

МЕЖДУНАРОДНЫЙ
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
ПО ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ
ПСИХИАТРИИ

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ю. С. Савенко (гл. редактор)

Ю. Н. Аргунова
В. Г. Батаев
А. Н. Богдан
М. Е. Бурно
Л. Н. Виноградова
С. С. Гурвиц
В. Е. Каган
Г. М. Котиков
В. Н. Прокудин

INTERNATIONAL
EDITORIAL COUNCIL
ON PHENOMENOLOGICAL
PSYCHIATRY

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

EDITORIAL BOARD

Yuri Savenko (Editor-in-Chief)

Yulia Argunova
Vladimir Bataev
Anatol Bogdan
Mark Burno
Liubov Vinogradova
Semyon Gurvits
Victor Kagan
Grigori Kotikov
Vladimir Prokudin

Сдано в набор 16.05.99. Подписано в печать 20.06.99. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура "Таймс". Печать офсетная.
Тираж 3 000 экз. Заказ № 99-02-ИРА.

Цена свободная

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



Настоящий выпуск осуществлен при финансовой поддержке
Европейского Союза в рамках программы ТАСИС

СОДЕРЖАНИЕ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ		
К введению в религиозную психопатологию (продолжение) — Курт Шнайдер (Кёльн, 1927)	5	
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ		
Эпилепсия или шизофрения?	10	
“Инволюционная депрессия или пограничное расстройство?” или еще раз о полинозологическом подходе в психиатрии — Б. Н. Пивень (Барнаул)	21	
СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХИАТРИЯ		
Социальная психиатрия, социальная реабилитация, социотерапия — Ю. С. Савенко	23	
Польский опыт социальной реабилитации и обеспечения прав психически больных — — Л. Н. Виноградова	29	
Концепция “реабилитационного пространства” — О. В. Зыков	31	
Характеристика изменений преступности, связанной с незаконным оборотом наркотиков — — Ю. Н. Аргунова	35	
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО		
Работа над законопроектом должна быть продолжена — Ю. Н. Аргунова	42	
ПСИХОТЕРАПИЯ		
Интенсивная терапевтическая жизнь (окончание) — Александр Алексейчик (Вильнюс)	45	
Физика и метафизика психотерапии — В. Е. Каган (С.-Петербург)	52	
Психотерапия в зеркале культуры — Д. А. Стехликова (Карловы Вары)	58	
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА		
Диагноз на кофейной гуще — В. Г. Батаев	68	
Закон нередко нарушается судом — Н. В. Спиридонова	69	
ХРОНИКА		
Всероссийский семинар к десятилетию НПА России	71	
Поездка в Екатеринбург и Нижний Тагил.	73	
На VIII Конгрессе международной федерации психиатрической эпидемиологии в Тайбэе	77	
XII-е Баженовские чтения	79	
Сложная ситуация в отечественной психотерапии.	80	
VII ежегодная международная конференция по разрешению конфликтов.	81	
НОВОСТИ ВСЕМИРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ		82
НЕКРОЛОГ		
Памяти В. С. Григорьевских.	84	
РЕКОМЕНДАЦИИ		85
АННОТАЦИИ И ПЕРЕВОДЫ.		86

К введению в религиозную психопатологию*

Курт Шнайдер

4. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Заболевания головного мозга понимаются двояким образом. Во-первых, болезнь может иметь первоначальное, первичное место в мозге, как, например, опухоль мозга; кроме того болезненный процесс может находиться где-нибудь в организме и уже вторично, с кровотоком, по типу отравления, вовлекать в страдание мозг. Соответственно этим двум видам мы говорим о непосредственных и косвенных заболеваниях головного мозга. При обеих формах вследствие болезни мозга встречаются психические нарушения. В каждом случае мы рассматриваем мозг как "орган, в котором проявляются последствия" (Erfolgsorgan), то есть и при отравлениях психопатологическая картина возникает из-за, в этом случае косвенного или вторичного, заболевания мозга.

Непосредственные заболевания головного мозга имеют наибольшее психиатрическое значение. Долгое время психиатрия полагала, что большинство психических расстройств можно вывести из непосредственных заболеваний головного мозга. Отдельные формы мы будем здесь рассматривать лишь совершенно коротко; их значение для нашей задачи незначительно.

Что сюда относятся некоторые тяжелые врожденные состояния слабоумия, выше уже упоминалось. Важнейшим в этой группе является паралич, заболевание мозга, которое, как сегодня совершенно определенно известно, встречается лишь у людей, перенесших сифилитическую инфекцию. Он начинается большей частью через годы после инфицирования и проходит с прогрессивным упадком душевных и физических сил. Больные становятся слабоумными и умирают через несколько лет с различнейшими соматическими симптомами. Лишь в последнее время, вследствие благоприятных результатов определенных методов лечения других заболеваний, пришли к мнению, что это заболевание во всех случаях и неизбежно имеет прогрессирующий и смертельный исход. Психические картины весьма различны. Существуют возбуждаемые, депрессивные и просто тупые формы.

Все их объединяет то, что они имеют тенденцию к ослабоумливанию, деменции, понятия, под которым психиатры понимают уже приобретенное состояние интеллектуального дефекта, приобретенное состояние слабоумия. При депрессивных формах случаются одиночные, скудные религиозные тревожные и бредовые состояния, при возбудимых формах соответствующие большие бредовые идеи. Такие больные называют себя Богом, Христом, Папой. В этих случаях они и своим видом, экспрессией, жестикულიацией могут демонстрировать религиозный характер переживаний. Большей частью речь идет о преходящих проявлениях, так как вообще при этой болезни редко какие-либо бредовые идеи держатся долгое время. Далее в этой группе важным являются старческое слабоумие, сенильная деменция и стоящая к ней близко деменция вследствие кальцификации мозговых сосудов. Эти заболевания также вряд ли имеют значение для нашей темы, хотя и при них, особенно в депрессивных состояниях, случается религиозное содержание.

Другие многочисленные заболевания этой группы, такие как травмы мозга, опухоли, врожденные дегенеративные заболевания мозга для нашей темы совершенно не имеют значения. Конечно, всегда приходится думать о том, что первоначальная личность и психическая перестройка ее вследствие заболевания должны различаться и что если даже в поздних стадиях сквозь болезнь просвечивают еще черты личности, почему также и религиозная жизнь не может прекратиться неполностью.

5. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ КОСВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Мы слышали, что происшедшие где-то в организме болезненные процессы вторично "отравляют" мозг и этим могут приводить к психическим нарушениям. Эти интоксикации могут приходить и з в н е, как при алкогольном опьянении или и з н у т р и. При этих внутренних отравлениях, самоотравлениях, нужно отличать острые формы от длительных форм. К острым формам мы причисляем, например, коматозные и делириозные состояния при почечной болезни (уремия), при эклампсии беременных, при сахар-

* Продолжение. Начало в НПЖ, 1999, № 1, С. 5 – 13.

ной болезни. К длительным отравлениям относятся расстройства обмена веществ разного рода. Сегодня принято считать, что для нормального "построения" соматической конституции необходимо взаимодействие определенных желез внутренней секреции, и что при нарушениях этой внутренней секреции возникают аномалии развития и конституции. Известны соматические проявления выпадения после прекращения внутренней секреции половых желез, после кастрации. Психическая жизнь при некоторых расстройствах внутренней секреции также не может развиваться нормальным образом. Сегодня часто склоняются к тому, чтобы циклотимию и шизофрению, которые мы будем рассматривать позднее, причислять к этим расстройствам внутренней секреции, к этим внутренним отравлениям, что, однако, еще не может быть достаточно обоснованным. Совершенно нормальная личность тоже часто может претерпевать изменения при определенных расстройствах обмена веществ. Среди отравлений, приходящих извне, представляют интерес о с т р ы е и н ф е к ц и о н н ы е з а б о л е в а н и я различного рода. При тифе, воспалении легких, скарлатине, при всех лихорадочных заболеваниях наблюдаются острые психические расстройства, большей частью в форме делириозной спутанности сознания, во время которой изредка могут появляться и религиозные расстройства восприятия. Вместе с отзвуком острого заболевания, в особенности температуры, эти явления почти тут же проходят, в случае если речь действительно шла о чисто интоксикационном состоянии, а не о проявлении другого заболевания. К внешним отравлениям далее принадлежит а л к о г о л ь н о е о п ь я н е н и е . Хронические пьяницы склонны к психическим расстройствам специфического рода. Различают delirium tremens, длящуюся несколько дней спутанность с расстройствами восприятия, в основном зрительными, которая в большинстве случаев заканчивается критически и в основном переходит в полное выздоровление. Далее имеется галлюциноз пьяниц и хроническое алкогольное состояние дефекта, которое перетекает в непосредственные заболевания головного мозга. При всех этих состояниях лишь в исключительно единичных случаях отмечаются религиозно окрашенные переживания. То же самое относится к галлюцинозам кокаинистов, психическим расстройствам при отравлениях окисью углерода и других острых отравлениях¹⁰.

Внутренние отравления также вряд ли имеют значение для предмета нашего разговора, ни острые, ни отравления продуктами обмена веществ. Среди последних особенно важен к р е т и н и з м , врожденное состояние слабоумия, с особой соматической конституцией, вызываемое недостаточностью функции щитовидной железы. Другие врожденные состояния

¹⁰ При курении некоторых ядов в культурах различных народов это, возможно, по иному.

слабоумия также имеют основой аномалии внутренней секреции.

Вся эта группа, так же как и психические расстройства при непосредственных заболеваниях головного мозга, может лечиться только медицинским путем, если вообще возможно лечение.

6. ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЭПИЛЕПСИЯХ

Когда речь идет об эпилепсии, думают в первую очередь об известных судорожных приступах. Такие судорожные приступы, которые, впрочем, должны принципиально различаться с судорогами при истерии, что в практической диагностике не всегда легко, встречаются при различнейших заболеваниях головного мозга. При непосредственных заболеваниях головного мозга — например параличе, обывествлении мозговых сосудов, опухолях мозга, сифилитическом заболевании мозга, травмах мозга — равным образом как и при опосредованных внешних и внутренних отравлениях всякого рода. Эпилептический судорожный приступ является исключительно проявлением раздражения мозга, вероятно, моторных областей коры мозга.

Однако, имеется много больных эпилепсией, у которых не удается установить наличие заболевания мозга в качестве причины и основы их страдания; тогда говорят о генуинной эпилепсии. Что собственно скрывается за этими формами точно еще неизвестно. В некоторых случаях предполагаются происходящие уже в раннем детском возрасте или еще до рождения процессы в мозге и его оболочках, в других случаях может существовать предрасположенность коры мозга к судорожным реакциям, далее может идти речь о периодических нарушениях обмена веществ, о внутреннем самоотравлении организма, которое вызывает судороги. Таким образом вероятно существует не о д н а единственная болезнь эпилепсия, а различные, может быть многие эпилепсии. В зависимости от этого они могут принадлежать к косвенным или к непосредственным заболеваниям головного мозга. Психические причины определенно не играют никакой роли, даже в тех случаях, когда кажется, что отдельный припадок был вызван психически.

Описание эпилептического приступа, который, между прочим, и опытный врач с трудом, а иногда и вовсе не может отличить от истерического, не является нашей задачей. Нужно лишь упомянуть, что наряду с этими развернутыми приступами имеются очень кратковременные потери сознания с судорогами или без них ("абсансы"). Кроме того у некоторых больных эпилепсией бывают иногда не связанные с приступом состояния помрачения сознания, так называемые сумеречные состояния, во время которых они куда-то убегают, очень часто испытывают расстройства восприятия, бывают спутаны и могут совершать насилие. Такого рода сумеречное состояние может суще-

ствовать минуты, но может держаться и дни и даже недели. Наконец, больные эпилепсией имеют большое значение для психиатров потому, что большинство из них психически изменены, что можно, вероятно, приписать как наличию припадков так и основному страданию. Они в легкой или высокой степени дементны, правда, изменение характера имеет по большей части совершенно определенные черты. Страдающие эпилепсией становятся многословными, болтливymi, мышление их обстоятельным, неповоротливым. Основное настроение, судя по обстоятельствам, определяется периодической раздражительностью и мрачностью, иногда же поразительной радужностью и оптимизмом.

Больные эпилепсией имеют религиозно-психопатологическое значение с различных точек зрения. Перед приступом случаются очень странные метафизические и религиозные настроения¹¹. Иные больные эпилепсией испытывают перед приступом депрессивное настроение. 21-летнему больному эпилепсией, евангелисту, казалось каждый раз перед приступом, что мир рушится, “мы все проиграли”. Могут также происходить отдельные расстройства восприятий. Как мы слышали, во время сумеречных расстройств сознания они довольно часты. Нередко больные в сумеречном состоянии видят грандиозные религиозные сцены. 37-летний больной эпилепсией рабочий, евангелист, в сумеречном состоянии считал, что он находится на небе. После этого он рассказывал, что там был Христос и Петр сказал ему, что он должен к сожалению умереть. Но потом он смог увидеть прежнюю жизнь. Одновременно ему все время казалось, будто он мертв. В других сумеречных состояниях он слышал звуки колокола. Не так уж редко бывают видения дьявола. 20-летний больной эпилепсией, католик, рассказал в сумеречном состоянии, будто дьявол ему сказал, что его мать мертва. Дьявол был бурого цвета. Он уже и раньше появлялся перед ним и хотел положить его в мешок. Он был маленький и стоял на прикроватной тумбочке. Больной долго рассказывал о

нем, обкусывал себе ногти, говоря, что делает это чтобы наказать дьявола. У многих больных встречаются такого рода устрашающие видения во время сумеречных состояний, другие же, как одна 27-летняя пациентка бывают “так веселы и счастливы, как никогда в своей жизни”.

Для нас также имеют большое значение и изменения характера. Часто дементные больные эпилепсией имеют выраженный ханжеский, набожный характер. У них на языке постоянно библейские сентенции, а их необоснованный оптимизм носит нередко окраску удовлетворенной божественной благодати. Эта выставляемая напоказ набожность часто находится в выраженном противоречии с откровенной интриганской сущностью. Примечательно следующее наблюдение: очень набожная, в момент наблюдения 18-летняя, больная эпилепсией, католичка, хотела любой ценой попасть в монастырь. Поначалу она произвела на сестер хорошее впечатление, но уже примерно через 8 дней родители получили уведомление зайти к ним. Гретхен были абсолютно недовольны. Долгими и преувеличенными молитвами она пыталась скрыть свои пороки, она была ленива, лжива и ссорилась с другими. Вскоре после этого она сбежала, пришла домой, больше не высказывала желания вернуться в монастырь, потому что сестры нехорошо к ней относились, еда была слишком плохой, а работа слишком тяжелой. Впоследствии она начала беспорядочные сексуальные отношения и забеременела.

7. ЦИКЛОТИМИИ

О циклотимии мы говорим тогда, когда в течение жизни без психических причин, без мотивов возникают состояния мрачного или веселого настроения. Это или только периоды печали или только периоды веселья или же сменяющие друг друга как мрачные так и периоды веселости. Эти последние формы дали повод Крепелину назвать эти состояния “маниакально-депрессивным помешательством”. “Депрессивным”, (а также “меланхолическим”) называют мрачные расстройства настроения, “маниакальным” называют веселое настроение. Выражение мания используется сегодняшними психиатрами исключительно в отношении состояний веселья. Крепелин называл лишь наиболее легкие формы маниакально-депрессивного помешательства “циклотимией”, мы же считаем приемлемым использовать это выражение для всех степеней и форм этих расстройств. Нам кажется искусственным в тех частых случаях, где речь идет лишь о периодически повторяющихся депрессивных состояниях говорить о маниакально-депрессивном помешательстве вопреки теории. Выражение циклотимия вполне охватывает все встречающиеся разновидности легких и тяжелых степеней. Выражение “помешательство” (*Irresein*) также малоуместно. Эти больные по языковому ощущению большей частью вовсе не “*irr*”¹², и можно сказать: там,

¹¹ Достоевский, который страдал эпилепсией, описывает религиозные переживания перед приступом так: “И я чувствую, что небо смешалось с землей и поглотило меня. Я действительно нашел Бога и был наполнен им. “Да, Бог”, — кричу я — и обычно больше я ничего не помню.” Он продолжает дальше: “Вы все здоровые люди и вы не догадываетесь, что за счастье то счастье, которое мы, эпилептики, чувствуем за секунду до припадка. Мохаммед уверяет в своем Коране, что он видел Рай и бывал там. Все умные глупцы убеждены в том, что он просто лжец и обманщик — но нет! он не лжет! Он в самом деле был в раю во время приступа эпилепсии, которой он страдал подобно мне. Я не знаю длится ли это счастливое блаженство секунды или часы или месяцы, но поверьте мне на слово, я их ни на что не променяю.” (*Sonja Kowalewskas. Jugenderinnungen. — Berlin, 1897, цитируется по: Hennig. Beitrage zur Psychologie des Doppelichs // Zeitschr. f. Psychol. 1908. Bd. 49. S. 1, работа, которая могла бы быть указана также и в примечании 8 (см. НПЖ, 1999, № 1).*

где маниакально-депрессивные больные являются "irr" речь идет больше о маниакально-депрессивном помешательстве в понимании Крепелина. Следует упомянуть, что Кречмер¹³, который также против использования выражения маниакально-депрессивное помешательство, понимает под циклотимией такие длительные характеры, на которых, согласно его довольно часто повторяющимся высказываниям, вырастают маниакально-депрессивные фазы.

Суть этих заболеваний таким образом в том, что у людей на протяжении месяцев, лет, а то и десятилетий без причины, по крайней мере без достаточной причины, возникают периоды печали или веселья. Но возможно, что кто-нибудь в 17-летнем возрасте переживает короткую манию, в 30 лет депрессию, в 50 снова манию, а в 65 вновь депрессию. Или у иного случаются по одному депрессивному состоянию в 25, 42, 65 и 68 лет и ни одной мании. Еще у кого-то неоднократно непосредственно перед наступлением длительной депрессии проходит короткий эпизод мании. В действительности когда-нибудь случаются все теоретически мыслимые варианты. Особенно часто, и не только у женщин, депрессии возникают в возрасте обратного развития. Они возникают и у тех личностей, у которых никогда раньше в жизни ничего в таком роде не было.

Равным образом как маниакальные и депрессивные фазы возникают без психической основы, во всяком случае, без достаточной основы, также они и прекращаются без того, чтобы при этом играли роль психические факторы. Когда кто-нибудь на высоте своей мании переживает что-нибудь трагическое, мания не прекращается. Когда кто-нибудь в депрессии получает радостное известие, депрессия его из-за этого не укорачивается. Когда выздоровевший от депрессии переживает что-нибудь трагическое он этим не отбрасывается в прежнее состояние. Эти маниакальные или депрессивные фазы, таким образом, в течении своем не поддаются психическому влиянию. Они возникают и прекращаются по чисто биологическим причинам. Длительность их довольно различна и колеблется между часами и годами. Подъем и спад маниакальной или депрессивной фазы происходят большей частью постепенно, реже — круто.

Картины маниакальных и депрессивных состояний можно представить себе сравнительно легко. Они (грубо говоря) являются заострениями нормальных душевных состояний, только лишь не имеющими оснований, длятся большей частью сравнительно долго и в течении своем не подвержены психическому влиянию. Маниакальный больной весел, склонен к общению, шутлив, деятелен, быстр в ответах и действиях. Он легко теряет нить мышления и разговора, он путается во второстепенном и переходит от одного к

другому. Порой он раздражен и гневен, особенно когда что-нибудь препятствует его стремлению к действию. Пренебрежение тактом, порядком и нравами, и такое, которое в здоровом состоянии было для него абсолютно неприемлемым, становится в порядке вещей. Депрессивный больной уныл, печален, подавлен, полон размышлений, страхов и самообвинений. Прошлое и будущее видит он скрытыми в сумраке, отсутствуют всякая уверенность в себе, какая-либо бодрость духа. Весьма часты самоубийства. Почти постоянно в картине заболевания присутствуют соматические проявления всякого рода. Тоска тяжестью лежит на сердце, под ложечкой, в голове, во всех членах. Мышление и движения большей частью замедленны и заторможены, все стоит перед депрессивным больным как непреодолимая гора. Но бывают и возбуждаемые формы картин тревожного и отчаянного беспокойства. Таковы классические картины маниакальных и депрессивных фаз, однако, они могут усложняться различными способами. Маниакальный больной может высказывать фантастические идеи величия, депрессивный — авантюрные идеи преследования и собственной ничтожности. Они могут в определенной мере иллюстрироваться расстройствами восприятия.

Причины этих периодических колебаний настроения сегодня еще полностью неизвестны. Может быть речь идет о нарушениях внутренней секреции тех неизвестных физиологических структур, которые ответственны за настроение. Менее вероятно, что речь идет о непосредственных, первичных заболеваниях головного мозга периодического характера. Некоторые психиатры не так строго разделяют циклотимии и психопатии как это сделано здесь и видят в них лишь увеличение и огрубление более или менее известных каждому человеку колебаний настроения, другие рассматривают гипертимные и депрессивные психопатические личности в определенной мере как длительные формы циклотимии. Равным образом депрессивные фазы не всегда так строго отличаются от мотивированных состояний депрессии.

Кречмер предполагает сродство к определенным типам конституций со связанными с ними личностными особенностями. Нас здесь интересуют лишь последние. Фактически маниакальные и депрессивные фазы наблюдаются у людей, которые с детства и в последующем были отменно здоровыми, добросердечными, дружелюбными, естественными, жизнерадостными, неосложненными личностями. Сегодня не вызывает сомнений, что циклотимии, возможно имеющие различные соматические причины, не являются строго отграниченными картинами заболеваний. Абсолютное отграничение никогда не возможно ни в отношении психопатических личностей ни полностью в отношении шизофреников. Несмотря на это, все же чрезвычайно часто встречаются картины, которые полностью соответствуют описанным здесь типам.

¹² irr (нем.) — помешанный, умалишенный.

¹³ Kretschmer. Körperbau und Charakter, 5. u. 6. Aufl. — Berlin, 1926.

Таким образом, для большинства случаев можно с полной уверенностью предсказать хороший прогноз.

Маниакальные фазы вряд ли интересны в религиозно-психопатологическом отношении, хотя и в них, наряду с многими другими, могут также появляться религиозные идеи величия. Размышления и самообвинения депрессивных пациентов, особенно при соответствующей исходной личности и образовании, очень часто носят религиозный характер. — 54-летняя жена торговца, католичка, горестным тоном рассказала, что ей было очень плохо, она в юности согрешила против 6 заповеди. Ее служанка ей сказала, что с ней такого никогда не было, что это огромный грех, в таких случаях гниют заживо. — 26-летняя продавщица, католичка, сообщила, что теперь она видит перед собой все свои грехи, так как разложенные карты показали ее сексуальные отношения. — 53-летняя жена торговца, еврейка, упрекала себя во время депрессии в том, что раньше занималась самоудовлетворением и в том, что в возрасте 12 или 13 лет сидела на коленях у булочника. Она не попадет на небо, вынуждена теперь жить вечно, Бог уж точно забудет призвать ее. Ее грехи стали причиной того, что торговля идет теперь так плохо, что Бог лишает ее потихоньку пищи, что она должна стать совершенно бедной и умереть от голода. — 57-летняя, жена земледельца, католичка в состоянии глубокой депрессии громко стенала от своих “угрызений совести”, на вопросы смогла лишь ответить, что не всегда чистосердечно ходила к святому причастию. Все эти картины очень похожи, наряду с совершенно немислимыми существуют преходящие, часто минимальные прегрешения разного рода, о которых больной в другое время не вспоминает и которые теперь становятся для него мучительными. Одновременно с отзвучанием депрессии исчезают и эти самобичевания.

Нередко в начале таких депрессивных состояний родственники обращают внимание на то, что у больных проявляется никогда ранее им не свойственная педантичная религиозность. Они сверх меры часто начинают ходить к пастору, к исповеди, к миссисонеркам, что, однако, не приводит к минованию этих переживаний и успокоению. Напротив, эти религиозные визиты имеют обыкновение еще больше погружать больных в сомнения, если они не проводятся искусно и не основываются на понимании истинных причин этих состояний. Благоразумные, успокаивающие слова хотя и не могут при этом исцелить состояния, но все же облегчают его.

Наряду с этим болезненным мнимым расцветом религиозной жизни у депрессивных больных можно наблюдать и противоположное. — 76-летняя евангелистка, страдавшая первой и до сих пор единственной тяжелой депрессией и которая всегда была хотя и не чрезмерно, но все же убежденно религиозной, проявила в легкой начальной стадии ее депрессии выраженную потребность в религиозной защите. Так она нацарапала на записке: “В мире будете иметь скорбь,

но мужайтесь, я победил мир. Ио. 16, последний стих. Посадить на крест.” За этим последовали месяцы тяжелой депрессии с фантастическими бредовыми идеями без какой-либо религиозной окраски и периодами, во время которых она отказывалась от каких-либо религиозных действий. Когда она выздоровела ее религиозная жизнь восстановилась в прежнем виде. Она полностью здорова и остается такой на протяжении прошедших 8 лет.

Кроме того нередко в этих депрессиях обнаруживается своеобразное отчуждение от религиозного. Продавщица-католичка, которая в 30-летнем возрасте перенесла впервые беспричинное состояние депрессии и в возрасте 46 лет во время второго депрессивного состояния впервые попала в клинику, а затем в связи с депрессиями многократно стационарировавшаяся и, наконец, за пределами клиники, опять же в состоянии депрессии, покончившаяся с собой, жаловалась при каждой депрессии, что она больше не может верить, молиться, исповедываться. Она больше не знает, что есть грех и что есть не грех. Кроме того изображение Христа на стене выглядит по другому и больше ничего ей “не говорит”. В то время как в здоровом состоянии для нее не характерна была мнительность, она стала думать “вдруг снова обо всем, все опять вернется”. Она занималась главным образом “размышлениями о религиозных предметах”, в частности о том, что она недостойна приобщения к таинствам. Этим каждый раз начиналась депрессия. Бывают такие фазные депрессии, которые протекают полностью в виде религиозных навязчивых мыслей. Когда кто-нибудь, не являющийся мнительным по характеру, таким с т а н о в и т с я, уже возникает мысль о циклотимической депрессии.

Большая глубина такого рода депрессии может колебать религиозную веру. — 45-летняя жена горного инженера, бывшая до этого католичкой и ставшая в первые годы ее замужества евангелисткой, во время депрессии сказала, что она не может больше верить ни в какого Бога потому что не может понять, как тот может посылать такие тяготы. Случай интересен также тем, что больная и в правду во время предыдущей депрессии, которая, как она сама сказала, “была несколько легче”, была излечена приверженцем “Науки Христовой”. В короткое время, через 14 дней, она выздоровела, что соответствует природе заболевания, которое и без того подходило к своему концу. Поэтому она, разумеется, подверглась, к началу ее второй депрессии снова тому же лечению, которое теперь, естественно, не имело ни малейшего успеха. Как она сказала, ей изо дня в день внушают, что всему виной ее дурные намерения и что из-за этого происходят все болезни. Полная сомнений и безутешная оттого, что Наука Христова на этот раз не помогла, чего она совершенно не могла понять, она наконец уехала.

(Продолжение следует)

Перевод Г. М. Котикова

Эпилепсия или шизофрения?

Семинар ведет А. Ю. Магалиф (май 1999 г.)
Врач-докладчик А. Я. Басова

Вашему вниманию представляется больная М., 1963 г. рожд., наблюдается амбулаторно.

Анамнез

Наследственность не отягощена. Единственный ребенок в семье. На момент рождения отцу 46 лет, матери — 35. В середине 50-х гг. родители работали с радиоактивными материалами, были облучены, отец перенес клиническую форму лучевой болезни. Мать по характеру спокойная, общительная, мягкая; отец — с тяжелым характером, вспыльчивый, придиричивый, “психопат”, доктор наук, заведующий лабораторией, умер в 1989 г. от ишемической болезни сердца. Беременность протекала без патологии, роды в срок, но сопровождались асфиксией околоплодными водами, девочка закричала после реанимационных мероприятий. До 1 года была очень плаксивой, плохо спала, плакала по ночам. Наблюдалось выраженное сходящееся косоглазие. Заговорила в 9 месяцев, с 1 года фразовая речь. Навыки опрятности сформировались в срок. Была малоподвижной, очень неловкой, плохо развивалась тонкая моторика (до 5 лет не могла самостоятельно завязать шнурки). Была очень привязана к матери, не отпускала ее на работу, расставшись с ней плакала, чувствовала тоску, боль и сжатие в груди, ком в горле, засыпала только с ночной рубашкой матери в руках. С раннего детства наблюдались стереотипные движения (бегала по кругу, трясла руками и головой).

В детском саду с 3 лет. По словам больной так и не смогла к нему привыкнуть. Тяжело переживала разлуку с матерью, плакала. Контакта с детьми и преподавателями не было, играть с другими детьми не любила, предпочитала играть отдельно, воображала фантастические истории с собой в главной роли. В саду ее постоянно дразнили, били, так как она была неловкой, одевалась медленнее всех, не могла дать сдачи. Больная вспоминает, как однажды ее окружили старшие дети, дразнили и плевали в нее за то, что она не могла завязать шнурки. Незадолго до этого мать рассказывала ей про микробы, и девочка часто воображала их как некий фантастический мир. Была очень напугана тем, что на нее попадут чужие микробы, и она заболит, несколько дней постоянно думала об этом. Окружающие дети казались ей “полуживотными”, не могла непосредственно реагировать на их поступки,

постоянно обдумывала, как она должна поступить в ответ на что-либо. Предпочитала общество взрослых.

Приблизительно с 3 лет возникли различные страхи, которые больная впоследствии разбила на несколько групп:

1. ГК (голова кружится) — приступы резкого беспредметного страха продолжительностью около 30 мин. Сопровождались сердцебиением, ощущением надвигающейся смерти, при этом в голове навязчиво “вертелись” различные качающиеся предметы: маятник, качели, кукла неваляшка и т.п. Больная называла их “крутилки-вертелки”, видела их образы “умственным взором”. Состояние сопровождалось ощущением потери устойчивости, твердости окружающего мира, однако понимала, что “непорядок во мне”. Такие приступы возникали до подросткового возраста, в дальнейшем они возобновились на фоне приема нейролептиков и после большого умственного напряжения или вида мелькающих предметов (вагоны проезжающего поезда и т.п.).

2. Приблизительно с 5 до 10 лет возникали ночные страхи: в темноте в окружающих предметах видела что-то угрожающее (принимала висящую одежду за живое существо и т.п.). Боялась спать одна, спала с родителями.

3. Приблизительно с 7 лет возник страх перед “овидом”: боялась, что вдруг сейчас она увидит существо, похожее одновременно на обезьяну и медведя, с огромным количеством глаз. Опасалась, что увидев его, сойдет с ума.

С раннего детства отмечались вспышки ярости, желание причинить боль родителям. Так, на даче во время таких вспышек убегала из дома, пряталась, слышала как ее ищут и долго не выходила — “пусть помучаются”. Была очень раздражительной, болезненно реагировала на любое замечание.

С 3-х лет и до настоящего возраста считает себя мужчиной в женском теле, в фантазиях всегда была мальчиком, не любила девичьи игры и занятия, в куклы играла редко, воображала себя при этом отцом, предпочитала играть в солдатики, отказывалась одевать женскую одежду, заниматься домашними делами, всем своим поведением “старалась доказать, что она мужчина”.

Приблизительно с 5 лет стала задумываться о смысле жизни. По словам больной самостоятельно

пришла к идее Бога. С этого же возраста были особые кратковременные состояния “озарения”, “экстаза”, “глубокие мгновения”, во время которых она проникала в тайны “мира, жизни, всего сущего”, по выходе из состояния хорошо помнила их содержание. Подобные приступы случались редко (несколько раз в год) и почти исчезли к подростковому возрасту, во взрослом возрасте были только 2 раза.

С раннего детства плохо переносила жару и духоту: чувствовала головокружение, дурноту.

Читать и писать научилась при помощи родителей в 6 лет. В школе с 7 лет, училась очень хорошо. Нравились практически все предметы, особенно увлекалась литературой, историей, биологией, географией. Плохо давались черчение, рисование, отказывалась заниматься домоводством, так как считала, что подобное “женское” занятие унижает ее. В 7 классе на домоводстве специально сунула ножницы в розетку, чтобы ее выгнали с занятий. Иногда пыталась копировать поведение мальчиков, но чувствовала, что получается нелепо, переживала, что одноклассники презирают ее и смеются над ней. Отношения с преподавателями были хорошими, но отношения со сверстниками не складывались. В классе она оставалась чужой, “белой вороной”, ее дразнили, били. По-прежнему предпочитала общаться со взрослыми.

Много читала, писала стихи, рассказы о животных, мечтала стать великим писателем. Любила сочинять новые слова. Одиночеством не тяготилась, часами играла дома одна, воображая при этом различные истории. Так, придумала идеальное учебное заведение “Академдом”, где жили и учились одаренные дети. Наделила каждого своим именем и характером, сочиняла о них различные истории.

Месячные с 12 лет, сопровождались предменструальным синдромом — снижением настроения, раздражительностью, конфликтностью. Менструации нерегулярные с частыми задержками, при задержке резко возрастала раздражительность и тревожность.

В подростковом возрасте стала еще более конфликтной, участились приступы дисфории, вспышки ярости. Стала более жестокой к родным, могла наброситься на них с кулаками, “громила их образ жизни и мораль”, участились столкновения с отцом. В то же время усилилось желание самоутвердиться, заставляла себя побольше есть, проделывала силовые упражнения. Стала читать много философской литературы, старалась выработать свой взгляд на мир. Считала, что должна стать великим человеком, иначе она “полное ничтожество”. Тогда же начали появляться периоды сильного возбуждения (“страсть”): испытывала большой подъем, чувствовала то сильную тоску, то экстаз, писала стихи. В дальнейшем иногда удавалось самой вызвать подобное состояние.

По окончании школы сразу поступила на филфак МГУ. Училась легко, отношения со сверстниками улучшились, однако близких друзей по-прежнему не было.

По словам больной, состояние резко ухудшилось примерно с 19 лет (1983 – 85 гг.). Возникли сезонные колебания настроения с ухудшением в ноябре и марте. Снижение настроения имело дисфорическую окраску, сопровождалось тревогой и резкими интенсивными приступами отчаянья (“черные валы”). Во время таких приступов испытывала ненависть к себе и окружающим (чаще всего к родителям), могла избить родителей (“гады, зачем вы меня родили!”), биться головой, наносить себе различные повреждения. Так, во время одного из приступов разбила зеркало и его осколками изрезала себе грудь, хотелось причинить себе боль, металась, билась головой о стену. После таких вспышек чувствовала себя разбитой, опустошенной, сонливой. По словам матери помнит такие вспышки не полностью. На фоне снижения настроения периодически возникали опасения — не страдает ли она каким-то соматическим заболеванием. В 1983 г. после приступа аппендицита несколько месяцев ощущала дергающие боли в брюшной полости, опасалась, что заболела раком. Понимала необоснованность этого страха, но длительное время не могла от него избавиться.

Несмотря на снижение настроения продолжала успешно учиться, искала свой путь в жизни. С этой целью пришла в церковь, хотела креститься, испытать мистический экстаз. Однако в церкви не понравилось, “давили правила”, все казалось примитивным. Разочаровавшись, перестала ходить в церковь, начала углубленно заниматься наукой. В этот период ощущала пустоту в голове — “голова пустая, нет мыслей”, внутреннюю измененность “я”, “во мне нет никакого содержания”. Окружающая природа стала восприниматься серой, безжизненной. Перестали рождаться новые идеи. Решила, что ничего нового открыть она не способна, “бездарь”, хотела покончить с собой, обдумывала способы, но не могла решиться. В этот период несколько раз в качестве эксперимента употребляла большие дозы спиртного, толерантность была высокой, опьянение эйфорическим с сильной сонливостью. По-прежнему ощущала себя мужчиной, однако решила наладить хотя бы свою личную жизнь, для этого пыталась встречаться с молодыми людьми. Но быстро поняла, что ей это не нравится, интерес вызывали только хрупкие женственные интеллектуальные мужчины. Испытывала платонические чувства к одной из студенток, хотелось посидеть рядом, поговорить, поцеловать руку. Решила, что все ее попытки найти путь в жизни провалились, она “полное ничтожество”, все чаще стали возникать суицидальные мысли. Предлагала матери вместе покончить с собой, просила синтезировать сильно действующий яд. Вставала на край окна, но броситься не решалась, осуждала себя за это (“бездарь”, “труслива”).

По настоянию матери обратилась к психиатру. Длительное время не могли подобрать подходящий препарат: пирозидол и амитриптилин не действовал, триседил вызывал сердцебиение, финлепсин — голо-

в окружение, ощущение, что в голове переливается жидкость из одного полушария в другое.

Была госпитализирована в санаторное отделение Центра психического здоровья. Принимала флюанксол, терален. По словам больной лечение было мало эффективным, но стала несколько спокойней, выраженность депрессии уменьшилась. После выписки состояние снова ухудшилось, однако, несмотря на депрессию, защитила диплом (был рекомендован к печати и вышел книжкой), сдала экзамены в аспирантуру. Все чаще стали возникать приступы ярости с агрессией. Поступала уже в беспокойные отделения Центра психического здоровья и психиатрические больницы. Получала амитриптилин и галоперидол струйно. На фоне лечения исчезало состояние психомоторного возбуждения, однако усиливалась депрессия, витальная тоска. После выписки принимала анафранил (до 1996 г.), состояние улучшалось, однако сохранялись вспышки ярости, дисфории.

В 23 года вновь обратилась к церкви. Причастившись, “словно впервые за много лет увидела солнце, цветы, траву”. Читала много православной литературы. В течение 2–3 лет состояние оставалось хорошим, за этот период сумела определиться со своими научными интересами. Однако постепенно стала ощущать себя “греховной”, испытывала чувство вины за свою “гордыню”, за то, что не могла целиком посвятить себя Богу. Вновь усилились аффективные колебания, участились приступы ярости. Во время службы ощущала себя “неправильной”, плакала, чувствовала непреодолимую потребность бежать прочь из храма.

В 33 года во время одного из приступов ярости почувствовала, что может убить свою мать. Очень испугалась, выбежала на лестничную площадку, каталась по полу, билась головой, громко кричала. Соседи вызвали милицию и больная была госпитализирована в ПБ 1 (XI–XII.96). Получала аминазин 150 мг/сут., седуксен по 10 мг 3 раза, модитен-депо 1 мл в/м. По словам больной на фоне лечения приступы тоски и ярости исчезли, однако резко углубилась депрессия. После выписки принимала антидепрессанты, состояние было удовлетворительным. Вскоре у больной заболела собака (имеет 3 собак, очень привязана к ним), и ее пришлось усыпить. Крайне тяжело пережила это, плакала, испытывала сильную тоску. Самостоятельно обратилась с просьбой о госпитализации. Лечилась в течение 2 недель тизерцином по 25 мг 3 раза в день безрезультатно.

В середине 1997 года в 35 лет у больной возник развернутый эпилептический припадок, которому за 30 минут предшествовала аура: в голове все крутилось, казалось, что “мир неустойчив, вот-вот все сорвется в бездну”. Подобный приступ больше не повторялся, однако через 2 месяца внезапно почувствовала сильнейший страх, слышала звуки, напоминавшие стрижей. Испугалась повторения припадков, при-

няла таблетку фенобарбитала, после чего состояние прошло.

С 1997 года принимает паксил по 1 табл. (в период депрессии), лоразепам 1–2 мг (по состоянию), фенобарбитал по 1/3 таблетки н/н (постоянно).

В настоящее время сохраняются сезонные колебания настроения с раздражительностью, конфликтностью, однако агрессивность уменьшилась, а приступы ярости практически исчезли. Сохраняются навязчивые движения: чешет голову, ковыряет ухо, трет пальцем о палец. Периодически (1–2 раза в месяц) возникают неприятные ощущения в позвоночнике и крестце, из-за которых больная бросается на пол и начинает изгибаться. Временами испытывает распирающее, “разбухающее” ощущение в голове. Реагирует на перемену погоды: чувствует разбитость, невозможность работать, раздражение. Периодически возникают сильные головные боли в висках и глазах. Глядя на свет, видит плавающие в глазах полупрозрачные точки. Отмечает, что в последнее время стала рассеянной: проезжает остановки в метро, не может вспомнить, куда положила ту или иную вещь, практически без повода возникают приступы плача. Испытывает постоянный страх, что приступы ярости вновь возобновятся.

Данные обследований, проведенных в 1996 г. в Московской психиатрической больнице № 1.

Психолог: Память и внимание не нарушены. В мыслительных процессах выявлено своеобразие высказываний и своеобразие содержания ассоциативного ряда: ассоциации по созвучию, характеризуются повышенной скоростью воспроизведения и многословностью, что указывает на состояние повышенной ажитации. В личностных особенностях выявлено своеобразие представлений и переживаний: с одной стороны неустойчивость и демонстративность эмоциональных и поведенческих реакций, а с другой — ригидность установок на мировоззренческом и коммуникативном уровне, т.е. дисгармоничность личностной структуры, характеризующаяся сочетанием разнонаправленных радикалов.

Сексопатолог: У больной выявляются расстройства половой идентичности близкие к транссексуализму. Против диагноза “транссексуализм” говорит спокойное отношение к телу, отсутствие стремления к смене пола. Для подавления выраженных садистских тенденций рекомендуется добавить модитен-депо по 0,5 в/м с корректором.

Невропатолог: Очаговой патологии не выявлено.

Окулист: Миопия высокой степени. Глазное дно без патологии.

ЭЭГ: α -ритм дезорганизован, амплитудой 65 мкВ, частотой 10/с, маломодулирован, среднего индекса. Зональные различия представлены. β -активность частотой 14–15/с, амплитудой 10 мкВ выражена незначительно. τ -активность амплитудой 20 мкВ усилена по всем отведениям. Функциональные нагрузки уве-

личили дезорганизацию основного ритма. Межполушарной асимметрии и очаговости не выявлено. Заключение: умеренные изменения ЭЭГ регуляторного характера.

Эхо-ЭЭГ: Смещения срединных структур мозга и признаков внутричерепной гипертензии не выявлено.

Рентгенограмма черепа: Нарушения целостности костей свода черепа не отмечено. Рельеф внутренней костной пластинки выражен в пределах нормы. Турецкое седло без патологических отклонений.

Вопросы к врачу докладчику

Какой у больной социальный статус? — Она кандидат наук, старший научный сотрудник. Здесь представлены ее научные работы (несколько книг). С подросткового возраста до 20 лет больная писала стихи, в настоящее время пишет иконы.

Эпилептический припадок был один? — Развернутый большой припадок один. — *А малые припадки были?* — Да, если ее состояния, которые она характеризует как “крутилки и вертелки” представлять как эквиваленты. — *Вы сказали, что у нее сохраняются навязчивые движения. Это ритуалы?* — Нет, она говорит, что просто возникает непроизвольное желание пошевелить головой. Возникает какое-то тягостное ощущение во всем теле. Ритуалов никогда не было.

Анамнез с ее слов? Когда было первое обращение к врачу? — Анамнез с ее слов и по выпискам из историй болезни. К врачу они обратились, когда больной было уже 20 лет. Ее отец был крайне раздражительным, вспыльчивым, и родители считали, что она унаследовала эти черты от него, а в остальном смотрели на нее как на высокоинтеллектуального ребенка.

Какой у нее сексуальный анамнез? — Половой жизнью она не жила. Влечения к противоположному полу не испытывала, как и эротических чувств гомосексуальной направленности. Были сны с эротическими фантазиями и оргазмом. Она очень стыдилась этих снов, чувствовала себя после них как будто падшей. Несколько раз, видя спаривание собак, испытывала эротические чувства к собакам, ей хотелось их потрогать. Сама она для себя считает эту тему закрытой. Считает, что половой жизнью не будет жить никогда, а детей иметь для нее вообще противоестественно. Мужественность в мужчинах ей не нравится. — *Ей нравятся мужчины с женскими манерами?* — Не просто с женскими манерами, а обязательно маленького роста и с женственным телосложением.

Что у нее с эндокринной системой? Не считаете ли Вы, что она у нее страдает изначально? — Надпочечники не обследовали, половые гормоны тоже. По утверждению больной обследовали щитовидную железу, был поставлен диагноз струма первой степени и гипотиреозидизм. Ее пытались лечить тиреоидными гормонами, но это вызвало дикие приступы раздражения.

Беседа с больной. — Садитесь пожалуйста. Меня зовут Александр Юрьевич, здесь все доктора. Вы не возражаете против беседы? — *Нет, не возражаю.* — Скажите пожа-

луйста, М. Г., Вы уже имеете большой опыт общения с психiatрами. Вам они помогают? — *Тот врач, с которым я консультируюсь постоянно, больше пятнадцати лет, — да, безусловно помогает. Не сразу у нас с ним хороший контакт установился, но постепенно с течением времени все больше он меня понимал. Тоже не смог сразу, но я понимаю, что это сложно, что подбирать лекарства долго, что это трудно, много нужно усилий и от него и от меня. Но ему, безусловно, удалось несколько раз найти те самые принципиальные решения.* — Решения или лекарства? — *В данном случае, конечно, лекарства.* — Вы считаете, что помощь, которую Вам оказывают, это в основном лекарственное лечение? — *Несомненно, и он сам делает акцент именно на лечении лекарствами.* — Вы сказали, что он стал Вас понимать. Понимать, как объект лечения, или как человека? — *И то, и другое. Я думаю, что это неразрывно. Нельзя эти вещи резко разделять. Нужно одновременно видеть и клинику, и человека, потому что это едино. Мы здесь очень условно разграничиваем.* — И все-таки, Вы больше верите в лекарственное лечение или психотерапию? — *В лекарственное в моем случае. Видимо, мои расстройства такого рода, что здесь одной психотерапией не обойтись. В этом я уверена.* — Вы мало верите в психотерапию? Вы больше верите в лекарства? — *Нет, я верю в психотерапию, но может быть для других случаев.* — А применительно к себе? — *Применительно к себе больше в лекарства.* — А что делают лекарства? — *Вот, например, если взять антидепрессанты. Я сейчас принимаю антидепрессанты третьего поколения: флуоксетин и пароксетин, то есть, прозак и паксил, они так коротко называются. Ну что, в состоянии депрессии они ее очень хорошо смягчают. Особенно хороши паксил, потому что он уравновешенного действия, он не приводит к возбуждению, прекращается чувство вот этой мучительной тоски по утрам, иногда абсолютно беспричинной. Я понимаю, что она беспричинная, и задача-то и состоит в том, чтобы это все снять, а не решать какие-то психологические проблемы. Понимаете, главное снять болезненное состояние, болезненный аффект, а остальные проблемы можно уже решать, если голова еще на месте.* — Значит Вы признаете, что у Вас имеется психическое заболевание? — *Несомненно.* — А как бы Вы его назвали? Что это такое? — *Ну, я надо сказать, работала сама над этим довольно долго, потому что я поняла, что психiatры сами не хотят называть диагноза, они этого очень не любят. Я понимаю, почему они это не любят. Я понимаю, что большинству людей этого делать нельзя, но тем не менее я всегда была человеком научного склада, и я всегда хотела осознать, что же реально со мной происходит. Я всегда хотела знать правду до конца. Потому что я читала довольно много психиатрической литературы сама. Может быть сначала более популярной, а потом дошла до более серьезной. Очень понравился Ясперс “Общая психопатология”. Я разную литературу читала, Сейчас я еще слушала один курс, который читал Б. А. Воскресенский для медиков, для катехизаторов в одной высшей школе. Это все сложилось вместе в одну систему. Меня очень долго мучило следующее: разные аспекты моего заболевания описываются в трех разных разделах, и в каждом разделе что-то есть похожее, и в то же время не полностью.* — Назовите эти разделы. — *Раздел о маниакально-депрессивном психозе, раздел о шизофрении, особенно там, где речь идет о малопрогредиентных формах, и раздел об эпилепсии, прежде всего эпилептические изменения личности, эпилептические эквиваленты. Вот такие вещи. Почему они по разным местам? Я потом поняла, что именно этот вопрос мучил и мо-*

его врача. — Таким образом, Вы разделили свою болезнь на три составляющие. Вы вообще склонны к классификации? Вы ведь даже свои переживания в трехлетнем возрасте тоже определенным образом классифицировали. — Да, но это результат последнего года, это ретроспективно. — Это Вы уже сейчас, ретроспективно, классифицировали свои состояния в трехлетнем возрасте? — Да, конечно, это я произвела определенную работу. — Вы назвали три раздела, три составляющих Вашей болезни. А куда Вы сами больше склоняетесь? — Я думаю, что есть две линии, одну линию я бы назвала эпилептиформной. Является ли это скрытой эпилепсией или не является, мне не известно. Один развернутый эпилептический припадок у меня был, и его врач наблюдал. — А что кроме припадка Вы сюда относите? — Все пароксизмальные явления. — Например? — Прежде всего приступы дикой буйной ярости, когда я начинаю что-нибудь крушить, приступы, где одновременно присутствует и отчаяние, и ярость. Общий тип реагирования: мне надо всегда добиться своего, настоять на своем, агрессивность определенная, даже определенная жестокость, прежде всего определенная жесткая реакция. Поди меня задень, физически — о-о-о, что будет! — А что будет? — Если это будет серьезно, оскорбительно, — элементарно могу влезть в драку с человеком, который превосходит меня по физической силе несомненно. Просто потому, что мой принцип: «я не отступаю». — Вы просто так предполагаете? — Были случаи. — Это одна составляющая, а другая? — А другая, это то, что ближе всего из тех описаний, которые я читала, мне кажется, что больше всего напоминает шизоаффективный психоз. — Это что такое? — Когда какие-то шизофренические компоненты сочетаются с выраженными аффективными колебаниями настроения, депрессией. — Это я понимаю, а применительно к Вам? — Применительно ко мне? Каждую осень или весну возникает обязательно смешанное, никогда не чистое состояние. То есть будет к примеру тоска с тревожностью и сильным возбуждением, чаще всего вот такая штука. — А что за тревога, опишите ее. — Тревога? Иногда она может быть совсем беспричинной. Вот встал, и чувство тоскливости и тревоги. Это первое, что охватывает. — И то, и другое вместе? — Да. — А Вы можете их разделить? — Нет, не могу. — Но Вы же называете их отдельно? — Но они как бы вместе. — Они всегда вместе? — Да, почти всегда. — А Вы физически это чувствуете? — Конечно, прямо вот здесь (показывает на грудь). — В виде боли? — Трудно сказать. Понимаете, это не физическая боль, но она по осязательности близка. Иногда сжатие, иногда тяжесть, а иногда, когда тоска доходит до высокой степени, ну просто разрывает, больно почти. Сил нет. Сколько можно терпеть эту боль? — И сколько она продолжается? — При отсутствии антидепрессантов — долго. Сколько будут держать меня в психиатрической клинике без антидепрессантов — столько. — Сколько? Может быть месяц? — И больше. — А антидепрессанты сразу снимают? — Ну как сразу... Мой доктор не снимает антидепрессанты, они принимаются всегда в виде поддерживающей терапии. А в клинике да, снимают. Сразу снимают. «А, что? Возбуждение?» — И снимают. — Вы меня не совсем правильно поняли. Антидепрессанты сразу снимают это состояние? — Нет, не сразу, а в течение какого-то времени. — Паксил снимает эту тоску? — Паксил? Да. Но самое лучшее сочетание было, которое снимало, — один паксил и один прозак, как ни странно. Вот это сочетание оказалось наиболее эффективным против длительных периодов такого со-

стояния. — А если сравнить с amitriptилином, например? — Amitriptилин вообще не работает. — А мелипрамин? — Не работает и плюс вызывает раздражение. Анафранил очень долго работал хорошо. — Сколько? — Десять лет, как это перестало работать. — А паксил и прозак работают? — Пока да, но я не знаю, может быть через несколько лет тоже перестанут работать, потому что что-то ведь меняется. — Вы сейчас говорите о депрессии, но почему-то все же относите ее в шизофреническую графу. — Шизоаффективную. Просто потому, что чистой не было представлено никогда ни одной фазы. И я вообще никогда не слышала, чтобы врачи ставили мне диагноз маниакально-депрессивного психоза. Кроме всего прочего, у меня хватает навязчивостей, двигательных прежде всего. Очень много двигательных, особенно в последнее время. — Опишите, что это за навязчивости. — Ну, предположим, непрерывно тру руками (показывает, как она трет пальцами). — Это тоже пароксизмально возникает? — Нет, не всегда пароксизмально. — Что-то провоцирует? — Мне трудно сказать. — Волнение, допустим? — Иногда провоцирует, а иногда и в совершенно спокойной обстановке. — А тревога провоцирует? — Трудно сказать. Тревога? Иногда, если на людях, то я соберусь, и это не будет видно вообще, а когда я одна, вот тогда это проявляется в большей мере. — Вы хотите сказать, что когда у Вас возникает тоска и тревога до боли в груди, Вы можете собраться так, что это не будет заметно? — Могу, если я очень захочу обмануть врачей, чтобы они меня выписали, потому что они меня, простите, паксилем не будут лечить. Всунут мне amitriptилин — а зачем я буду терять время и набирать вес, зачем это мне нужно? — Значит можете собраться и даже улыбаться? — Слава Богу, конечно, без проблем. — А если это не касается проблем с выпиской, а касается обычной жизни. — тоже можете собраться? — Да, могу. — Допустим, сделать доклад, сообщение? — Спокойно. Никто ничего и не узнает, никто ничего не заметит. — Вы сохраняете работоспособность в этом состоянии? — Всегда, даже при наличии ами-назина 50 мг три раза в день. — Вы можете сидеть и заниматься научной работой? — Да, могу. — Вам мешает Ваше состояние? Или Вы можете так отключиться, что уже не мешает? — Мешает, мешает сесть. Надо что-то преодолеть, чтобы начать. — А если начали работать, пропадает это состояние? — На какое-то время, потом может опять. Смотря в какой степени это состояние, потому что оно бывает разной интенсивности. — Вы можете управлять им? — Не всегда. Иногда бывает в крайнем состоянии поработала, поработала, поработала, и потом уже сил нет. Ложусь и... — Я хочу вернуться к навязчивостям. Вы говорите, что они возникают сами по себе, и их ничто не провоцирует. — По крайней мере трудно проследить, что их что-то провоцирует. Может быть это на уровне подсознательном. — Значит трете руками. Что еще? — Простите, расскажу неприятные вещи. Это постоянное желание что-то выколотить, что-то достать. Я могу колупать голову. — До крови? — Нет, не до крови, но выдираю по крайней мере волосы с луковицами. — Много порой выдираете волос? — Да не то, чтобы много, но мама утверждает, что у меня волосы сильно поредели. Потом серные пробки, попытка вынуть их из уха. Очень часто раздираю уши до крови. Знаю, что этого делать не следует, но остановиться не могу. — Значит, Вы это относите к навязчивостям? — Да, потому что это что-то такое, от чего я никак не отвыкну. Мне свойственно, вообще говоря, на чем-то застревать. Я очень застреваю. — И сколько

может продолжаться период Ваших навязчивых действий? — Долго. Недели, месяцы. Потом какой-то перерыв. Потом начинается опять. — Они как появляются, так и исчезают? — Да, исчезают, а потом возвращаются. — Лекарства имеют значение? — Нет, абсолютно. — Все, что Вы принимали? Ваши навязчивости могут и появляться, и исчезать на фоне лекарств? — Конечно. — Может быть есть сезонность? — Нет, этого я не замечала. — Эти движения — навязчивости, или они иногда носят характер ритуалов? — Ритуалов нет. — Вы понимаете, о чем я спрашиваю? Некие защитные действия? — Нет, такого нет. — Единственное, но это я к ритуалам не отношу — я, когда ухожу откуда-нибудь, с работы или из дома, — я проверяю выключенность розеток несколько раз. Я не считаю, сколько раз, но я проверю несколько раз, пока это меня где-то внутренне не удовлетворит, пока все розетки с выключенными из них вилками не запечатлеются в моем сознании совершенно отчетливо. — Это с детства? — Нет, это не с детства, это примерно с возраста, когда я уже училась в аспирантуре, то есть я была в возрасте старше 20 лет. Это особенно тогда, когда у меня появились ценные записи. Я же просматривала огромное количество рукописей, и материалы, которые хранятся у меня дома — они уникальны. Возник некий страх за них. Кроме того, у меня дома три собаки, я за них тоже волнуюсь. И вот в результате этого, вот такое. — У нас остался еще один раздел, это маниакально-депрессивный психоз. Вы его объединяете с шизоаффективным разделом? — Да, я не могу этого разодрать. — А в какую сторону Вы склоняетесь? Чего больше? Куда Вы больше подходите, к шизоаффективному варианту или к маниакально-депрессивному? — Все-таки к шизоаффективному, потому что при маниакально-депрессивном психозе, — я читала, — там смешанные состояния, но должны быть хотя бы какие-то чистые фазы. У меня вообще не было чистых. Один врач в больнице Кащенко, неважно кто, решил, что у меня гневливая мания. Я допускаю, что элементы мании были. Я все время была деятельной, я была активной, я все время была возбуждена, но в то же время мне было более чем не сладко. Мне было тоскливо, мне было мучительно. — В то же самое время? — Одновременно, да. И, понимаете, вот это одновременно, оно всегда приводит к тому, я так рассуждаю, что врачи думают, что маниакально-депрессивный психоз, что мания, да, давайте давать ее нейролептиками. Но я же знаю, что здесь депрессия, она рядышком, что здесь чуть чуть... — Почему Вы никогда не принимали литий? — Не назначали, это их надо спросить, я не знаю. Лепонекс, аминазин, гадоперидол — это все было. — А как лепонекс? — Лепонекс... Вы знаете, я его раньше хорошо переносила, а потом стала переносить все хуже и хуже. Вообще хуже переношу все нейролептики, пока переношу только аминазин. — Он Вам нравится? — Нет, он мне не нравится, потому что он быстро, достаточно быстро приводит к депрессии. Торможение небольшое, а тоска остается. Единственное, что помогает против аффективных вспышек, в том числе предупреждает их, это небольшие дозы фенобарбитала регулярно на ночь. Препарат переносится достаточно хорошо, когда он в небольших дозах. — У Вас был благополучный период, когда Вы несколько лет чувствовали себя хорошо. Это был период, когда Вы ушли в религию. — Да-да, я помню. — Этот период Вы выделяете из всего, потому что Вы тогда были наиболее адаптированы, и все Ваши аффективные расстройства отошли на задний план? — Да, но все равно я при этом принимала анафранил. — Но ведь Вы и в другое время принимали анафранил? — Да. — Может погрузе-

ние в религию сыграло какую-то роль? — Я затрудняюсь ответить на вопрос, что здесь сыграло роль. Ведь и в течение болезни могут быть ремиссии, могут быть и ухудшения. — Но ведь это совпало как раз с этим периодом? — Совпало, но это еще не значит, что по причине того. Это еще совпало и с тем моментом, когда только что очень эффективно подействовал анафранил. В это же время я сориентировалась в науке. Здесь было столько факторов, что от мировоззрения человека зависит, на чем поставить акцент. Если человек считает главным лекарства и психиатрические проблемы, он скажет о действии лекарств. Если человек нашел себя в религии, он скажет о религии. Если человек нашел в этот период свое место в жизни, он подчеркнет этот аспект. Тут три аспекта, каждый из которых нельзя сбрасывать со счетов. — Вы, конечно, правы, но Вы сейчас говорите так, как будто мы обсуждаем это отвлеченно, не применительно к Вам. — Правильно. — Скажите, Вы — ученый, занимающийся религиозными проблемами, или Вы — религиозный человек? — ...Вот на этот вопрос мне, пожалуй, труднее всего ответить. Дело все в том, что в отличие от проявлений болезни, религиозность есть нечто, что не подлежит такому анализу. Можно, конечно, анализировать, можно анализировать все, что угодно, но при этом мысль изреченная — она будет ложна. Духовное объективировать гораздо труднее и разложить на полочки и, возможно, что мы производим тогда с этим духовным очень большую деформацию. Поэтому я очень не люблю говорить о своей религиозности или нерелигиозности. Для меня это область мучительных вопросов, мучительных поисков, по-моему чем далее, тем более мучительных. Я тут не могу окончательно сказать ничему "да" или "нет". В каждом "да" будет частичка "нет", в каждом "нет", будет частичка "да". — Здесь Ваш интеллект и Ваша научная деятельность Вам немножко мешают? — Я бы сказала, что не только интеллект. Здесь, я бы сказала, что нельзя отделить интеллект от всей личности. Здесь вся личность, она склонна к метаниям, сомнениям, к тому, чтобы во всем видеть острые углы. Они же ведь не просто рациональные противоречия, они же ведь через сердце проходят, понимаете? — Вы никогда не обращаетесь к Богу за помощью? — В каких-то случаях обращаюсь, особенно когда болеют мои животные. Да, обращаюсь... То есть, молитва какая-то, своими словами в основном, — она есть, я ее всегда совершаю одна, я очень не люблю, когда при этом кто-то присутствует. Действительно я закрываюсь в комнате и... — Ваша научная деятельность — это только письменный стол и книги, или это и лекции, доклады? — И то, и то. — Вы любите публичные выступления? — В общем, могу сказать "да". — Вы легко себя чувствуете при этом? — Есть, конечно, некоторое напряжение перед, но я уже научилась собираться. — Трудно Вам это делать? — Да, было трудно. — Вы ведь несколько замкнутый человек? — Да как сказать, я была замкнутой только в детстве. Круг для меня неподходящий. Если бы были ребята такие же как я, а это были просто не такие ребята. Они развивались не так. Поэтому я попала как бы не в свою среду. Понимаете? — Скажите, пожалуйста, как Вы считаете, когда Вы заболели? — Я считаю, что я была с детства не очень здорова. — Вы считаете, что у Вас болезнь. Болезнь имеет свое начало и конец. Как Вы думаете, когда было начало? — Предвестники болезни были давно. А совсем уже заболела, откровенно, лет в 18 — 19, я думаю так, в Университете, то есть. — А почему Вы выделяете именно этот момент? Что принципиально, качественно изменилось? — Качественно изменилось? Возникло самое тяжелое, самое

неприемлемое в проявлении болезни — эти дикие аффективные срывы, когда я стала бить родителей. — Это качественное или количественное изменение? — Ну может тут количество перешло в качество. Я думаю так. — Вы рассказывали, что несколько лет назад впервые ощутили подъем. Это было в течение трех лет? — Он такой мягкий, без раздражения. — Вроде Вы сами могли его вызывать? Уточните это, пожалуйста. — Как я могла сама вызывать? Нет, я просто более менее равномерно работала. Но конечно, были и свои проблемы. Конечно, меня раздражали кандидатские экзамены, которые меня отвлекали от моего исследования. Я бы не сказала, что я ровненькая, да гладенькая была. Ну, например, на меня очень жаловалась одна из моих бывших преподавательниц и экзаменаторов, потому что у нас специальность разбивалась на две половины. Была историческая, которой я занималась, и была синхроническая, где был семантический синтаксис и структурный синтаксис, который я ненавидела, который я не хотела учить, я не хотела заниматься. Зачем он мне был нужен? Я написала хороший реферат и пришла на экзамен с чувством, что я это сброшу и мне все равно, что я получу, мне наплевать, лишь бы мне это сбросить и оно мне не мешало. И когда на экзамене она стала более глубоко копать — а она была на меня обижена, что я студенткой не слушала ее лекций, а занималась каким-то там рисованием в тетрадке — она стала задавать мне вопросы, а я сказала: “Простите, я не претендую на высокую оценку. Может быть я знаю этот материал не очень”. Она очень обиделась, она поняла, что я пренебрегаю ее предметом, и потом очень страстно выступала, что я вот такая-сякая, разэдакая. — Вы раздражали учителей? — Некоторых, не всех. — А были учителя, которые Вас любили? — Да, много было людей, которые меня любили. Вообще большинство учителей меня любили, но со своей научной руководительницей я очень скоро вступила в конфликт, потому что мне показалось, что она меня направляет не на то. И вообще проблемы она не поставила, мне она мешала поставить проблему. В результате я оказалась права. — Вы как считаете, Вы эпилептоидны? — Я считаю, что да, но только, понимаете, есть объективное мнение других людей, что я правильно веду свою работу. — Может быть Вы благодаря особенностям Вашего характера, можно сказать, маргинальным особенностям характера, и стали ученым? — Вероятно, тем более внимание к мелочи очень существенно в моей научной работе. Крайняя такая пунктуальность. — А когда Вы спорите по какой-то научной проблеме, Вы делаете это спокойно, или Вы можете наговорить всяких слов? — Как правило я умею сдерживаться. — Умеете? Вы можете не сдержаться только среди близких людей? Они служат громоотводом? — Не только. В транспорте были драки, но только не в ситуации интеллектуального спора. Понимаете, ситуация интеллектуального спора все-таки немножко другая. — Значит, Вы не переходите границу? — Не всегда, смотря как. Понимаете, разные бывают ситуации, бывает спор конструктивный, а бывает неконструктивный. Бывает ситуация, когда тебя задевает человек, который пытается отреагировать собственными какими-то обиды. Я это очень ощущаю и могу его действительно послать. Бывали такие случаи. — А можете извиниться потом? — А вот извиниться... Ну несколько раз в жизни, наверное, извинялась, но это очень тяжело сделать. — Тяжело? — Да, я могу десять раз раскаться внутри себя, но рассказать об этом мне тяжело. Что касается разговоров с коллегами, должна отметить одну существенную де-

таль. Меня очень долго терзало чувство неполноценности. Мне казалось, что я тупее их, хуже соображаю. Я была очень часто подавлена. — Это какой период? — Знаете, это длилось очень долго. Это длилось буквально до последних лет. — Это был период становления Вас, как научного работника? — С одной стороны — да, а с другой стороны, все-таки, это моя склонность к депрессиям. И то, что я очень часто писала статью, останавливалась и думала: “Боже, что я пишу?” Я боролась с этим так: включала рок, причем такой заводной, чтобы чувствовать себя более раскованно. — Танцевали? — В перерывах и попрыгать могла, да. Очень хорошо помогает, кстати. Но постепенно приходило все-таки признание, просто объективно, когда уже игнорировать нельзя было. Понимаете, я долго могла думать о том, что я бездарь, притом что у меня “пять” по дипломной работе, и дипломная работа рекомендована к печати. Это очень долго продолжалось. Это буквально достижение последних лет, что я перестала чувствовать себя такой, почти серятиной. Но я думаю, что здесь и роль лекарств.

Вопросы к больной

Вы говорите, что в течение многих лет переживали чувство неполноценности. Свойственно Вам сомнение, сплетающееся в тягостный самоанализ, самоедство? — Да. — Это занимало большое место в Ваших переживаниях? — Огромное, и сейчас занимает. Я, кстати, знаю Вашу книжку, с величайшим удовольствием ее читала. — Спасибо. Вы находите у себя много общего с кем-то из русских классиков, художников, писателей? — Понимаете, когда я впервые в 14 лет прочитала Достоевского, я была потрясена. Переживания его героев поразительны. Буквально была потрясена. И я хотела заниматься Достоевским. И действительно на филологическом факультете начала заниматься Достоевским, но потом я была разочарована возможностями нашего литературоведения в университете, и пошла в ту научную школу, которая была перспективна. — А с Толстым? — С Толстым тоже что-то есть, но Достоевский ближе мне, как будто он глубже. Мне кажется, он глубже с этими состояниями бездны. У Толстого все более плавно течет, и таких бездн меньше. — А жизнь Толстого, его характер Вы не изучали? По воспоминаниям современников? — Не детально, но там тоже конечно есть. Но я никогда не пыталась и не буду пытаться строить концепцию новой религии и пытаться воплотить ее в жизнь, потому что я считаю, что это самая большая бессмыслица, которую только можно придумать. — Нет, я не об этом, я об особенностях характера. Вы сказали, что трудно разорвать лекарства, религию и научное творчество. Художественное творчество, наверное, тоже? — Художественным творчеством я стала заниматься последнее время очень мало. Дело в том, что я всегда была очень чувствительна ко всякого рода замечаниям, касающимся профессионализма. Например, я в детстве писала стихи, в 14–15 лет. Очень многие мои знакомые находили их неплохими. Кстати, болезненность там уже достаточно ярко выражена. Так что я колеблюсь, когда заболевание начинается — в 18–20 или в 13–14. Но я писала стихи, и когда мне сказали, что кому-то подражаю, что они на кого-то похожи, — хотя я не подражала. — я бросила их писать. Я писала иконы, но когда мой директор сказал мне, что они не очень профессиональны, а я поняла, что мне трудно достигать профессионализма, я тоже отодвинула это на задний план. Я профессионал в науке и довольна. — А можете себе пред-

ставить, как бы чувствовали себя без Вашего научного творчества, в котором Вы, кажется, нашли себя? — *Это было бы невозможно, но я бы нашла творчество в какой-либо другой сфере жизни, во всяком случае, что-то еще, что можно было бы изучать.* — Это совершенно необходимо? — *Без этого жить просто нельзя, это единственное, что, как говорится, примиряет с этой жизнью, которая субъективно осознается очень часто, как тягостная.* — И согласитесь Вы, что это и есть лечение в высоком смысле? — *Да, но это не значит, что таблетки надо выбросить.* — Нет, нет, ни в коем случае, вместе с таблетками. — *Да.* — И последнее. Вы больше чувствуете себя в духовном смысле мужчиной? — *Пожалуй. Все-таки объективности ради я готова согласиться, что во мне есть что-то из женского начала, но откровенно говоря, мне это неприятно.* — Интереснее Вам, я имею в виду в духовном смысле, рассуждать, спорить именно с мужчинами? — *Ну конечно, в интеллектуальном смысле, да. Поплакаться в жилетку, конечно, лучше женщине.* — Но все-таки, Вы ясно видите разницу между мужским складом ума и женским? — *Да. Но вообще-то мне в доме женщины нужны. И то, что мама моя нормальная женщина, это слава Богу.* — Ну а влюбиться в мужчину Вы могли бы? — *Абстрактно? Если бы в нем было достаточно много женских черт. Но как только он проявляет мужественность, у меня раздражение по отношению к нему.* — А с животными Вам хорошо? — *С животными хорошо, хотя под горячую руку и им тоже достаётся. Потом я переживаю, но это так.* — Они прощают? — *Да, они прощают, хотя невротиками немножко становятся.* — Но все-таки, Вы чувствуете, что Вы много даете своим собакам? — *По крайней мере, они меня не возненавидели. Они ко мне с удовольствием бегут, они меня встречают.* — Есть контакт, есть общение? — *Есть, хотя я, естественно, вижу разницу, и заменой человеческого общения это не является. Это разные виды общения. С животными интеллектуальное общение невозможно.* — Можно сказать, что Вам хорошо с Вашими собаками, потому что Вы понимаете, чувствуете, что они собаки, и не требуете от них того, что от людей? — *Безусловно не требую, но и собаки не требуют от меня того, что требуют люди.*

Как Вы относитесь к политике, и какие лидеры Вам наиболее близки? — *Я бы не сказала, что я очень много занималась политикой и интересовалась такими личностями, нет, но во всяком случае, я лютой ненавистью ненавижу фашизм, антисемитизм, тоталитарные идеологии, не люблю коммунизм, тем более он сейчас смыкается с какими-то националистическими вещами. Национализм приводит меня просто в ярость. Когда начинают выступать соответствующие лидеры, я должна просто выключить телевизор, чтобы не разбить его. Из всех мне, пожалуй, симпатичнее Явлинский. Я за него много раз голосовала. Я смотрю "Сегодня", "Диалоги о животных" и "Куклы". Все остальное вообще не смотрю.*

Вам нравится быть лидером в научном коллективе? — *Быть самой по себе. Быть лидером, конечно, приятнее, но быть лидером удобно недолгий срок, потому что на тебя сваливается много всякой будничной работы по улаживанию взаимоотношений между людьми, а это — спасибо. Быть самой по себе.*

Можете ли Вы разграничить тоскливо-тревожное настроение и дисфории? — *Да.* — Бывало так, что одно состояние постепенно переходило в другое или одно состояние наступало вслед за другим? — *Бывало, но я вообще не знаю, не совсем понимаю, как разграничить здесь эпилептоидное состояние и количество раптуса: нарастает-нарастает*

тоска, а потом взрыв с мощной агрессией. — А что заставляет разграничивать? Научный интерес или терапия? — *Если это выраженная дисфория, то настроение достаточно длительный период окрашено злобой. Ему предшествует напряжение, в течение которого злоба накручивается, а значит что? — Нужно фенобарбитал принять.* — А когда тревожно-тоскливое состояние, фенобарбитал не помогает? — *Да, это, пожалуй не имеет смысла. В это время нужен регулярный прием антидепрессантов.* — Вы можете подавить тревожно-тоскливое состояние? — *Как подавить? Оно остается внутри.* — А не проявлять его внешне? — *Да.* — А дисфорию Вы можете таким образом утихомирить? — *Как правило нет, что-нибудь прорвется. В какой-то мере могу подавить, если еще не очень сильно разошлось. А если это уже хорошо накалилось, то тут ничего не сдержит, ни место, ни время, ни обстоятельства.*

А. Ю. Магалиф: Вы, конечно, необычная пациентка. Вы много знаете и хорошо разбираетесь в своей болезни. Не пробовали ли Вы и лекарства сами себе подбирать? — *А мы подбираем, только вместе с врачом.* — А почему вместе? Вы хорошо ориентированы в клинике, в действии лекарств. Почему Вы сами не подбираете себе схему терапии? — *Во-первых, для этого нужно хорошо знать фармакологию. Я хорошо знаю действие только тех лекарств, которые мне назначали.* — Но Вы попробовали уже практически все лекарства, которые применяются в практике. — *Но есть еще новые лекарства, о которых мой врач всегда очень хорошо информирован. И потом я все-таки считаю, что лучше посоветоваться с опытным человеком. Мы всегда договариваемся, и это принцип работы моего врача со мной, чтобы мы договорились обо всем: и о дозах, и о препаратах, и как принимать.* — Я ни коим образом не хочу сказать, что Вам не нужен врач. Обязательно нужен. И я приветствую именно такое взаимодействие с врачом. — *Я согласна с Вами.* — У меня сложилось впечатление, что Вы с помощью лекарств научились контролировать свою болезнь. Ваша болезнь, конечно, Вам сильно навредила, она ограничивала возможности Вашего развития. — *Ограничивала. Она, безусловно, сужала круг моих возможностей.* — Тем не менее, Вы редкий человек, который сумел, используя препараты, творчески подходя к вопросам терапии, подчинить себе болезнь. Вы не смогли избавиться от болезни и в обозримом будущем, как Вы сами понимаете, чудо вряд ли произойдет, но Вы смогли подчинить себе болезнь, а не дали болезни подчинить себя. Даже в состоянии депрессии, отчаяния, тревоги и тоски Вы могли каким-то образом адаптироваться: Вы не ждали, когда болезнь отступит полностью, что делают очень многие пациенты. — *Вы понимаете, какая вещь? Вы извините, что я Вас перебую. Здесь, по-моему, сыграло роль другое свойство, биологически мне присущее. Какое-то такое стеническое беспокойство, что я должна непременно добиться цели. Это тоже мое свойство. Тут можно сказать, что эпилептоидность боролась против депрессии.* — Так оно и есть. Вы боец, и Вы смогли использовать маленькие просветы, которые давала Вам болезнь, чтобы за этот промежуток времени сделать столько, сколько другой, может быть, не сделает и за месяц. — *Я так сделана.* — Лекарства, как Вы могли убедиться на себе и читая литературу, не вылечивают причину, а только создают условия. — *Разумеется.* — Я не исключаю, что в будущем симптомы Вашей болезни настолько уменьшатся, что Вы освободитесь от многого, что сейчас Вас беспокоит. — *Хотелось бы верить, но в связи с этим я должна Вам задать один вопрос. Надо сказать, что этот оптимистический вариант, конечно, очень хорош, но иногда жизнь нас*

бьет, ставит в такие условия, что возникает психически значимая травма и мощная на нее реакция. Тем более, что я человек очень чувствительный, сверхчувствительный, и мое поведение во время такой травмы может быть столь "хорошим", что оно перевернет мою жизнь вверх дном. В связи с чем и мой вопрос. Вот, например, ситуация моей последней госпитализации, когда маме пришлось усыпить одну из моих собак. Возможно повторение таких ситуаций? Да, возможно. Я с этой реакцией взрыва отчаяния не справлюсь? Да, не справлюсь, потому что реакция отчаяния такой силы, что это — все, это тупик, конец жизни, лучше бы я никогда не рождалась. Я не могу передать, какое экстремальное, какое крайнее это ощущение. В эти моменты я сознательно обращалась за медицинской помощью, но я надеялась на интенсивное лечение в самые первые дни после этой реакции. А вместо того, чтобы меня интенсивно лечить в течение недели, 10 дней, ну двух недель на крайний случай, меня задерживают на месяц и доводят до депрессии. Неужели нет такого вида помощи и невозможно нигде его добиться, чтобы в этот период, острый период... — Скорой помощи, Вы имеете в виду? — Да, скорой, экстренной помощи, чтобы меня послушали и сделали то, что надо. Но не затягивали. Иначе, если я долго буду там сидеть, я выйду в состояние депрессии. — Эта реакция длится несколько дней? Она не может окончиться за несколько часов? — С такой травмой она за несколько часов не кончится, и потом этот момент, когда она есть, настолько ужасен, что если я по уже имеющемуся плохому опыту госпитализации не попадаю в психиатрическую клинику, то я осознанно совершу что-нибудь неприятное. — Например? — Например, побег из дома. Мама если попадет, отшивырну, чтобы не мешала. — А Вы не можете в этот момент принять лекарства? — Приму, в этот момент не действует. — Даже если это сильнодействующие? — Нет, я, например, в таком состоянии приняла штук шесть аминазина по 25 мг плюс еще какое-то количество лоразепама, и результат — ноль. — А что бы Вы предложили конкретно? — Конкретно предлагала бы: на 10 дней меня забирают, я 10 дней там нахожусь, но с максимально интенсивной терапией, желательно, чтобы я длительное время спала. А они уколуют аминазин — и "гуляй, радость". Я говорю: "У меня сердце разрывается", а мне: "Гуляй!". Я мечтала о том, чтобы мне сделали терапию глубоким сном. Может быть на двое — трое суток, а потом я бы потихоньку из этого выходила. А вместо этого — большие дозы аминазина или большие дозы тизерцина. Вы знаете, что в лоб, что по лбу. — Хорошо, мы подумаем. Спасибо, до свидания.

Врач докладчик: В данном случае можно говорить о дифференциальном диагнозе или о сочетании эпилепсии и шизофрении. В пользу шизофрении говорят признаки искаженного дизонтогенеза в раннем возрасте, опережающее интеллектуальное развитие, черты аутичности, страхи, фантазирования, состояния экстаза, элементы психэстетической пропорции, расстройства поведения в подростковом возрасте, глобальный интерес к философии и философской литературе. Аффективные колебания смешанного характера с витальной тоской в сочетании с двигательным возбуждением, не сопровождавшиеся идиаторной заторможенностью. В настоящее время можно отметить определенные черты психического инфантилизма и элементы регрессивной синтонности, а так

же черты психэстетической пропорции. Она к собакам привязана значительно больше чем к матери.

В пользу же эпилепсии свидетельствуют указания в анамнезе на перенатальные и постнатальные нарушения, отчетливые признаки органического поражения в раннем детстве. Отставание в развитии моторики. Нарушения половой идентификации, садомазохистские расстройства. В дошкольном возрасте возникли расстройства по типу эпилептических эквивалентов, таким же образом можно оценивать и состояния экстаза. Аффективные колебания часто окрашены дисфорическим оттенком, на их фоне вспышки агрессивности, которые напоминают психоэпилептические эквиваленты по Озерецковскому. В дальнейшем при введении больших доз нейролептиков также возникают пароксизмальные расстройства и, наконец, большой эпилептический припадок, который наблюдал лечащий врач. Состояние значительно улучшилось на фоне лечения фенобарбиталом. Таким образом мы все-таки останавливаемся на диагнозе эпилепсии.

Обсуждение

А. А. Глухарева: Мне кажется, что это больная с врожденной эпилепсией. Больна она с раннего детства, у нее и наследственность патологическая. С детства страхи, бредоподобные фантазии, состояния экстаза. Много можно уложить в эпилептические эквиваленты. В пубертате начинаются аффективные расстройства. Бесконечный ряд аффективных расстройств то с витальной, то с дисфорической окраской, то, — как она говорит, — атипичные смешанные аффективные переживания. Но здесь нет характерных для чисто аффективной патологии четких фаз, нет начала и конца. У нее все смешанно: сегодня витальная депрессия, через два дня дисфория. И все это течет с подросткового возраста, а в двадцать лет наступает декомпенсация, и у нее развиваются отчетливые дисфорические состояния. Я думаю, как правило, они в рамках эпилептических эквивалентов. В статусе больной обнаруживаются резко выраженные эпилептические особенности личности. Это обстоятельность, торпидность и вместе с тем истериоформность и очень высокий интеллект. Немногие из нас могут потягаться в беседе с ней в знаниях. Если проводить дифференциальный диагноз с шизофренией, то обращает внимание, что практически нет шизофренических особенностей мышления, несмотря на то, что она больна с детства. Ее сексуальность также укладывается в эпилептические особенности личности. Я думаю, что это эпилептическая болезнь.

М. Е. Бурно: Мне несколько раз приходилось помогать таким пациентам психиатрически и психотерапевтически. Думаю, что это и есть из клинической классической психиатрии та самая аффект-эпилепсия Братуа, которой страдал Лев Толстой, что клинически обосновывали и Сегалин, и Евлахов. Это конституционально генетически обусловленное заболевание.

Формируется особенный сложный эпилептический характер, и мы видим как из детства это происходило постепенно. Характерны эти “крутилки” и “вертелки”, когда она уже в три года крутилась и вертелась. Но основное, конечно, в этой форме эпилепсии — сложные аффективные расстройства. Эти сложные аффективные расстройства, о которых она так чудесно рассказывала, конечно, не по-шизофренически, а по-эпилептически рассказывала. И напряжена она по-эпилептически, нет шизофренической милоты, разлаженности, беспомощности. Эти аффективные расстройства сказываются прежде всего в ее дисфорических состояниях, в которых на первом месте злоба. Ганнушкин писал о трехмерности дисфории: на первом месте злоба, гнев, но обязательно есть и страх, и тоска. Они здесь как бы просачиваются сквозь эту злобу. Прежде всего злоба, о которой она рассказывает очень сочно: родителей стала бить. Злоба и мешает, прежде всего, ей жить. Эти дисфорические параксизмы, дисфорические эквиваленты, от которых она и хотела бы прежде всего избавиться. Она и сама чувствует, что она Бог знает что натворит, если ее не упрячут в этот период в больницу. И она разумно говорит, что хватит с нее там и 10 дней, чтобы избавиться от дисфории и чтобы не накатила больничная тоска. Это уже другое эпилептическое расстройство — эта особая смешанная тоска, почему ее и дифференцируют с шизоаффективным расстройством. Тут больших судорожных припадков может и не быть, а эквиваленты, в основном, аффективные, вегетативные, и нет даже через много лет эпилептического слабоумия. И еще: припадки, эквиваленты часто провоцируются душевными волнениями. Есть содержательная клиническая книга психиатра Евлахова об эпилепсии Льва Толстого. Очень много похожего, до подробностей. И можно это перечислять и разбирать. Эти навязчивости, о которых здесь говорили, весьма свойственны таким больным. Хочется вернуться к дисфорическим расстройствам, к этой ужасной злой раздражительности, которая подробно описана современниками, родственниками Льва Толстого. Совсем молодой Лев Толстой, когда Некрасов как редактор “Современника” напечатал его повесть “Детство”, и было правило, что за первую публикацию автор гонорар не получает, какой он устроил Некрасову скандал, как зло ругался в письме за небольшие поправки и за то, что не заплатили. Вообще эти дисфории Льва Толстого известны. Навязчивости, разнообразные навязчивости, которые говорят здесь об эпилептической ригидности, инертности, навязчивости самого разного содержания, похожие на навязчивости ананкаста, навязчивости психастеника. И что характерно, вместе с лютой авторитарностью, злобностью — тяжелые психастеноподобные переживания. Это очень характерно для больных аффект-эпилепсией. Этим людей в юности даже часто считают психастениками. Есть такие работы о Достоевском, и Лев Толстой, если почитать его юношеский дневник, это такие сложные по-

дробные психастенические переживания, хотя на самом деле конечно, психастеноподобные. Слишком сильно переперчено по сравнению с психастениками. Это мучительный анализ каждого часа своего дня, что я сделал хорошего и что я сделал плохого, и ужасные ругательства в свою сторону, и жестокое унижение своей личности в дневнике. В то же время попросить прощения, как рассказывает больная, это для них проблема, это очень тяжело. Вот такое взаимное растворение жестокого, авторитарного и психастеноподобного, срастание авторитарно-дисфорического и мучительно-психастеноподобного. Она же сама говорит, что безумно терзалась комплексом неполноценности. Роднит ее с Толстым и ярость в отношении национализма. Толстой тоже не мог этого понять и не мог терпеть, и приходил в ярость, когда ему об этом рассказывали.

Здесь нередко бывают и половые извращения. Я не помню, чтобы в таких случаях описывался гомосексуализм, но зоофилические, мазохистические и садистические переживания — это встречалось. Она крепкого, мускулистого, атлетоидного телосложения — для женщины. Чувствуется ее авторитарность, и не переносит она авторитарности мужчин. Это примечательно и психологически понятно.

Что возможно было бы рекомендовать? Как мыслитель, как творческий человек, как человек несомненно одаренный, она, конечно, изучает свою болезнь. И я бы посоветовал ей изучить свою болезнь еще подробнее и изучить жизнь Льва Толстого, переживания их очень похожи. Для чего? Для того чтобы понять и прочувствовать, что все это неразрывно — ее болезнь и ее творческая работа, в которой она на высоте. Что нужно принять эту болезнь как судьбу, что это есть “крест” человека с такой формой творчества как у нее, с такими ее творческими серьезными успехами. Так невозможно разорвать болезнь и творчество Льва Толстого и Достоевского, здесь человек платит одним за другое. Так же и в ее случае это произошло. И, думается, что это может помочь. Помочь ей психотерапевтически принять себя такой, какая она есть, и поблагодарить свою болезнь за свое творчество. И второй момент, я бы просил врачей того отделения, в которое она попадет в следующий раз, выписать ее тогда, когда она сама скажет, до наступления больничной депрессии. И применить всевозможные препараты для того, как она сама говорит и хочет, чтобы она заснула, чтобы она несколько дней проспала, чтобы прошла эта дикая злоба, которой она сама боится.

А. Ю. Магалиф: Больная действительно уникальна. Я еще не видел больной, так грамотно и четко рассказывающей о себе и анализирующей свою болезнь. Каков статус больной? Начнем с ее внешности. Когда она только появилась в зале, еще до конференции, то мы подумали, что это больная с синдромом Дауна. Характерный разрез глаз, такой же облик всего тела, движения угловатые, размашистые, нечто среднее

между мужскими и женскими. Когда она сидит, у нее нормальные женские движения, она по-женски держит голову, улыбается. Когда она встает и ходит, у нее мужские печатающие шаги, угловатые движения, и вся она становится “квадратной”. Может быть это тренировано ею. Мы знаем, что она с детства имеет другую половую идентификацию. Одежда — нечто среднее между женским и мужским деловым костюмом. Рубашка у нее мужская, застегивается она на правую сторону. Перстень ее больше похож на мужской. Вообще ее облик — нечто среднее, что характерно для транссексуалов. Я встречал в своей практике таких женщин, “работающих” под мужчин, они очень похожи на нее. Они старались ходить как мужчины, говорить грубым мужским голосом. Но сексопатолог, который ее смотрел, отметил, что она не изменяет свое тело, как часто делают транссексуалы (бинтуют грудь, так чтобы ее не было видно, занимаются культуризмом и т.д.). Продолжая эту линию, обратите внимание, как она подчеркивала свою физическую силу, говорила, что может подраться, ударить. Это совершенно не вяжется с ее интеллектуальным обликом — старший научный сотрудник, работник музея и будет драться в трамвае, а она, как подросток, бравирует своей мужественностью. Ее речь несколько скандированная, рубленая, командирская. Четкие фразы, четкие быстрые ответы, абсолютно нет рассуждательства, хорошо держит аудиторию. Здесь просматриваются истероидные черты. Ей нравится все это, ей нравится ее роль человека, который выступает. Она моментально взяла в руки бразды нашей беседы, сразу же перешла в наступление. Вместе с тем она не переходила грань, она оставалась пациенткой, уважительно относилась к нашему мнению, подчеркивала необходимость общения с врачом. Особого “застревания”, вязкости я у нее не отметил. Она несколько детализировала свои объяснения, но нельзя не учитывать ее работу ученого, который не пропускает даже мелочей. Она сама подчеркивала свою эпилептоидность.

Как она оценивает себя? На первом месте у нее сознание болезни, и это очень важно. Оно детальное, подчеркнутое. Она говорит о своей болезни как будто со стороны, как будто не о себе. Это нетипично для больных шизофренией. Больные шизофренией, даже с хорошей сохранностью и с глубокой критикой, не проводят такого скрупулезного анализа своей болезни. Если мы рассмотрим отношение к болезни у эпилептиков, то мы тоже не найдем такого, как у нее. Своих припадков эти больные не помнят, и поэтому часто не реагируют на них болезненно, а вот свои жизненные проблемы, объективно связанные с их изменениями личности, дисфориями, ставят на первое место. При этом они в своих проблемах, как правило, обвиняют других. Они очень редко признают бесконтрольность аффекта, агрессивность. А она весьма критически оценивает свои реакции, она согласна с тем, что ее надо стационарировать, более того, она по-

нимает необходимость этого. Она сознает, что социально опасна в этот момент, боится таких состояний. Разве эпилептики боятся своих дисфорий, разве эпилептики просят заранее дать им лекарство, чтобы у них не было этих дисфорий? Этого почти не бывает.

Итак, как же квалифицировать сегодняшней статус больной? Ясно, что он непсихотический. Полностью отсутствуют расстройства восприятия, бредовые расстройства, нет заметных нарушений мышления. Как ни странно, в настоящий момент отсутствуют и аффективные расстройства. У больной, безусловно, сильный интеллект, однако он сочетается со своеобразным инфантилизмом: она, как мы отмечали, хвастает тем, что может подраться, что она физически сильная, до сих пор демонстрирует свою манеру подлаживаться под мужской облик при сохраняющейся застенчивости в сексуальных отношениях. Можно считать, что ее интеллект, творческая продуктивность есть некая сублимация, гиперкомпенсация ее несостоятельности как личности. Таким образом, сегодня ее статус трудно квалифицировать однозначно, уложив его в один какой-нибудь синдром. Ясно одно: перед нами больная с выраженными резидуальными признаками поражения центральной нервной системы, наложившими отпечаток на весь онтогенез.

Теперь о развитии болезни. Больная унаследовала от отца черты, характерные для эпилептоидов. При рождении — тяжелая асфиксия с последующей грубой диссоциацией развития: с года фразовая речь — и неумение завязать шнурки к семи годам, крайне выраженные нарушения моторики. Очень рано появились симптомы, которые при другом сегодняшнем статусе были бы наверняка отнесены к процессуальным: моторные стереотипии, яркое фантазирование, страх смерти, сумасшествия, аутизм, злобность к родителям, рано развивается тревога, ипохондрия, вычурные сенестопатии, эндокринные дисфункции. Все это лишней раз говорит о том, что при очень ранней патологии трудно оценить ее нозологическую принадлежность. Например, у больных с грубо прогрессивной шизофренией, начавшейся в раннем возрасте, к пубертатному периоду можно обнаружить выраженный органический фон, а у больных с ранней органикой (как и у нашей пациентки) — шизофреноподобные расстройства. Определить начало заболевания практически невозможно, она родилась больной. Несмотря на полиморфность расстройств, определяющей симптоматикой на протяжении всей ее жизни в болезни, были циркулярные расстройства. Скорее всего они-то, создавая невероятные трудности в ее жизни, “облагораживали” ее болезнь, сглаживали прогрессиентность. Циркулярные расстройства тесно переплелись с дисфориями. Эпилептические расстройства не вызывают сомнений. Развернутый припадок только один, но множество эквивалентов в виде пароксизмальных приступов ярости, зрительных обманов, самоповреждений. Истероподобная, неврозоподобная симптоматика, вычурные сенестопатии, сочетающиеся-

ся с эпитимией, могут наблюдаться у органиков с эпизиндромом, даже без частых больших припадков. Такие больные действительно часто проявляют недюжинные творческие способности, почти всегда их реализуют за счет упорства, педантичности, бескомпромиссности, самопожертвования и принесения в жертву других, самоотречения. Они действуют по принципу “все или ничего”, на деле добиваясь “всего”.

Какой же у нее диагноз? Он не может быть однозначным. Так как состоит из фрагментов различных нозологических форм. Недаром наша пациентка тоже терялась в догадках, пытаясь поставить себе диагноз. Поэтому его следует формулировать по ведущей патологии. Ею являются эпилептиформные и циркулярные расстройства. Поэтому диагноз: эпилепсия с полиморфными, в том числе личностными, нарушениями на фоне ранней церебрально-органической недостаточности; эндогенные циркулярные расстройства.

А шизофрения? Иногда, слушая анамнез, так и хотелось сказать: “шизоэпилепсия”. Однако для этого потребовались бы развернутые эндогенные психические состояния или отчетливые процессуальные изменения личности. Объяснить все только шизофре-

нией на органической почве тоже невозможно: заболевание протекает с детства, наверняка появилась бы продуктивная симптоматика типа аффективно-бредовых состояний, специфические нарушения мышления, наконец, социальная дезадаптация. Ничего этого нет.

Терапия вполне оправдывает диагноз. Непереносимость нейролептиков и, более того, состояния, напоминающие экстрапирамидно-психотические обострения по И. Я. Гуровичу, подчеркивают раннюю органику; пароксизмы возбуждения с дисфориями наиболее быстро купируются барбитуратами, а эндогенная депрессия — антидепрессантами без выраженного холинолитического действия, которое, как известно, плохо переносят органики. Из нейролептиков я бы попробовал корректоры поведения типа неулептила, долго и в небольших дозах. С другой стороны, она абсолютно права, ей нужно постоянно давать фенобарбитал. Рекомендуются попробовать и карбонат лития, поскольку карбамазепин (финлепсин) она переносит плохо. Следовало бы действительно попросить врачей не задерживать ее долго в стационаре, а ограничиваться купированием возбуждения.

“Инволюционная депрессия или пограничное расстройство?” или еще раз о полинозологическом подходе в психиатрии

(Попытка заочного участия в клинических разборах,
материалы которых публикуются в НПЖ)

Б. Н. Пивень (Барнаул)

В первую очередь хочу отметить, что ставшая в НПЖ постоянной рубрика “Клинические разборы” неизменно привлекает мой врачебный интерес, который с наслаивающимся на него некоторым опытом исследовательской работы ведет к потребности высказывать свои суждения по тем или иным публикуемым случаям. В частности в настоящем письме мне бы хотелось изложить свои соображения о состоянии больной Н. А., клинический разбор которой проводился проф. Н. Г. Шумским и был опубликован в № I журнала за 1999 г. При этом, естественно, я допускаю возможность погрешностей моих оценок, тем более, что они не основываются на очном контакте с больной.

Пожалуй, самое главное, на что обращаешь внимание при знакомстве с материалами разбора, это различие мнений, относящихся к больной, с тенденцией к их противопоставлению. Подобная тенденция предстает в концентрированном виде в обозначении темы разбора: “Инволюционная депрессия или пограничное расстройство?” либо в ряде частных утверждений, таких, к примеру, как: “Психоорганический синдром... надо дифференцировать с депрессией”.

В результате в диагностических заключениях выступавших на разборе специалистов доводы их коллег иногда или просто не учитывались, или даже активно опровергались. Так, проф. Н. Г. Шумский убедительно исключал наличие у больной органического поражения головного мозга, на котором акцентировали свое внимание Т. В. Друсинова, О. Э. Шумейко и Т. Д. Готлиб. В итоге эта патология не нашла места в сформулированном им окончательном диагнозе. В этом же диагнозе аффективные расстройства были расценены как присоединившиеся к истерической психопатии, в то время как врачом-докладчиком С. В. Хануховой — в качестве варианта ведущих нарушений. В равной степени можно продолжить наши рассуждения о психопатии, алкоголизме, инволюционных и иных расстройствах, наличие которых или, напротив, отсутствие и место в клинической картине, имеющейся у больной, обсуждалось выступавшими.

При всем отмеченном разнообразии подчас взаимоисключающих точек зрения о состоянии Н. А., ее случай может оказаться не столь уж сложным, а противоречивость диагностических суждений незначимой. Но для этого нужен принципиально иной под-

ход, а не тот, что использовался при клиническом разборе.

Данный разбор основывался на традиционном для психиатрии и доминирующем в ней методологическом подходе, который был назван мной мононозологическим. Именно он формирует и определяет в последующем такое клиническое мышление врача, которое направлено на диагностику у больного только какого-то одного, “главного”, заболевания. При этом другие виды психической патологии, которые также могут быть у этого больного, не принимаются в расчет или, в лучшем случае, рассматриваются как второстепенные, малозначимые. В неконструктивности такого подхода я многократно убеждался и при исследованиях, и при клинических разборах и не раз писал об этом, в том числе и на страницах НПЖ.

В противоположность мононозологическому мной в свое время был предложен полинозологический подход. Суть его заключается в том, что он предполагает высокую вероятность сочетания у больных разных психических заболеваний.)

Рассматриваемый случай как раз и может быть отнесен к разряду тех, где имеют место сочетанные формы психической патологии. О сосуществовании у нашей больной нескольких заболеваний говорит уже то обстоятельство, что они фигурировали в заключениях выступавших. При этом не меняет сути дела, что одни заболевания назывались чаще, другие — реже. Главное то, что во всех случаях заключения об этих заболеваниях убедительно аргументировались. Поэтому вряд ли можно считать корректными сомнения в отношении верности их диагностики, тем более, что такая позиция ставит вопрос о компетентности врачей, принимавших участие в разборе.

Сочетанные формы психической патологии имеют свои клиничко-динамические особенности. Некоторые из них можно наблюдать у разбираемой больной. Одна из особенностей — полиморфизм, разнообразие симптоматики, которая не укладывается в рамки какого-то одного заболевания. Это и доминирование в разные временные периоды, на разных этапах течения болезненного процесса расстройств, относящихся к разным заболеваниям. Еще одна особенность — взаимовлияние сочетанных заболеваний, в результате которого наблюдается, в большей части случаев, утяжеление общего болезненного процесса.

Не вдаваясь в детали, отмечу, что именно во взаимовлиянии депрессивного состояния, алкоголизма и органического поражения головного мозга, о которых шла речь на разборе, можно видеть причину затяжного многолетнего течения у Н. А. депрессии, прогрессирования алкоголизма и нарастания органической симптоматики.

Знакомство со стенограммой разбора вызвало у меня и ряд частных вопросов и возражений. Так, я не

могу согласиться с проф. Н. Г. Шумским, категорически отрицающим наличие у больной органического поражения головного мозга. Его утверждения, с одной стороны, противоречат данным дополнительных методов исследования (картина глазного дна, неврологический статус, патопсихологическое исследование), с другой — не подкреплены какими-либо клиническими аргументами. Ни в докладе лечащего врача, ни при беседе в процессе разбора я не увидел, чтобы больная была тщательно расспрошена на предмет наличия/отсутствия у нее клинических признаков органического заболевания мозга, равно как она не была расспрошена о возможно перенесенных ею патогенных воздействиях (ч.м.т., нейроинфекции и т.п.), способных, наряду с имеющимся у нее сосудистым процессом, привести к органическому мозговому поражению.

Проф. Н. Г. Шумский, исключая у больной органическое поражение головного мозга, аргументирует это и тем, что у больной нет астении, поскольку Н. А. не проявила ее признаков в процессе длительного разбора. Но здесь принята во внимание лишь одна часть данного своеобразного феномена. Другая же осталась не выясненной. А суть ее заключается в том, что органические астении, как я убеждался не раз, имеют отставленный характер и проявляются после такого рода собеседований или иных каких-то действий, требующих активности больных.

В процессе разбора я увидел и некоторый крен в сторону аргументации психопатии. Так, по оценкам в выступлениях больная предстает “холодным человеком”, ушедшим из дома в связи с трудностями в межличностных отношениях. Но, из доклада лечащего врача: “Жилищные условия больной были очень тяжелыми... Когда представилась возможность разрешить жилищную проблему, переехала жить одна в комнату коммунальной квартиры...”, “Отношения с дочерьми очень теплые. Они говорят, что мать для них во всем авторитет, очень откровенны с ней, по любому поводу советуются, называют ее “жизненным стержнем”.

В то же время я бы обратил большее внимание на значительную роль в генезе депрессивного состояния длительно, более двух лет, тянущейся и не имеющей для больной разрешения психотравмирующей ситуации — потерю работы, на которой она, судя по всему, преуспевала.

И о лечении. Мой опыт показывает, что в подобных случаях необходима комплексная терапия, непременно включающая периодические курсы с назначением дегидратирующих и рассасывающих препаратов и ноотропов. Это не только купирует симптоматику, свойственную органическим заболеваниям головного мозга, но и способствует эффективности лечения сочетающихся с ними других заболеваний, в том числе депрессивных состояний и алкоголизма.

Социальная психиатрия, социальная реабилитация, социотерапия

Из лекции на Всероссийском семинаре

“Социальная реабилитация и права психически больных”

Ю. С. Савенко

К предмету социальной психиатрии относятся такие давно и основательно разрабатываемые НПА России проблемы, как психиатрия и права человека, психиатрия и власть (политика), психиатрия и религия, и мн. др.

Но что такое социальная психиатрия? Этот всегда весьма непростой вопрос в последнее двадцатилетие еще более осложнился кризисом в самой социологии.

В 1995 году на съезде Российского общества психиатров от имени Государственного центра социальной психиатрии и единственной в стране кафедры социальной психиатрии прозвучало такое определение: “Социальная психиатрия — это изучение влияния на психическое здоровье **лишь** собственно социальных, культуральных, этнических и экологических факторов и изучение самих психических расстройств, возникших **лишь** в связи с указанными социальными факторами” [1]. Фактически это повторение определения ВОЗ 1958 года, когда социальная психиатрия была признана самостоятельным направлением, охватывающим социальную этиологию и социальную патологию. Но это безнадежно устаревшее представление, причем устаревшее парадигматически. Оно несет старое представление о причинности и о самом предмете науки. Уже давно обосновано, что предмет науки состоит не в причинах, и не в истоках, а в особом аспекте рассмотрения. Существо социального фактора не в причинном, а в вероятностном подходе. Социальный фактор опосредует любой патологический фактор, но и непатологические тоже.

В 1998 году в третьем выпуске “Независимого психиатрического журнала” мы выступили со своим определением социальной психиатрии [2], а спустя несколько месяцев в четвертом выпуске журнала “Социальная и клиническая психиатрия” его главный редактор проф. И. Я. Гурович поместил обзор современной западной литературы до 1998 г. по социальной психиатрии [3], определяя ее, вслед за проф. Л. Чиомпи, как **составную часть общей психиатрии, которая занимается социальными аспектами любой болезни** [4]. Вот только что значит “социальные аспекты” не обсуждается и остается непроясненным.

Нам тоже близка позиция проф. Л. Чиомпи, но мы не считаем правильным ограничиваться обзорами ли-

тературы в отношении определения понятия социальной психиатрии. Необходимо взглянуть на проблему самостоятельно, не передоверяя целиком этой работы зарубежным коллегам в качестве посредников. Ведь эта работа неизбежно включает фундаментальные принципы, а зарубежные теоретические подходы крайне разнообразны. Среди них значительное место занимают два противоположных взгляда — гиперболизация и даже абсолютизация социального фактора и отказ от самого понятия социальной психиатрии, как многозначного, малосодержательного и просто модного. Это естественное следствие той же абсолютизации. С другой стороны мы не считаем правильным механически копировать западный опыт практики социальной психиатрии. Следует иметь в виду уроки американского опыта:

- крайности правовой модели вместо баланса с медицинской;
- крайности антипатерналистской направленности вопреки извечной традиции медицины;
- крайности деинституционализации, уже схваченные экономическим механизмом (бездомные, в значительном числе психически больные, оседают в тюрьмах, где их содержание значительно дешевле);
- крайности социологизации клинической психиатрии, проникшие даже в определение бреда;
- крайности наивного американоцентризма — рассмотрения своих моделей в качестве универсальных.

Итак, что значит понятие “социальное”? Широко распространенная давнишняя ошибка — считать социальное онтологическим слоем, наряду с биологическим и психическим. Это следствие советской эпохи, когда категория “социальное”, вытеснила категорию “духовное”. Можно сказать, что все духовное социально, но далеко не все социальное духовно. В их неправомерном отождествлении коренится, в частности, утопическое представление о социальном. Между тем, социальное присутствует и в биологическом, и в психическом, что обеспечивает его особую основательность. Отсюда несуразность словосочетания “биопсихосоциальное”, которое не только смазывает разнопорядковость этой триады, но незаметным образом консервирует гипостазирование (объективацию) этих категорий. Человек социален конституционально, он сконструирован от природы социаль-

ным существом. Тем не менее он не сводится к социальному.

Поэтому, помимо **макросоциального** уровня (общественные институты: культура, язык, религия, национальность, гражданство, партийность, профессия и т.д.) и **микросоциального** уровня (принадлежность множеству малых групп разного рода), **социальное** не ограничивается и третьим, **индивидуальным** уровнем (многообразные идентификации личности). **Собственно социальное** — не в каких-либо конкретных ограниченных единствах, которые можно было бы наблюдать извне. Четвертым, **ядерным, собственно социальным уровнем являются конкретные коммуникации**, целокупность множества которых составляет клиническую реальность.

То новое, что характеризует социологию последние десятилетия, выражается в переходе от представления о человеке, как совершенно пассивном объекте социальных сил, к представлению о “человеке действующем” (Ален Турен) [5], но и вне волюнтаристских заострений. Учет этого активного начала, зыбкая надежда на его возрастающую роль в истории (цивилизованный человек имеет по крайней мере тенденцию к большей автономии от стихии среды, хотя периодически и деградирует в тоталитарные эпохи), продиктованы на этот раз отнюдь не скрытым желанием сохранить это последнее прибежище нашего оптимизма, а реальной прогностической несостоятельностью концепций, игнорирующих этот фактор.

Согласно Никласу Луману, особенностями коммуникации, как единственной изначально социальной операции, является нерасторжимость с сознанием и способность к самонаблюдению и различению функционирующих как единство информации, сообщения (намерение отправителя) и понимания [6].

Общее для всех четырех уровней социальных систем, вплоть до мимолетных и малозначимых систем взаимодействия, охватывается теорией социальных систем, четвертый — теорией системы общества. Метатеоретическим или интердисциплинарным уровнем является общая теория систем.

Без такого четкого теоретического членения уточненные дифференциации профессионалов проигрывают простым подходам, оперирующим несколькими основными характеристиками, как это продемонстрировал Генри Киссинджер на примере Рейгана в холодной войне и Сталина во Второй мировой.

Социологическое видение характерно для эпох социальных катаклизмов, быстрых и глубоких изменений, когда даже наивному взгляду открывается изнанка вещей, а идеология общества обнаруживает свою искусственность. Социальные катаклизмы дают толчок и социальной психиатрии, и социотерапии. Снятие цепей Пинелем — это грандиозное социотерапевтическое действие эпохи Великой Французской революции, сделавшее возможным научную психиатрию. Революции 1848, 1905, 1917 вызывали социальные реформы и в психиатрии. Последний мощный толчок такого рода дала так называемая студенческая революция 1968 г. (движение “новых левых”), представлявшая, в частности, антипсихиатрическое дви-

жение. Оно выступило с манифестом, который повлек грандиозные реформы в психиатрии, но вызывал двойственные чувства у психиатров. Первая его половина — протест против тюремного режима психиатрических больниц, сегрегации психически больных, лишения их прав человека, вмешательства психиатрии в общественную жизнь и изоляции инакомыслящих — вызывали солидарность, а вторая — отрицание объективности психиатрической диагностики, отрицание биологических методов терапии, отрицание реальности самой психической болезни, утверждение, что психиатрия — форма социального контроля, а психиатры — своего рода полицейские, — вызывало протест [7]. Хотя мы использовали понятие “антипсихиатрическое движение” по отношению к деструктивной части манифеста, нельзя не видеть, что и его позитивная часть — вполне правозащитная и гуманная — исходит из того же самого общественного движения, которое в значительной мере питалось и отталкивалось от ставшего широко известным советского опыта использования психиатрии в политических целях. Полезно помнить, что существенный прорыв социальной психиатрии обязан злоупотреблениям психиатрией.

Что значит видеть, мыслить и понимать социологически?

Это значит — чисто рационально, вне всех предрассудков, всех авторитетов, всех ценностей, кроме собственной научности и того, что непротиворечивым образом может быть обосновано рационально. Не случайно социология — это дитя эпохи Просвещения, по замыслу Огюста Конта — королева наук, взамен теологии, где место Бога заняли критический Разум и вера в Прогресс. Видеть социологически это значит видеть непочтительно, разоблачительно, видеть за-кулисное, за-фасадное, за-парадное, под-коверное, сквозь все личины, роли, маскировки, иллюзии. Так социология религии обнаруживает ее функцию социального контроля и такую же структуру власти в церкви, как в любом ведомстве или фирме, социология знания — механизмы ангажированности, социология науки — корпоративные интересы и мафиозные черты научных школ и т.д. и т.п. [8]. Поэтому все режимы, которые держатся не на разумном рациональном устройстве, а на авторитете вождя, то есть, в первую очередь тоталитарные режимы, запрещали и до сих пор запрещают социологию.

Определение “социальный” (“общественный”) в социологическом смысле ограничивается значением “взаимодействия”, а наиболее точно по Макс Веберу “ориентации в своих действиях на других”. Социологический подход — это сосредоточение на взаимоотношениях людей, на том, как они организуются во всевозможные общности, институты, на коллективных идеях, которые определяют деятельность людей, на том, как действует система в целом с позиции всех конкурирующих сторон.

Каждый из нас изначально, стихийно сам — социолог. Ибо социология — это “знание, необходимое для жизни в сообществе с другими людьми” (З. Бауман). Социологический аспект — это **рациональный**

смысл человеческого взаимодействия, это критический здравый смысл, здравый смысл, превращенный в науку. Он отличается от обыденного здравого смысла четким разграничением ответственных и непроверенных мнений, опорой на совокупный, а не только свой индивидуальный опыт, отказом от демонизации и персонификации событий и постоянной готовностью к переинтерпретации обыденного опыта [9].

Социология объединяет две позиции, два взгляда на общество: человек в обществе и общество в человеке. Согласно Эмилю Дюргейму “предмет социологии — социальная реальность, состоящая из социальных фактов, то есть всевозможных способов действия, способных оказывать на индивида внешнее давление, независимо от его индивидуальных проявлений” [10]. Социальные факты — суть “вещи”, столь же объективные, как “явления природы”. “Вещь” — это нечто вроде стены, о которую можно сколько угодно, как говорится, “биться головой”. Эта позиция, акцентирующая всевозможные институции общества и объективирующая их, длительное время преобладала в нашей стране. Западная социология давно уравнивала эту крайность концепцией интериоризации и всем тем, что часто неправомерно называлось социальной психологией. Наиболее авторитетным оставалось наследие Макса Вебера, согласно которому предмет социологии — “социальное действие, то есть поведение, ориентированное на других и связанное с субъективно подразумеваемым смыслом”. Это смысловая связь поведения, а не социальные тотальности типа общества, государства, народа. Субъектами действия могут быть только отдельные индивиды [11].

Роковую роль для послевоенной советской психиатрии сыграла широко распространенная и характерная для нее ошибка считать смысл и понимание предметом психологии. Отсюда курьезная критика за психологизм и исключение из клинического обихода выдающегося критерия понятности Ясперса, критерия, введение которого как раз позволило объективизировать дифференциацию паранойяльного развития личности и паранойяльного бреда — типового диагноза политических диссидентов. Курьезность критики состояла в том, что она адресовалась самому радикальному антипсихологизму.

Как раз разведение смысла, как объективного содержания сознания, и субъективных психических актов является общим основанием предельного антипсихологизма наиболее авторитетных философских направлений нашего времени — феноменологического, начиная с Эдмунда Гуссерля, и аналитической философии, начиная с Готлоба Фреге. Смысл — предмет теории нозм и семиотики, а не психологии [12]. Аналогична позиция Макса Вебера (“О некоторых категориях понимающей социологии”, 1913) [11], под влиянием которого (еще большим, чем Гуссерля) находился Карл Ясперс, для которого М. Вебер был воплощением того, каким должен быть философ и личным образцом [13].

Проф. А. Б. Смулевич после нашей критики ограничился лишь снятием соответствующего абзаца из недавнего (1998) английского издания своей монографии о паранойе, сыгравшей крупную роль в грубо расширительной диагностике паранойяльного бреда [14].

Современные определения социологии остаются в русле, сформулированном Максом Вебером, акцентируя вклад в социологию феноменологического направления Альфреда Шютца и символического интеракционизма Герберта Мида [15]. Предмет социологии — знания и понимание, определяющие поведение рядовых членов общества в повседневной жизни или “социально сконструированная реальность” (Питер Бергер, Томас Лукман) [16].

Соответственно этому в самом общем виде предмет социальной психиатрии можно было бы определить как механизмы деформации, разрушения и восстановления социальной реальности.

Разграничение социальной психологии и социологии — до сих пор смутная сфера для многих современных социологов и социальных психологов. Многие монографии по “социальной психологии” не соответствуют своему названию и представляют по большей части раздел социологии. Непроясненность взаимоотношения этих наук чревата серьезными последствиями. Между тем еще три четверти века назад, в 1926 году, выдающийся философ, зачинатель отечественной феноменологии Густав Густавович Шпет, оригинальный последователь и друг Гуссерля (расстрелянный в 1937 г.), в своей монографии “Введение в этническую психологию” [17] обсудил эту проблему, пожалуй, наиболее доказательным и глубоким образом.

“Если мы станем изучать сходное членов пары, мы не выйдем из общей психологии, и тогда для нас переживание подражающего и вызывающего подражание, внушающего и испытывающего внушение, изъясняющего и понимающего и т.д., не отличаются одно от другого. Но если мы изучаем само отношение двух субъектов, беря последних в их индивидуальности, тогда все это целое, состоящее из “отношения” и двух его определителей, представляет собой новый объект изучения *sui generis*, интерсубъективность или интерпсихологическое (Тард)... Нередко эти отношения пары, как минимального социального элемента, с элементарным понятием “общения”, — характеризуются как социально-психологические. Но это неверно. — Психологическое участвует не в самом взаимодействии, а в единицах, входящих во взаимодействие. Взаимодействие — предмет изучения социологии, подобно тому, как механика изучает “движение”, а не “тела”. Причем не любое взаимодействие, а только осуществляющееся во внутренне организованных группах” [17, 330–343].

Социальность выступает в двух практически важных измерениях: как мера внутренней организованности группы и как мера установки личности на совместную деятельность и социальные ценности.

1. Толпа как масса или множество единообразных и единообразно себя ведущих элементов вообще ли-

шена социальности и выходит за пределы предмета социологии.

2. Статистические выборки по различным основаниям представляют совокупность произвольных членов и, таким образом, минимальный уровень социальности. Тем не менее до сих пор это источник основного массива эмпирических данных по социальным проблемам. Это примерно тоже, что добывать золото из морской воды.

3. Формальные группы — искусственно составленные группы произвольных членов, объединенные общей деятельностью.

4. Неформальные группы — естественным образом сложившиеся группы, объединенные общими целями в жизни и деятельности. Это оптимальный уровень.

5. Тоталитарные группы — тотально контролируемые группы из членов, нивелированных энтузиазмом общей цели с авторитарным лидером (гиперпекающая семья, религиозная секта, революционная или криминальная ячейка, “ударная бригада” и т.д.).

Что касается второго измерения, то известный опросник Гордона Олпорта позволяет определить профиль ценностных ориентаций и, таким образом, соотносительные место и меру социальных ценностей в рамках социального типа:

1. Асоциальные типы.
2. Гипосоциальные типы.
3. Социальные типы.
4. Гиперсоциальные типы.

Это ценностное измерение не тождественно психологическим — мотивационному (шкала уровня побуждений) и характерологическому (волевому):

1. Абулические типы.
2. Гипобулические типы.
3. Нормобулические типы.
4. Гипербулические или паранойяльные типы.

Предметом социальной психиатрии является не целостно взятый конкретный больной, а то в его психопатологической симптоматике, что характеризует его как представителя множества различных популяций, а также групповые психопатологические реакции и состояния.

Особняком стоит микросоциальная психиатрия, предмет которой — **особенности и зависимости психопатологической симптоматики и поведения психически больных от внутригрупповой динамики и различных характеристик малых групп, и восстановление социальных навыков***. Фактически это практическая социальная психиатрия, охватывающая разнообразные формы социальной реабилитации.

Социальная реабилитация — объект многих дисциплин и осуществляется группой специалистов из психиатра, психотерапевта, психолога и социальных работников. В этой профессиональной группе складывается своя собственная непростая система отно-

шений с непостоянством лидерства. В любом случае на этот процесс получают возможность влиять сами больные.

Исторически сложилось так, что профессия социального работника, когда она только конституировалась в США, выбрала в качестве “профессиональной модели” для подражания профессию психиатра. В результате, — по словам П. Бергера, — “американская теория социальной работы по большей части представляет собой версию психоаналитической психологии, — своего рода фрейдизм для бедных... Она не только имеет мало общего с социологией, но и слишком односторонне подходит к социальной реальности... Но даже если не говорить о крене социальной работы в Америке в сторону психологизма, все равно образ социолога как руководителя социальной работы, был бы неверен. Социальная работа, независимо от ее теоретического обоснования, — это особый вид общественной практики, а социология — не практика, а попытка понять... В этом отношении дальнейшее развитие социологии принесет большую пользу социальной работе и избавит нас от необходимости погружаться в мифические глубины “бессознательного” для объяснения тех явлений, которые, как правило, вполне осознаваемы, более просты и социальны по своей природе” [8, с. 12 – 13].

Многодесятилетний опыт западной социальной психиатрии, в частности групповой психотерапии и социальной работы в психиатрии, обнаружил, наряду с успехами, также и свои отрицательные проявления, систематизации которых посвящена большая и не всегда доброжелательная критика. Наиболее часто подчеркивается нередкая ситуация, когда лидерами малых групп становятся люди из числа самих больных или персонала всех звеньев, которые пользуются своим положением для изживания собственных комплексов и влечений (грубое доминирование, садизм и т.п.). Эти побочные действия психотерапии оказываются серьезнее психофармакотерапевтических. Эту проблему с большой художественной силой и правдивостью передали роман Кизи и его экранизация Форманом.

Социальная реабилитация психически больных охватывает, как известно, три стадии: профилактику, лечение, возвращение к прежней жизни. На каждой из этих стадий удельный вес социотерапии, биологических методов, психотерапии, а также духовной поддержки существенно меняется, но всегда представляет взаимосвязанную систему мер, обеспечивающих друг друга.

Социотерапевтические методы, особенно на макроуровне, в высокой мере зависят от организации общества: доиндустриального, индустриального или постиндустриального. Большое значение имеют также культуральные особенности.

Полноценное использование средств в области социальной реабилитации требует разработанных концептуальных моделей, которые строились бы на реальной ситуации каждого региона. Это первоочередная задача специалистов по социальной реабилитации на местах. Какие конкретные формы примут те

* Основой микросоциальной психиатрии, также как микросоциальной психологии и микросоциологии, является теория поля Курта Левина.

или иные методы социотерапии и целесообразны ли они вообще, обосновывать и решать им.

Наряду с этим есть немало универсальных принципов социальной реабилитации, все еще не воплощенных в жизнь. Это прежде всего реализация давно признанных классическими положений:

1. Развернутая многомерная диагностика, не ограничивающаяся четырьмя осями DSM-IV (психическая болезнь, психическая патология, соматический диагноз, средовые факторы), но включающая также функциональный диагноз (Д. Е. Мелехов) [18], то есть характеристику сохранных возможностей личности.

2. Клинико-экспериментальное обеспечение возможности объективизации указанных измерений.

3. Наличие общей концепции личности, которая только и позволяет осуществить полноценную интерпретацию полученных данных.

Еще 25 лет назад мы выдвигали концепцию социальной реабилитации [19], основная идея которой состояла в следующем. Был составлен тезаурус, т.е., открытый список всех известных личностных компенсаторных механизмов, и дана их многоосевая типология. Имелось в виду описать на языке компенсаторных механизмов личности

1) больных, подлежащих реабилитации;

2) методы социо- и психотерапии;

3) требования реальных профессиональных ролей для реабилитируемых, то есть, их социопрофессиограмм.

Это позволило бы достичь концептуально ясного, целенаправленного практического выхода.

Используемые в процессе реабилитации психически больных методы и методические приемы постоянно обнаруживают свою многомерность и невозможность отнесения к какой-то одной классификационной рубрике. Подобно тому, как целый ряд психотропных средств обладает еще и соматотропным действием, реальные методы реабилитации, подчас одновременно являются био-, социо- и психотерапевтическими. Даже фармакотерапия имеет и социо- и психотерапевтическую составляющие.

При этом, с другой стороны, социотерапия является предпосылкой и основой всех других био- и психотерапевтических техник. Таким образом, это не техника, наряду с другими техниками, а подоснова и постоянный контекст для всех других, которые могут быть лишь вкраплениями [20]. Многообразные факторы социальной среды, по мере того, как мы научаемся их контролировать, превращаются в социотерапевтические методы.

Если **цель психотерапии** — помочь разобраться в своих индивидуальных конфликтах, внутренних и ситуационных, и научиться самоконтролю, укрепив и расширив систему компенсаторных механизмов личности, то **цель социотерапии** — встроить больного в реальный социум, обеспечить конструктивную коммуникацию в своей микросоциальной среде и следование установленным правилам. **Социотерапия представляет целенаправленную опору на собственно социологические факторы разного рода, что**

определяет ее огромное разнообразие. На макроуровне это:

1) принцип нестеснения (приоритет добровольности, открытые двери и т.п.);

2) партнерское отношение общества к психически больным и психиатрической службе (пока наша реальная ситуация противоположна этому: mass-media тиражируют негативные обывательские мифы вплоть до такого — “они хуже бандитов”; идет буквально охота за информацией о “состоящих на учете” и т.д.);

3) правовая регуляция психиатрической помощи и ее постоянное совершенствование;

4) механизмы реализации записанных в Законе прав (“негосударственная служба защитников психически больных”, квоты и льготы, обеспечивающие рабочие места);

5) попытки добиться в качестве альтернативной военной службы работы санитарями в психиатрических учреждениях;

6) инициирование и поощрение на государственном, региональном и муниципальном уровнях различных непрофессиональных общественных организаций и различных форм благотворительности;

7) новые организационные формы психиатрической службы (различные формы полустационаров, переход от психиатрических больниц к психиатрическим отделениям в общих больницах и от ПНД к кабинетам в общих поликлиниках).

На микросоциальном и индивидуальном уровне это:

1) получившее глубокое обоснование у Петра Алексеевича Кропоткина использование эффекта заботы, помощи и взаимопомощи, а также различных факторов сплочения группы;

2) опора на референтную (неформальную) группу, начиная с семьи и ближайших друзей;

3) групповая и семейная психотерапия;

4) акцент на исполнение не индивидуальных, а социальных ролей, что составляет различие психодрамы и социодрамы;

5) ориентация и на социальные духовные ценности;

6) опора на понимание социальной символики;

7) тренаж коммуникаций;

8) опора на социальный аспект речи, например, табуирование алкогольного и наркоманического жаргона для отчуждения от соответствующей среды;

9) участие в групповых и массовых ритуалах, обрядах, общественных движениях;

10) создание необходимого “социального настроения” или так называемой психологической атмосферы в группе и учреждении в целом (специальный подбор персонала и т.п.);

11) организационная структура как таковая, например, самоуправление, “психотерапевтическое общество”, клубы и т.п., особенности воздействия различного состава и построения терапевтических групп;

12) социально приемлемая организация времени больных в разных масштабах и отношениях;

13) уяснение и углубление понимания социальных процедур и действующих правовых норм, и реалистичная социально адекватная организация последовательности усилий больных;

14) сама по себе ритуализация лечебного воздействия и ее легитимность;

15) образовательные программы по психиатрии для психически больных;

16) трудовая и спортивная терапия.

Плавный переход от поочередного прояснения и тренажа этих приемов к формированию определенных навыков и способности к их свободному творческому сочетанию соответственно конкретным ситуациям, вначале игровым, а затем реальным, представляет естественную последовательность тренажа как врачей, так и пациентов.

Социотерапия, а точнее социотерапевтическая составляющая различных методов, приносит тем больший успех, чем более осмысленно, адекватно и целенаправленно применяется.

В заключение стоит хотя бы эскизно очертить, что говорит социология о современной ситуации и тенденциях ее развития.

Смута в обществе, смута в умах — явление не только российское и не только последнего десятилетия. Просто у нас все это на порядок острее, но в унисон глобальным мировым процессам. Американские социологи давно выяснили отсутствие серьезных социологических различий между капиталистическими и некапиталистическими индустриальными обществами. Это варианты одного типа, а не различные стадии. Исследования 90-х годов показали, что за последние 20 лет в США снизились гражданская активность и доверие к государственным институтам в силу привычки полагаться на государство и реакции на неоправданные ожидания. А ведь американцы — «наиболее доверчивая и наиболее граждански ориентированная нация», которая живет в наименее огосударственной стране. У нас — тоталитарное наследие с презрительным отношением к общественным институтам и отдельной личности имеет тысячелетнюю традицию.

Итак, современная ситуация (как она видится социологам) определяется повсюду тем, что мы не доверяем никаким лозунгам и никаким идеологиям, Мы перестали доверять государству, законодателям, судам, mass media. Кризис доверия ко всему, вплоть до близких людей, разобщает, атомизирует общество, снижает уровень его социальности.

Один из ведущих современных социологов Алан Турен подробно показал распад за последнюю четверть двадцатого века понимания прогресса [5]. Общественные движения, революционная идеология и демократическое устройство государства, которые воспринимались на протяжении 200 лет как тесно взаимосвязанные и соответствующие друг другу стороны одного единого процесса, распались на совершенно различные, даже противоположные направления развития.

Революционная идеология перестала поддерживаться даже учениками Ж.-П. Сартра, слишком очевидным стало завершение всех революций диктатурами, в условиях которых «гражданское общество» и «социальное» как таковое исчезают, заменяясь политикой.

Гражданское общество со своими общественными движениями отделилось от политического устройства государства. Общественные движения в странах, где самое настоящее — экономическое развитие и национальная независимость, идентифицируются с защитой прав большинства и оказываются подчиненными политике. На примере развитых стран видно, что по мере решения экономических проблем общественные движения переходят от политики (то есть, завоевать и переустроить общество) к защите индивида, малых групп и различных меньшинств от государства, то есть деполитизируются. Наиболее действенным средством создания гражданского общества является по Турену консолидация и развитие всевозможных объединений и групп по интересам. Примером такой организации может служить наша НПА России.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дмитриева Т. Б. Предмет социальной психиатрии // XII съезд психиатров России. М., 1995. С. 62.
2. Савенко Ю. С. О предмете социальной психиатрии и социологии психиатрии // НПЖ. 1998. № III. С. 14 – 22.
3. Гурович И. Я., Сторожаскова Я. А. Социальная психиатрия и социальная работа в психиатрии // Клинич. и соц. психиатрия. 1998. № 4. С. 5 – 17.
4. Ciompi L. Sozialpsychiatrische Lernfalle. — Bonn: Psychiatrie Verlag, 1985.
5. Турен А. (Touraine A.) Возвращение человека действующего. — М., 1998.
6. Луман Н. (Luhmann N.) // Теория общества — М., 1999. С. 196 – 232.
7. Савенко Ю. С. Социально-политическая сущность антипсихиатрии // НПЖ. 1991. № I. С. 19 – 24.
8. Бергер П. (Berger P.) Приглашение в социологию. — М., 1996.
9. Бауман З. (Bauman Z.) Мыслить социологически. — М., 1996.
10. Дюркгейм Э. (Durkheim E.) О разделении общественного труда. Метод социологии. — М., 1991.
11. Вебер М. (Weber M.) Избранные произведения. — М., 1990. С. 495 – 546.
12. Суровцев В. А. Аналитическая философия и феноменология // Шпет Г. Г. Вторые Шпетовские чтения. — Томск, 1997. С. 145 – 162.
13. Ясперс К. (Jaspers K.) Речь памяти Макса Вебера // Вебер М. Избранное. Образ общества. — М., 1994. С. 553 – 566.
14. Смуглевич А. Б., Щурина М. Г. Проблема паранойи. — М., 1972.
15. Шютц А., Мид Г. (Schutz A., Mead H.) // Американская социологическая мысль. — М., 1994.
16. Бергер П., Лукман Т. (Berger P., Luckmann T.) Социальное конструирование реальности. — М., 1995.
17. Шпет Г. Г. Психология социального бытия. — Москва – Воронеж, 1996. С. 261 – 372.
18. Мелехов Д. Е. Социальная психиатрия и реабилитация психически больных // Основы социальной психиатрии и социально-трудовая реабилитация психически больных. А. С. Тиганов (ред.). — М., 1981. С. 4 – 14.
19. Савенко Ю. С. В кн.: Проблема психологических компенсаторных механизмов и их типология. С. Ф. Семенов (ред.). — М., 1974. С. 95 – 112.
20. Дёрнер К., Плог У. (Dörner K., Plog U.) Заблуждаться свойственно человеку. — СПб, 1997.

Польский опыт социальной реабилитации и обеспечения прав психически больных

Л. Н. Виноградова

21 – 28 марта 1999 г. Хельсинкский Фонд по правам человека в Варшаве провел очередную школу по правам человека. Такие школы для представителей неправительственных правозащитных организаций проводятся с 1994 года, первоначально — один раз в год, в последнее время, в связи с большим количеством желающих, — дважды в год. На зимние школы приглашают тех, кто уже участвовал в летних и имеет опыт работы.

В этом году школа была посвящена мониторингу прав человека в различных закрытых учреждениях, в том числе психиатрических больницах. Участникам школы предоставили возможность посетить одну из старейших польских психиатрических больниц в пригородах Варшавы.

Построенная в 1891 г. по повелению императора Александра III, больница занимает территорию в 508 гектар. Практически все постройки полностью сохранились до наших дней, а клуб пациентов и здание администрации в стиле модерн охраняются как памятники польской культуры. Расположенная на территории больницы православная церковь в 1929 г. была переоборудована в костел и ежедневно принимает всех желающих — как пациентов, так и жителей окрестных воеводств.

Больница обслуживает ряд воеводств с общей численностью населения в 1,5 млн. человек. Первоначально в ней было 2600 коек, сейчас — 1060, из которых 830 являются собственно психиатрическими, 45 — неврологическими, 40 для больных с алкогольными психозами, остальные — реабилитационные (дневное отделение и лечение в среде пациентов). Реабилитационные отделения помогают адаптировать больных с длительной госпитализацией к последующей жизни вне больницы.

Штат больницы укомплектован психологами, квалифицированными медсестрами, инструкторами трудотерапии и социальными работниками. В некоторых отделениях, в первую очередь, реабилитационных, врачей может вообще не быть. Их вызывают при необходимости консультации.

Реформа психиатрического лечения началась в Польше с начала 90-х годов и получила мощную поддержку в 1994 г. в связи с принятием Закона об охране психического здоровья. Под девизом “Помощь должна быть доступна” акцент был перенесен на дифференцированное социо- и психотерапевтическое предложение: сеть дневных стационаров, клубы пациентов, центры общественной поддержки, мастерские социотерапии, гостиницы для людей с психическими расстройствами, специальные охраняемые квартиры. В основе организации психиатрической помощи — идея о том, что больные должны быть активными участниками процесса лечения и реабилитации. Отсюда

широкая поддержка непрофессиональных общественных организаций, организаций самопомощи.

В больнице работает совет больных, действуют две общественные организации — “Общество друзей Творок” (Творки — название местности, нечто вроде наших “Белых столбов”) и Общество семей и друзей больных “Шанс”. Общества занимаются организацией досуга больных, выполняют различные проекты, один из которых — “Вместе в искусстве и жизни” — оказался особенно успешным. Больница обратилась с призывом к известным художникам мира устраивать совместные выставки их произведений и работ душевнобольных. Художники живо откликнулись и стали жертвовать свои картины для продажи на выставках. Вырученные деньги направляют на развитие арт-терапии. На прошедших выставках, которые были организованы в лучших галереях Варшавы, Парижа и Копенгагена, были выставлены на равных картины известных художников и психически больных. Это кардинально изменило отношение к больным членам их семей, да и их самим. Больные стали открыто выступать в средствах массовой информации, выезжают за рубеж, а семьи смотрят теперь на них как на кормильцев, а не обузу. “Благодаря болезни, я счастлив”, “Благодаря болезни, у меня есть друзья”, “Благодаря болезни, я гражданин Европы” — вот что пишут больные, участвующие в проекте.

Издается ежеквартальный бюллетень пациентов. В нем образцы творчества больных, их впечатления о больнице. Клуб больницы открыт как для больных, проходящих лечение, так и тех, кто уже выписан. Здесь работает студия художественного творчества и кружок любителей поэзии, устраивают концерты и регулярные спортивные занятия. Театральный ансамбль состоит из больных и сотрудников больницы. Регулярные тренинги социальных навыков и беседы на различные темы позволяют больным не терять связь с внебольничной жизнью. Больных возят на экскурсии, устраивают праздники. За всем этим, как и за недавно созданной гостиницей для больных на 8 мест, следят общества родственников, а средства изыскиваются из внебюджетных фондов, например, программа Европейского Союза ФАРЕ, Фонд Батория и т.д. Инициатор и организатор обществ родственников — директор клиники.

Психиатры следят за тем, чтобы уважались права и достоинство пациентов. Одним из важных условий являются хорошие условия содержания в клиниках. 28000 психиатрических коек в 1995 г. превратились к настоящему времени в 17000 — в пользу улучшения условий пребывания (норма — 6 кв м на 1 койку). Средний срок пребывания в больнице — 50 дней.

В последние годы открыто несколько психиатрических отделений в больницах общего профиля (60 отделений — 400 коек), и число их будет расти. Создано 17000 мест в специальных домах для больных-хроников.

Раньше финансирование психиатрической помощи осуществлялось из центрального бюджета, и денег не хватало, сейчас — из касс больных и местных бюджетов. Внебюджетное финансирование, которое широко распространено в Польше, целиком зависит от инициативы больницы. На местные власти возлагается обязанность организовать реабилитацию больных в отделениях дневного пребывания, домах помощи общин и т.п.

В НПЖ, 1998, № II, был опубликован подробный анализ польского Закона “Об охране психического здоровья”. Отметим еще раз отдельные положения, касающиеся соблюдения прав человека.

Закон готовился при активном участии польских правозащитников, и особенно жаркие споры разгорелись по вопросу о возможности **недобровольного лечения** психотропными препаратами. Правозащитники полагали, что меры недобровольного порядка в отношении лиц с психическими расстройствами должны ограничиваться изоляцией. Психиатры отстаивали свое право на медикаментозное лечение, и их позиция возобладала. Однако в Законе появилась ст. 24, касающаяся тех лиц, которые в связи с расстройствами психики представляют угрозу собственной жизни или жизни и здоровью других людей, однако “существуют сомнения относительно наличия психической болезни”. Такой человек может быть помещен в ПБ сроком не более чем на 7 дней, **без лечения**.

Недобровольное стационарирование осуществляется примерно в тех же случаях, что предусмотрены в Законе РФ, однако специально оговаривается что врач “**обязан** разъяснить психически больному причины госпитализации без его согласия и проинформировать психически больного о его правах” (ст. 23.3).

Для помещения лица с психическими расстройствами в больницу требуется письменное согласие пациента и решение врача (на основе проведенного им лично обследования) о необходимости такого лечения. При этом под **согласием** понимается “свободно выраженное согласие лица с расстройствами психики, которое — независимо от состояния психического здоровья — **действительно способно понять доступную информацию** о цели госпитализации в психиатрическую больницу, своем состоянии здоровья, планируемых методах диагностики и режиме лечения”. Неспособность пациента выразить согласие фиксируется в медицинской документации, которая предъявляется посещающему больницу судье. Благодаря такому подходу в Польше госпитализируется в недобровольном порядке 4 % пациентов, и еще 16 % лечатся без согласия в связи с тем, что по состоянию здоровья неспособны свободно выразить свою волю.

Госпитализация несовершеннолетних и лиц, лишенных дееспособности, происходит на основании

письменного заявления законного представителя, однако если речь идет о несовершеннолетнем старше 16 лет или о человеке, лишенном дееспособности, но способном выразить согласие, требуется согласие данного лица. При наличии противоречий между пациентом и его законным представителем, вопрос о госпитализации решает опекунский суд (ст. 22.4). Врач, участвовавший в недобровольном помещении в ПБ, не может участвовать в судебном разбирательстве.

Человек имеет право в любой момент отказаться от лечения, также как и, наоборот, дать свое согласие. В обоих случаях, в целях исключения возможности давления, суд заслушивает пациентов.

Если по мнению суда судебное разбирательство требует участия адвоката, суд назначает его, даже без соответствующего заявления пациента, если тот по состоянию своего здоровья не может обратиться с таким заявлением (ст. 48.2). При необходимости суд может назначить человеку, находящемуся в ПБ или в доме социальной помощи, попечителя для ведения всех или некоторых дел пациента. При этом суд сам определяет обязанности и полномочия такого попечителя (ст. 44).

Судьи обладают правом беспрепятственного доступа в ПБ в любое время дня и ночи, и это **существенно дисциплинирует персонал**.

Охраняется право больного на частную и семейную жизнь, свободу совести и вероисповедания. В Законе зафиксировано право на неограниченные свидания с членами своей семьи и другими людьми, тайну корреспонденции и временное пребывание вне больницы (отпуск до двух недель) (ст.ст. 13, 14).

Есть и отдельный Закон о правах пациентов.

Особенно строго охраняется медицинская тайна. Врач, получивший от своего пациента сведения о совершении им правонарушения, не имеет права регистрировать их в истории болезни, **не может сообщить их никому, даже суду и следствию**, и не может выступать экспертом и свидетелем в суде (ст.ст. 51, 52).

Институт защитников прав пациентов (по примеру Голландии) обсуждался, но не нашел своего отражения в Законе, в связи с отсутствием опыта. Между тем, сегодня в Польше есть уже 11 уполномоченных по правам человека, которые работают в психиатрических больницах. Впоследствии все 49 польских больниц будут иметь своего уполномоченного. Они независимы от органов здравоохранения, а многие назначены непрофессиональными общественными организациями.

В Польше и непрофессиональные, и профессиональные общественные организации тесно сотрудничают с правозащитниками, и это обеспечивает строгое соблюдение прав человека на всех этапах оказания психиатрической помощи. В основе социальной реабилитации лежит стремление добиться реализации всех политических, гражданских и социальных прав людей с психическими расстройствами, сделать их полноправными членами общества и не допустить никакой дискриминации.

Концепция “реабилитационного пространства”

(из выступления на Всероссийском семинаре

“Социальная реабилитация и права психически больных”)

О. В. Зыков*

Я хотел бы отказаться от традиционного разговора профессионалов и предложить Вам несколько иной взгляд на организацию детско-подростковой наркологической службы.

Прежде всего, нельзя вырывать тему детско-подростковой наркологии из контекста других девиаций у детей. Нельзя отказываться от идеи защиты ребенка. Пока мы не научимся грамотно, не декларативно, не кликушески защищать наших детей, они будут платить нам девиантным поведением, в том числе употреблением алкоголя и наркотиков. Исходной позицией должен быть доверительный контакт с ребенком, который нужно создать как технологию. Мы сформировали нашу собственную концепцию, которую назвали концепцией реабилитационного пространства. Условно можно разделить эту концепцию на три аспекта: организационный, информационный и правовой. Они очень тесно связаны и не могут быть реализованы поодиночке. Концепция реабилитационного пространства представляет собой некий дом, где кирпичики — это организационные мероприятия, о которых я буду говорить, цементирующим фактором являются информационные процессы, а фундаментом, базисом являются правовые вопросы, тема ювенальной юстиции.

Как обеспечить первичный доверительный контакт с ребенком? К сожалению, сегодня основная часть реабилитационных программ оторвана от жизненных реалий. В ее основе — такой горе-реабилитатор, который сидит в некоем здании за столом, в белом халате, и “реабилитирует” ребенка, которого к нему насильно привели. Таким образом, сразу нарушается исходный принцип доверительного первичного контакта. Совершенно очевидно, что первичный контакт может реализовываться только на основе тех принципов и правил, которые предъявляет нам молодежная среда, и возможен только там, где дети нормально себя чувствуют: на улице, в подвале, в подворотне, на дискотеке и т.д. Отсюда понятна необходимость уличной социальной работы. Между тем уличная социальная работа отсутствует в перечне тех государственных мероприятий, которые должны стать костяком социальной работы с детьми. В некоторых документах Министерства труда и социальной защиты уличная социальная работа упоминается, но в жиз-

ни она практически не воплощена. Мы создали институт уличных социальных работников внутри нашего фонда полтора года назад. Принцип отбора прост: это должны быть достаточно молодые люди, имеющие определенный уровень профессионализма, которые, с одной стороны, психологически не оторваны от молодежной культуры, а с другой — с ними можно обсуждать проблемы девиантной среды на профессиональном языке. Как правило, это студенты 4–5 курсов психологических факультетов, или наши коллеги — молодые доктора.

В настоящее время в г. Москве есть два высших учебных учреждения, которые готовят социальных работников: Московский государственный социальный университет и Институт молодежи (бывшая Высшая комсомольская школа). Однако, процесс подготовки социальных работников организационно оторван от дальнейшей деятельности выпускников этих институтов. Сегодня у нас появились сотрудники, имеющие формальный диплом специалиста по социальной работе. Основная задача, которую мы перед ними поставили — выработать методологию уличной социальной работы. Как подойти к ребенку на улице, что ему нужно при этом сказать, взять за руку или нет, как быть одетым, в очках — не в очках и т.п. Это все сверхважные нюансы, которые определяют эффективность действий социальных работников. Нельзя подходить к ребенку с предложением каких-то истин или нравственных целей. Надо работать в режиме дружеского общения, быть частью социума, в котором существует ребенок. Именно через дружеское общение мы смогли точно узнать, что происходит на нашей территории. Сегодня у нас есть карта молодежных социальных группировок, мы знаем, кто входит в эти группировки, кто является лидером, и почему именно эти подростки стали лидерами. Началась целенаправленная работа по развенчанию асоциальных ценностей в этих группировках, попытки переориентировать систему ценностей на социально приемлемые формы поведения.

Сначала казалось, что очень трудно понять, что нужно детям на улице, чем их можно завлечь. Однако вскоре выяснилось, что дети сами подсказывают, что им нужно. Технологий работы на улице оказалось гигантское количество, ровно столько, сколько фантазии у самих детей. Например, многие хотели играть в футбол. Три муниципальных района, 18 социальных группировок. Наши социальные работники “спровоцировали” организацию 18 уличных футбольных команд, и начались соревнования по олимпийской системе. Причем вовлеченными оказались не только те, кто играл в футбол, но и зрители. Потом в него втяну-

* Зыков Олег Владимирович — президент Фонда “Нет алкоголизму и наркомании”, врач-психиатр, главный детский и подростковый нарколог г. Москвы, доцент кафедры наркологии Медицинской Академии имю Семашко, зав. отделом детской и подростковой наркологии НИИ наркологии МЗ РФ.

лись и местные администраторы, которые любят организовывать праздники и вручать призы. Только что у нас с большим успехом прошел Финал кубка фонда "НАН". Другой пример. В Москве существует служба спасения, где работают очень неформальные люди. Они предложили создать детские команды уличных спасателей. Многие ребята откликнулись, и сегодня есть уже 6 или 8 уличных спасательных команд, созданных на основе различных уличных группировок. Они выезжают на машинах за город, проводят учения, бегают, прыгают, лазают по деревьям, кого-то спасают. Недавно в Северном Бутово появился человек, который сказал, что хочет заниматься с детьми восточными единоборствами. Это было подхвачено, и какая-то часть ребят стала с ним заниматься прямо на улице, даже в зимнее время. Потом местная администрация построила физкультурно-оздоровительный комплекс, чтобы дети перешли в помещение.

В результате такой активности за год работы уличных социальных работников на нашей площадке резко снизилась повторная преступность среди несовершеннолетних. Практически не было правонарушений по ст. 228, по наркотикам. Общая преступность снизилась на 7 процентов, по сравнению с соседними районами, в которых она выросла за этот же период времени на 28 %. Сформировалось убеждение, что если с детьми заниматься, они будут должным образом отвечать на внимание со стороны общества. Но надо играть по их правилам. Мы проанализировали, что представляют из себя эти ребята, каков их психологический и социальный портрет. Мы, наконец, посчитали, сколько детей на улице. Цифра детской безнадзорности обыгрывается в разных политических играх, и при этом называются совершенно абстрактные цифры. Мы знаем, что на той площадке, которую мы обслуживали, — а это один административный район, — 1,5 тысячи детей. В городе 10 таких районов и, таким образом, одновременно на улице пребывает примерно 15 тысяч детей. При этом 65 % из них не утратили контакты с семьей, их не надо направлять ни в какие реабилитационные центры. Надо пытаться прийти к ребенку домой и с его помощью решать семейные проблемы. Иногда эти проблемы решаются относительно просто — достаточно разрушить патологические поведенческие стереотипы в семье. Например, один отец, весьма примитивный человек, всякий раз, когда сын появлялся дома, жестоко избивал его. Сам очень расстраивался, но считал, что таким образом он выполняет свой долг по воспитанию сына. Говорил: "Так неприятно его избивать, но я же отец, я должен его воспитывать". Достаточно было три месяца поработать с этой семьей, изменить патологические стереотипы, и ребенок стал возвращаться домой ночевать, так как избиения прекратились. Конечно, это не решение проблемы в целом, однако начало налаживанию нормальных отношений в семье было положено.

Мы считаем, что идея выявить плохих родителей и отобрать у них детей — это совершенно неправильная и непрофессиональная идея. Таким образом мы наказываем прежде всего ребенка, а не плохих роди-

телей. Биологического родителя заменить никто не может — это очевидно. В системе нашего фонда есть приют для детей из семей алкоголиков и наркоманов, и когда мы с помощью местной администрации забираем ребенка у совершенно спившейся матери, то ставим цель — реанимировать мать (так как материнский инстинкт это последнее, что она теряет) и вернуть ей ребенка. Мы пытаемся сделать так, чтобы она пришла к нам и участвовала в наших духовно ориентированных программах. Это не формальный приход к врачу в белом халате. Половина нашего персонала — это выздоравливающие алкоголики и консультанты, которые обеспечивают первичный доверительный контакт со взрослыми пациентами. И на сегодняшний день в 26 случаев нам удалось "восстановить" мать до такой степени, что мы смогли отдать ей ребенка из нашего приюта.

Зачем мы делали приют? Очевидна вредность существующей политики нашего государства передавать сирот в интернатную систему и формировать из них моральных и социальных уродов. В России есть единственный регион, где разработана политика отказа от интернатной системы, где развиваются опекунские семьи, и даже есть семьи временной опеки. Это Самарская область. На только что проведенном семинаре по детской и подростковой наркологии представитель из Самары рассказывал, что даже если нужно временно куда-то устроить ребенка, его передают в опекунскую семью.

Если закрыть интернаты и передать деньги на развитие опекунских семей, то государство будет экономить. При этом будут создаваться рабочие места в семьях, где мать умеет одно — воспитывать ребенка. Если у нее двое детей, она возьмет третьего. Будет иметь формальную дотацию на опекаемого. Сейчас это 1200 – 1300 рублей. На эти деньги можно содержать еще и своих детей, когда нет других источников дохода.

Следующий этап развития нашей концепции реабилитационного пространства — формирование Центра социализации. Мы обсуждаем сейчас с отделом молодежи принципы формирования такого Центра. Местная администрация дала помещение, наши уличные социальные работники подружались с детьми. Куда эти дети должны прийти? Это должно быть совершенно особенное учреждение, которое дети будут воспринимать как территорию своей безопасности. В то же время там должна быть организована профессиональная юридическая, психиатрическая, психологическая и обязательно наркологическая диагностическая работа. Там же у нас впервые появится ювенальный адвокат, человек с юридическим образованием, специализирующийся на детской психологии и юридической защите детей. Ребенок не имеет доступа к правовой системе. Когда его избивают дома, ему некуда пойти. Центр социализации обеспечит ребенку надлежащую правовую защиту.

Принципиально важно, чтобы все организационные структуры, все социальные работники, которые работают на дому, на улице, при суде, с милиционерами в системе ОППН и т.п. — воспринимались ребен-

ком как единая система человеческих отношений, как единое понятийное пространство, объединенное Центром социализации. Центр даст нам возможность обеспечить методологическую работу и распространить эту методологию на остальную территорию города. Кроме того, в нашей работе есть идеи, которые требуют реализации под крышей.

Как мы начинали свою работу? Пока не был обеспечен реальный канал информационной взаимосвязи с потенциальными потребителями услуг реабилитационного пространства, выстраивать организационные мероприятия было в принципе невозможно. Поэтому мы организовали на нашей площадке специальные контактные телефоны: (095) 126-0451 (информационный центр для взрослых алкоголиков и наркоманов, а также для профессионалов. Он связан с библиотекой, где можно получить наши издания.) и (095) 421-5555 (для детей — наркоманов, алкоголиков и токсикоманов.). Разговор по телефону с ребенком с химической зависимостью — это очень сложная профессиональная деятельность, и у нас есть специальная программа “Перекресток”, которая специализируется на первичной профилактике. Телефон, посвященный проблемам реабилитационного пространства — (095) 128-4769. Нам было важно, чтобы его узнали, и мы стали активно печатать этот номер в местных газетах, которые издаются в каждом муниципальном районе Москвы, и бесплатно распространяемых рекламных приложениях, передавали его по кабельному телевидению. Социальные работники раздавали бумажки с номером нашего контактного телефона прямо на улице, опускали в почтовые ящики. Телефон сопровождался следующей надписью: “Ребята, если у Вас есть проблемы, позвоните”. “Если Вы видите, что ребенок страдает, позвоните по этому телефону”. Вскоре стали раздаваться звонки от соседей и от самих детей. Цель была двоякая: попытаться помочь ребенку и создать базу данных, которую мы регулярно анализировали. Анализ информации, поступающей к нам от потенциальных потребителей, стал основой для выстраивания организационных мероприятий. Интенсивно работающий контактный телефон дал нам возможность получать информацию от неравнодушных людей и стал опорой при поиске опекунских семей.

В соответствии с новым семейным кодексом наш приют выступает как опекунская организация. Когда мы подбираем опекунскую семью, то берем на себя ответственность за ребенка, хотя сама передача под опеку происходит через местные органы власти. У нас хороший семейный психолог, который регулярно проводит занятия для потенциальных опекунов. Мы приглашаем их в наш приют, где они помогают нам в режиме волонтерства. Это полезно, так как рук всегда не хватает, а с другой стороны — дает возможность присмотреться к тому, что движет человеком: только меркантильные цели или есть какие-то душевные порывы.

Наш фонд занимается и вопросами социальной политики. Нам очень нравится французская система, где вообще нет государственных учреждений, оказы-

вающих помощь детям. Мэрия организует конкурсы по различным направлениям и на их основе заключает контракты с общественными организациями, дотируя их в определенном объеме, для реализации той или иной задачи по защите прав ребенка. Таким образом в процесс вовлекается наиболее заинтересованная часть населения — не та, которая делает это за формальную зарплату, а та, что от всей души желает это делать и добивается успеха. При этом государство экономит значительные средства, так как по условиям конкурса на 25 – 50 % организация дотирует свою деятельность за счет собственных ресурсов.

Сейчас происходят некоторые перемены в отношении социальной политики. Во многих регионах существуют достаточно сильные общественные ресурсные центры. Другое дело, что не все жители знают о существовании таких центров. Обыватель вообще не очень посвящен в тему гражданского общества. Это проявление еще одной фундаментальной проблемы — наше на генетическом уровне ввевшееся иждивенчество, когда мы постоянно апеллируем к какой-то власти, которая должна решить наши проблемы.

Власть должна осознать, что привлекая общественную инициативу, она, с одной стороны, опирается на наиболее заинтересованную часть населения, а с другой — перекладывает на это население часть ответственности за решение проблем. Когда власть не мыслит такими категориями, она боится поделиться ресурсами. Чиновник среднего звена убежден, что деньги, которые формируют бюджет из наших налогов, принадлежат государству, и прерогатива распределять эти деньги — исключительное право государства и чиновника, как воплощения государства. И ему непонятно, как можно передать эти ресурсы общественной организации. Трансформация отношений государство — общественная инициатива — это очень болезненный процесс, и, конечно, для реального разгосударствления социальной сферы потребуется очень много времени. Сегодня государство — жесткий монополист социальной сферы. Мы обсуждаем тему приватизации чего угодно, но не говорим о приватизации социальной сферы, хотя именно социальная сфера затрагивает нас всех, как жителей этого государства.

Теперь о ювенальной юстиции. Сегодня судебная система никак не ориентирована на личность ребенка, она не адресуется к этой личности, очень схематична, репрессивна и не включает социализирующие технологии. У судьи есть только две возможности: отправить ребенка за решетку и таким образом сделать его окончательным бандитом или дать условное наказание и отправить на ту же площадку, где он совершил правонарушение, провоцируя его таким образом на повторное правонарушение. В процедуре ювенальной юстиции ребенок рассматривается как преступник примерно на 5 – 10 %. Ювенальный суд судит не ребенка, а прежде всего условия, которые привели его на скамью подсудимых. Таким образом включается профилактическая функция суда. Частное определение, которое суд может сделать относительно усло-

вий, приведших ребенка на скамью подсудимых, становится инструментом воздействия на социальные процессы на подсудной территории. Мы пытаемся разрабатывать на нашей площадке такие социальные технологии, такую экстремальную реабилитацию в наркологии в отношении подростков, к которым судья может присуждать. Сегодняшний уголовный кодекс, ст.ст. 90 и 92, дает судье право использовать эти технологии, но они недостаточно разработаны. Вопрос организации социализирующих технологий — задача ювенальной юстиции.

Что делает наш социальный работник в суде? Он не просто дает предварительную информацию об этом ребенке, помогает судье сориентироваться, почему этот ребенок совершил правонарушение, но является связующим звеном с нашим реабилитационным пространством. Судья не может просто присудить к какой-то социализирующей технологии, он должен знать, что его решение будет реализовано. Поэтому мы занимаемся организацией реабилитационного пространства и рассматриваем судебную процедуру как стержневую в приложении к ювенальной юстиции.

В законе о судебной системе, принятом 4 года назад, декларируется, какие суды есть в РФ. К сожалению, ювенальные суды там отсутствуют. Между тем Россия ратифицировала международные документы (а согласно нашей Конституции они являются преваляющими правовыми актами по отношению к внутреннему законодательству), в которых говорится о ювенальной юстиции. В Палате по правам человека мы начали работу по подготовке изменений к закону о судебной системе и с помощью трех депутатов (Борщев, Голов, Лахова) внесли в Государственную Думу законопроект, который декларирует систему ювенальной юстиции. Трудно сказать, какова будет его дальнейшая судьба, но важно что появилось достаточно большое количество заинтересованных представителей исполнительной и законодательной власти, которые осознали необходимость ювенальной юстиции и включились в работу. При государственном комитете по делам молодежи была создана представительная группа из известных правоведов: проф. Ермаков, проф. Мельникова, Яковлева из НИИ Генеральной прокуратуры, сотрудники Фонда “Нет алкоголизму и наркомании”, которые готовят закон по ювенальной юстиции. (Кстати, самая прогрессивная система ювенальной юстиции в начале века была в России, она просуществовала с 1901 по 1917 гг. Сегодня самой прогрессивной является ювенальная юстиция Франции).

В нашем издании: “Защита прав ребенка” первая глава посвящена идее и описанию реабилитационного пространства, а также французской системы ювенальной юстиции. Вместе с ЮНЕСКО мы начали издавать журнал “Наркостоп”. В нашем лечебном центре: ул. Шверника 10-А (М. “Академическая”), тел. (095) 126-0451, работают люди из АЛАНОНА —

группы самопомощи для родственников, и там можно приобрести нашу литературу.

Концепция реабилитационного пространства для несовершеннолетних групп риска предусматривает и работу с детскими, в том числе школьными коллективами. Школа сегодня проводит абсолютно безнравственную политику отсева детей группы риска. У нас есть программы вторичной профилактики, и они реализуются прежде всего в школе. Есть ли связь между реабилитационным пространством и организованными детскими коллективами? Да, есть. На каком-то этапе, если степень социализации ребенка доходит до того, что он перестает быть в группе риска, он может попасть в достаточно адаптированный школьный коллектив. На нашей площадке есть экспериментальное школьное учреждение, которое принимает детей-дезадаптантов, детей с аутизмом и т.д., не обязательно из неблагополучных семей. Мы только что выпустили методическое пособие “Программа профилактики наркоманий”, где описали 70 развивающих игр. Мы убеждены, что первичная профилактика вообще не должна акцентировать тему наркотиков, симптомов употребления наркотиков. Нельзя ни запугивать, ни заигрывать на эту тему. Мы должны предложить иные технологии, и мы понимаем, какие именно. Во многих регионах существуют группы самопомощи, анонимных алкоголиков, анонимных наркоманов, АЛАНОН — родственники алкоголиков, АЛАТИН — дети из семей алкоголиков и т.п. Это целая субкультура. Только в Москве одновременно (в течение недели) приходят в такие группы 3,5 — 4 тысячи людей и находят там истинное выздоровление. Самым эффективным способом выздоровления является средовая терапия, которая ничего не стоит государству.

В процессе своей работы мы сталкиваемся с двумя милицейскими службами: службой, которая занимается оборотом наркотиков, и службой ОППН, которая занимается несовершеннолетними. У нас довольно сложные отношения со службой, которая занимается оборотом наркотиков, прежде всего с федеральной службой и лично с генералом Сергеевым, который все время навязывает репрессивную модель законодательства. Как только усиливается прессинг, и в обществе начинает превалять репрессивная логика, пациенты уходят из нашего поля зрения и максимально криминализируются. Они даже не склонны ходить в группы анонимных наркоманов. Здесь не может быть сочетания разных подходов. Или пациенты верят обществу, не скрываются от него и апеллируют к каким-то его структурам, или больной категорически не верит обществу, и в этом случае милиция начинает подменять борьбу с наркомафией борьбой с наркоманами.

У нас есть справка генеральной прокуратуры за прошлый год. Из 60 тысяч дел по 228 статье, 43 тысячи дел — это 1 часть, это пацаны. По 1 части не сажают, но могут содержать до суда 3 — 4 месяца в СИЗО. В результате ребенок, у которого и так есть коммуни-

кативные проблемы, становится законченным бандитом и выходит оттуда с совершенно жестким стандартом взаимоотношений с окружающим миром.

Борьба между репрессивной и конструктивной моделями развития наркологической помощи продолжается. У нас на площадке идеальные отношения с милиционерами из ОППН. Они согласились взять в свой штат нашего социального работника, который будет обеспечивать связь с нашим реабилитационным пространством и с комиссиями по делам несовершеннолетних. Именно комиссия может быть тем местом, куда ребенок приходит со своим другом — уличным социальным работником, и если милиционер — не милиционер, а социальный работник от милиции, который по иному мыслит, то это может обеспечить решение проблем.

Мы сотрудничаем со священнослужителями, с различными религиозными конфессиями. Разумные батюшки, которые не являются носителями православной идеи в жесткой консервативной конструкции, и понимают, что главным критерием является не ортодоксальное следование идее, а судьба человека, взаимодействуют с нами, и мы легко находим с ними общий язык. Католическая церковь вообще более терпима, и в Москве есть несколько католических священников, которые активно проповедуют идеи саморазвития личности. Идея саморазвития личности — это универсальная модель.

Мы далеки от мысли создать систему, которая поможет всем. Надо помогать тем, кому можно помочь.

Основной критерий для построения службы — какие технологии могут привести к реальному результату? Сегодняшняя традиционная наркология в режиме врача в белом халате, не помогает никому. Я говорю это с полной ответственностью, так как 15 лет работаю главным врачом наркологического диспансера. Идея изолировать наркомана с целью помочь родственникам, кажется мне извращенной идеей. Мы прожили этап ЛТП, мы видели этих несчастных жен, которые отправляли своих мужей на два года в ЛТП и потом с содроганием ждали, когда те выйдут. Кому это нужно? Кому мы помогаем, сажая алкоголиков в тюрьмы? Родственникам? Не надо лицемерить. Мы не помогаем родственникам, а создаем невыносимые условия ожидания, когда срок кончится.

Я категорически против репрессивных мер за употребление наркотиков. Сегодняшняя правовая система дает возможность выбора идеи лечения вместо наказания. Эта схема начала работать в некоторых регионах, там где судьи занимают разумную позицию и имеют желание использовать социализирующие технологии. В законодательстве есть достаточный резерв, на который можно опереться. Это статья 90 УК о воспитательных мерах в отношении несовершеннолетних. Судья может рассматривать как воспитательную меру нашу технологию. У нас уже было несколько судебных разбирательств, где используя соответствующие статьи УК — 90 и 92, судья присуждал вместо наказания поход в наши социализирующие технологии.

Характеристика изменений преступности, связанной с незаконным оборотом наркотиков

Ю. Н. Аргунова

В 1997 г. в России было зарегистрировано 180,9 тыс. преступлений, связанных с наркотическими средствами и психотропными веществами. Это на 95,6% выше показателя предыдущего года, в 3,5 раза — 1993 г.

Отмечается ежегодное увеличение удельного веса таких преступлений в общем количестве регистрируемых преступлений. В 1997 г. по сравнению с предыдущим годом их доля удвоилась и составила 7,5% (табл. 1).

Несмотря на различия уголовно-правовых норм о преступлениях, связанных с наркотиками, по УК РСФСР и УК РФ, данные уголовной статистики за 1997 г. в целом сопоставимы с соответствующими показателями предыдущих лет (табл. 2).

Можно предположить также, что рост числа преступлений данной категории в 1997 г. мог бы быть более значительным, если бы некоторые виды преступ-

лений не были бы декриминализованы новым УК. Так, в соответствии с УК РФ ответственность за незаконное приобретение или хранение наркотиков без цели сбыта наступает отныне только при наличии

Таблица 1. Количество зарегистрированных преступлений, связанных с наркотиками, в России в 1993 – 1997 гг.

Годы	Всего	Прирост (%) к предыдущему году	Прирост (%) к 1993 г.	Удельный вес в общем кол-ве зарегистрированных преступлений (%)
1993	51490	+85,0	–	1,8
1994	72110	+40,0	+40,0	2,7
1995	76807	+6,5	+49,2	2,8
1996	92480	+20,4	+79,6	3,5
1997	180864	+95,6	+251,3	7,5

Таблица 2. Количество выявленных лиц, совершивших преступления, связанные с наркотиками, в России в 1993 – 1997 гг.

Годы	Всего	Прирост (%) к предыдущему году	Прирост (%) к 1993 г.	Удельный вес в общем кол-ве выявленных лиц (%)
1993	31518	+83,9	–	2,4
1994	46358	+47,0	+47,0	3,2
1995	55351	+19,4	+75,6	3,4
1996	68596	+23,9	+117,6	4,2
1997	106225	+54,9	+237,0	7,7

крупного размера¹ (декриминализованы деяния, предусмотренные частично ч. 2 ст. 224 и ст. 224³ УК РСФСР). Не является преступлением по новому УК и предоставление помещений для потребления наркотиков.

С другой стороны, следует признать необоснованным возможное предположение о том, что столь значительный рост преступности, связанной с наркотиками, обусловлен, в частности, имеющим место существенным расширением новым УК ответственности за преступления такого рода. Действительно УК РФ криминализовал незаконные действия с психотропными веществами. Ввел ответственность за вымогательство, а также переработку средств, незаконную выдачу рецептов на их получение, нарушение правил изготовления, переработки, реализации, продажи, распределения, использования, ввоза, вывоза, уничтожения наркотиков и психотропных веществ, а также используемых для изготовления наркотиков веществ, инструментов и оборудования. Распространил ответственность на культивирование и других (кроме конопли и мака) растений, содержащих наркотические вещества.

Однако по итогам года преступления, связанные с психотропными веществами, исчисляются всего несколькими сотнями, незаконной выдачей рецептов — несколькими десятками, вымогательством наркотиков — единицами. Случаев нарушения правил оборота веществ, инструментов или оборудования не было зарегистрировано ни одного. Количество же преступлений, связанных с нарушением правил оборота наркотиков с 1996 по 1997 гг. даже сократилось в 2,8 раза. Обвальная рост в 1997 г. (в 3,4 раза) числа зарегистрированных преступлений, связанных с незаконным культивированием наркотикосодержащих растений, также похоже не связан с расширением перечня таких растений. Указанный показатель стал более соответствовать реальному положению дел.

Свыше 97% преступлений, связанных с наркотиками, составляют незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка, пересылка либо сбыт наркотических средств (ст. 228 УК РФ). Их количество в

¹ При этом следует однако учитывать значительное снижение веса наркотических средств относимого, Постоянным комитетом по контролю наркотиков к крупному размеру.

1997 г. по сравнению с 1996 г. почти удвоилось. Однако удельный вес таких преступлений, совершенных с целью сбыта, по сравнению с 1996 г., снизился с 20% до 14,6% (в 1993 – 1995 гг. он колебался в пределах 14 – 18%)².

По-прежнему среди выявленных лиц доминируют потребители наркотиков, психотропных сильнодействующих веществ. В 1997 г. их было 84% от привлеченных к ответственности за преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков. Наркоторговцы составили лишь 8,3%, что несколько меньше их удельного веса в предшествующие годы (в среднем 12%). Этот факт свидетельствует о недостаточных мерах, принимаемых оперативно-розыскной службой по выявлению сбытчиков наркотиков и каналов их распространения, а также низком качестве прокурорского надзора. Правоохранительные органы выбирают наиболее легкий путь: регистрацию преступных действий потребителей наркотиков.

В 1997 г. продолжался неуклонный рост и других преступлений, связанных с наркотиками: в 3,4 раза возросло число незаконных посевов наркотикосодержащих растений³ (по сравнению с 1993 г. в 7,5 раза), на 29% — количество склонений к потреблению наркотиков (по сравнению с 1993 г. в 2,5 раза)⁴, на 6% — случаев организации или содержания притонов для их потребления, что в 1,9 раза превышает показатель 1993 г. (табл. 3). Лишь число хищений наркотиков снизилось на 20% (в абсолютном выражении — это самый низкий показатель за последние 5 лет). Такое снижение может, в частности, свидетельствовать о большей доступности наркотических средств, а значит о развитии в стране подпольного рынка наркотиков и связанного с ним наркобизнеса⁵, который, как уже указывалось, почти не прослеживается по дан-

² По новому УК РФ незаконные изготовление, переработка, перевозка либо пересылка наркотиков, совершенные с целью сбыта, так и без таковой, квалифицируются по одной и той же норме (чч. 2, 3 или 4 ст. 228), что делает невозможным определение доли сбыта в общей массе незаконного оборота наркотиков и соответственно затрудняет контроль за деятельностью правоохранительных органов в разоблачении незаконного сбыта наркотиков.

³ Всего же в 1997 г. выявлено свыше 28,6 тыс. посевов наркотикосодержащих культур, привлечено к уголовной и административной ответственности 26,3 тысячи человек. Отсюда следует, что оценивается как преступление лишь каждый 12 выявленный случай. В 1996 г. общее число выявленных посевов составляло 27,4 тысяч, т.е. не намного меньше, чем в 1997 г. Следовательно можно предположить, что рост числа преступлений такого рода связан с более частым отнесением случаев культивирования подобных растений к преступлениям, нежели к административным правонарушениям, что возможно свидетельствует о более злостном характере самих деяний.

⁴ С учетом того факта, что, по данным экспертных оценок, один наркоман вовлекает в немедицинское потребление в среднем 15 человек, реальное число фактов склонения к потреблению наркотиков должно исчисляться десятками тысяч.

⁵ Преступность и реформы в России. — М., 1998. С. 328.

Таблица 3. Уровень и динамика отдельных видов преступлений связанных с наркотиками, в России в 1993 – 1997 гг.

	1993	1994	1995	1996	1997	Прирост (%)	
						к 1996	к 1993
Незаконные изготовление, приобретение, хранение, перевозка, пересылка либо сбыт наркотических средств							
факты	49690	69689	74230	89371	176215	+97,1	+254,6
лица	30826	45406	54175	67291	103873	+54,4	+237,0
Хищение* наркотических средств							
факты	595	465	425	501	401	-20,0	-32,6
лица	299	302	334	214	172	-19,6	-42,5
Склонение к потреблению наркотических средств							
факты	329	600	592	648	835	+28,8	+153,8
лица	52	53	70	58	59	+1,7	+13,5
Незаконные приобретение или хранение наркотических средств в небольших размерах							
факты	57	122	159	347	—	—	—
лица	31	72	97	253	—	—	—
Незаконный посев или выращивание наркотикосодержащих растений							
факты	325	531	668	726	2443	+236,5	+651,7
лица	223	369	475	537	1859	+246,2	+733,6
Организация или содержание притонов для потребления наркотических средств							
факты	494	703	733	887	939	+5,9	+90,1
лица	87	156	200	243	252	+3,7	+189,7

* УК РФ помимо ответственности за хищение наркотиков в той же статье предусматривает также ответственность за их вымогательство. Указанные составы по количеству зарегистрированных преступлений однако вполне сопоставимы, т. к. уголовно наказуемых случаев вымогательства наркотиков в 1997 г. зарегистрировано всего несколько.

ным регистрации преступлений. На это же указывают и некоторые данные уголовной статистики: в 1997 г. на 18% возросло количество выявленных подпольных лабораторий, производящих наркотики.

Из общего количества преступлений, связанных с наркотиками, более 80% совершены в крупных и особо крупных размерах, свыше 38% относятся к категориям тяжких и особо тяжких. Из числа расследованных, как и в предыдущие годы, 6% совершены группой лиц (это в 3,6 раза меньше соответствующего показателя преступности в целом), в то же время 8,7% из них — организованной группой (на 10% больше по сравнению с показателем преступности в целом)⁶. 34% преступлений данной категории совершены лицами, ранее совершавшими преступления, против 28% в 1996 г. (аналогичная положительная динамика отмечается и в преступности в целом). Несовершеннолетними и при их соучастии в 1997 г. совершено 6,9% преступлений такого рода против 6,2% в 1996 г., что несколько ниже соответствующего показателя преступности в целом, равного в 1997 г. 10,9%. 97%

преступлений, связанных с наркотиками, в 1997 г. совершено гражданами России (в 1996 — 94%), что полностью совпадает с долей россиян в общем числе расследованных преступлений. Удельный вес преступлений, связанных с наркотиками, совершенных лицами без постоянного источника дохода (62,2%), хотя и не имеет положительной динамики, однако традиционно в среднем на 10% выше по сравнению с соответствующим показателем преступности в целом. Возросла доля преступлений, связанных с наркотиками, совершенных в состоянии наркотического опьянения с 5,6% в 1996 г. до 6,7% в 1997 г. В целом по России в состоянии наркотического опьянения совершается всего 1% преступлений.

Не сократилось и количество зарегистрированных случаев подделки рецептов с целью получения наркотиков (табл. 4). Несмотря на то, что УК РФ ввел специальную статью, предусматривающую ответственность за эти деяния, факты подделки рецептов на получение наркотических и сильнодействующих веществ преследовались и прежним УК в рамках более общей нормы (ст. 196) и учитывались в специальной статформе МВД РФ. С 1993 г. по 1996 г. наблюдалась устойчивая тенденция к сокращению таких преступлений. Однако 1997 г. остановил эту тенденцию, вернув абсолютное число таких преступлений на отметку 1995 г. Незначительное число зарегистрированных преступлений по ст. 233 нового УК отнюдь не свидетельствует о дальнейшем снижении таких преступлений, поскольку для сопоставимости показателей 1997 г. следует учитывать также число зарегистриро-

⁶ Анализ уголовных дел, проведенный Т. А. Боголюбовой, показал, что версии о том, что многие осужденные по этим делам могли являться членами преступных групп, занимавшихся незаконным оборотом наркотических средств, что сами они, помимо инкриминируемых деяний, могли заниматься сбытом наркотиков, совершать иные преступления из анализируемой совокупности, практически никогда не выдвигаются и не проверяются (Тяжкая насильственная преступность в России в начале 90-х годов. — М., 1996. С. 62).

Таблица 4. Динамика количества зарегистрированных преступлений, связанных с подделкой рецептов с целью получения наркотических и сильнодействующих веществ

1993	1994	1995	1996	1997	
	статья 196 УК РСФСР			статья 233 УК РФ статья 327 УК РФ	
285	162	129	112	31	98

ванных преступлений по ст. 327, расположенной в другой главе УК РФ.

В 1997 г. коэффициент преступности⁷, связанной с наркотиками, в целом по России составлял 125,6 (в 1996 г. — 65,6). В регионах страны указанный показатель различался в 10 раз. Самый высокий коэффициент преступности данной категории наблюдался в Еврейской автономной области, Республике Тыва, Самарской, Томской, Новосибирской областях, г. С.-Петербурге (от 390 до 250).

В 1997 г. прирост наркопреступности отмечен во всех, за исключением двух, регионах России. В некоторых регионах отмечался многократный рост наркопреступности: в Саратовской области в 4,3 раза, в Чувашии — в 3,6 раза, в Самарской и Челябинской областях — в 3 раза, в Свердловской — в 2,8 раза, Карачаево-Черкессии и Орловской области — в 2,7 раза. Кемеровской и Рязанской областях — в 2,6 раза.

В 1997 г. было выявлено свыше 106 тыс. лиц, совершивших преступления, связанные с наркотиками. Это на 55% больше, чем в 1996 г. и в 3,4 раза по сравнению с 1993 г.

В 1997 г. отмечалось самое значительное за весь пятилетний период расхождение между числом зарегистрированных преступлений данной категории и количеством выявленных лиц (в 1,7 раза). По некоторым видам преступлений наблюдается подчас многократное расхождение. Так, число зарегистрированных фактов склонения к потреблению наркотиков в 14 раз превосходит число выявленных лиц, при том, что лишь по 2 таким преступлениям следствие приостанавливалось за нерозыском или неустановлением виновных лиц. Получается, что за одним лицом “числится” несколько преступлений, прошедших регистрацию независимо друг от друга. Еще большее недоумение вызывает соотношение между числом зарегистрированных фактов организации или содержания притонов для потребления наркотиков (939) и количеством установленных лиц (252) — количество лиц оказывается в 3,7 раза меньшим, при этом лишь в 10 случаях следствие приостанавливалось по тем же основаниям. Можно ли себе представить, что в организации и содержании 3–4 притонов повинно лишь одно лицо? Об абсурдности таких предположений свидетельствует анализ статистики по смежному преступлению — содержание притонов для занятия проституцией. Картина здесь более адекватная: на 109 преступлений приходится 82 выявленных лица. А в 1996 г. количество выявленных лиц за содержание притонов и сводничество было даже большим (1768)

по сравнению с числом зарегистрированных преступлений (1736).

Аналогичный разрыв (в 2,3 раза) обнаруживается и между числом зарегистрированных хищений наркотиков (401) и количеством выявленных лиц (172).

Возрастной состав выявленных лиц, совершивших преступления, связанные с наркотиками, из года в год довольно стабилен (табл. 5). Колебания в каждой возрастной группе отмечались в пределах 1–1,5%. Однако 1997 г. внес заметные коррективы: резко возрос удельный вес несовершеннолетних 16–17 лет, а также молодежи 18–24 лет в общем количестве выявленных лиц, совершивших преступления, связанные с наркотиками, на фоне сокращения доли преступников более старших возрастных групп.

Небывало высокий удельный вес по итогам 1997 г. составляют лица в возрасте 18–24 года (45,2%), затем следуют лица от 30 лет (25,2%), чуть больше 20% приходится на лиц 25–29 лет и 9,5% — несовершеннолетних 16–17 лет.

Следует отметить, что лица указанной категории по возрастному составу существенно отличаются от общей массы преступников. Среди последних наивысший процент ежегодно составляют лица 30 лет и старше и лишь затем со значительным отрывом следуют лица 18–24 лет. Анализ статистики также показывает, что если в 1993–1994 гг. удельный вес несовершеннолетних 16–17 лет в структуре выявленных лиц, совершивших преступления, связанные с наркотиками, был чуть ниже соответствующего показателя преступности в целом, то с 1995 г. их удельный вес стал превышать средние показатели преступности, причем разрыв этот ежегодно возрастает.

Указанные данные свидетельствуют таким образом, во-первых, о значительно более молодом возрасте лиц, совершающих преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков, и во-вторых, о дальнейшем омоложении данного контингента.

Доля женщин (табл. 6) среди выявленных лиц, совершивших преступления рассматриваемой категории, до 1993 г. ежегодно составляла около 6%, что было в 2 раза ниже по сравнению с аналогичным показателем преступности в целом. Начиная с 1993 г. их доля заметно выросла (8,4%), к 1995 г. удвоилась, а в 1996 г. достигла почти 15%, это не намного ниже аналогичного показателя преступности в целом, что свидетельствует об активном включении женщин в незаконный оборот наркотиков. Некоторое снижение доли женщин в наркопреступности в 1997 г. в определенной мере связано с общим незначительным сокращением их удельного веса в общем массиве преступников.

⁷ Число совершенных преступлений на 100 тыс. населения.

Среди выявленных лиц, совершивших преступления, связанные с наркотиками, доминируют лица со средним общим и средним основным образованием (70%). Этот показатель достаточно устойчив на протяжении ряда лет и несколько выше аналогичного показателя в общем массиве выявленных лиц. Зато удельный вес лиц со средним профессиональным образованием (в 1997 г. — 20%) постепенно, но стабильно растет, как и в преступности в целом, и также несколько превосходит соответствующий показатель во всей преступности. Доля же преступников с высшим образованием среди лиц, совершивших наркопреступления, в 1,4 – 1,7 раза меньше по сравнению с их удельным весом среди всех преступников; при этом их доля постоянно уменьшается (табл. 7).

Среди выявленных лиц, совершивших преступления, связанные с наркотиками, доля учащихся чуть меньше, чем в общем массиве выявленных преступников, однако в 1997 г. по сравнению с предыдущим годом их удельный вес возрос с 4,2% до 5,6%. Доля же студентов, также имеющая тенденцию к росту (в 1997 г. 2,8%), наоборот более чем в 2 раза выше, чем их удельный вес в общем количестве преступников.

Лиц без постоянного источника дохода традиционно больше (в среднем на 12%) среди лиц, совершивших наркопреступления, чем в общей массе преступников (в 1997 г. соответственно 64% и 52%), причем в обеих группах их удельный вес ежегодно возра-

стает (среди наркопреступников с 1993 по 1997 гг. он увеличился с 46% до 64%).

Если верить статистике, все меньше лиц совершают преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков, в составе группы (табл. 8). За 5 лет их удельный вес сократился с 15,2% до 8,6%, т.е. в 1,8 раза. Даже более высокий показатель 1997 г. в общем числе преступников не остановил дальнейшего снижения этого показателя среди наркопреступников. В то же время, процент лиц, совершивших преступления в составе организованных групп, в 1,5 раза выше среди тех, кто участвовал в наркопреступлениях.

Возникает вопрос: или в руки правоохранительных органов попадают действительно лишь потребители-одиночки и эти органы не в состоянии отлавливать наркосбытчиков, или расследование и раскрытие преступлений проводятся на столь низком уровне, что соучастники во всех случаях остаются не выявленными. По-видимому, верным будет и то и другое предположение.

Гражданами России являются 97% выявленных наркопреступников, что практически соответствует проценту россиян в общей массе преступников.

Среди наркопреступников на 2 – 5% больше лиц, ранее совершавших преступления. В 1997 г. их удельный вес достиг 32,5%, что значительно больше, чем в 1996 г. и предшествующие годы (25 – 28%); 18% из них судимы за аналогичные преступления (в общем

Таблица 5. Сравнительная характеристика возрастного состава выявленных преступников

Год	Удельный вес в структуре									
	14 – 15 лет		16 – 17 лет		18 – 24 года		25 – 29 лет		30 лет и старше	
	выявлено лиц по преступ- лениям, связанным с нарко- тиками	всех выяв- ленных преступ- ников	выявлено лиц по преступ- лениям, связанным с нарко- тиками	всех выяв- ленных преступ- ников	выявлено лиц по преступ- лениям, связанным с нарко- тиками	всех выяв- ленных преступ- ников	выявлено лиц по преступ- лениям, связанным с нарко- тиками	всех выяв- ленных преступ- ников	выявлено лиц по преступ- лениям, связанным с нарко- тиками	всех выяв- ленных преступ- ников
1993	0,1*	5,3	10,7	10,9	38,0	23,8	22,0	15,0	29,2	45,0
1994	0,1	4,5	9,3	9,4	36,8	23,3	21,7	14,6	32,1	48,2
1995	0,1	4,4	9,1	8,7	38,0	22,8	20,8	14,5	32,0	49,6
1996	0,1	3,9	8,7	8,0	39,2	22,7	20,7	15,1	31,3	50,3
1997	0,0	3,4	9,5	8,5	45,2	25,5	20,1	15,7	25,2	46,9

* Столь низкий уровень преступности, связанной с наркотиками, среди несовершеннолетних в возрасте от 14 до 15 лет связан с тем, что для этой категории преступлений (за исключением хищений наркотиков) установлен возраст привлечения к уголовной ответственности — 16 лет.

Таблица 6. Удельный вес женщин среди выявленных преступников (1993 – 1997)

Год	Удельный вес женщин среди выявленных лиц, совершивших преступления, связанные с наркотиками	Удельный вес женщин в общей массе выявленных преступников
1993	8,4	11,2
1994	11,4	13,0
1995	12,7	14,9
1996	14,6	15,9
1997	11,1	13,6

Таблица 7. Сравнительная характеристика образовательного уровня выявленных преступников

Год	Удельный вес в структуре					
	Высшее профессиональное		Среднее профессиональное		Среднее общее и среднее основное	
	выявленных лиц по преступлениям, связанным с наркотиками	всех выявленных преступников	выявленных лиц по преступлениям, связанным с наркотиками	всех выявленных преступников	выявленных лиц по преступлениям, связанным с наркотиками	всех выявленных преступников
1993	3,9	4,1	17,0	13,7	71,7	68,9
1994	4,0	4,5	18,2	14,8	70,0	67,3
1995	3,4	4,1	18,8	15,2	69,8	68,1
1996	3,0	4,2	19,1	15,8	70,2	68,1
1997	2,3	4,0	20,1	16,9	70,3	67,2

Таблица 8. Удельный вес преступников, совершивших преступления в составе группы лиц

Год	Среди выявленных лиц по преступлениям, связанным с наркотиками	Среди всех выявленных преступников
1993	15,2	36,1
1994	12,9	33,1
1995	10,5	29,8
1996	9,3	28,0
1997	8,6	32,6

массиве преступников их доля почти такая же). А вот привлекавшихся к уголовной ответственности 3 и более раз среди наркопреступников несколько меньше, чем среди всех выявленных преступников (10% против 13%). Среди наркопреступников-рецидивистов меньше и лиц, совершивших преступления вскоре после освобождения из ИУ (38% против 45%).

Прослеживается влияние наркотизма и на состояние преступности в целом.

1. Растет количество лиц, выявленных за совершение преступлений в состоянии наркотического или токсического опьянения. Их удельный вес в общей массе преступников в 1997 г. составил 0,8%. Это самый высокий показатель за последние 5 лет. По сравнению с 1996 г. он увеличился на 0,4%. Под воздействием наркотиков в 1997 г. находился почти 1% лиц, совершивших умышленные убийства, разбой и грабежи; почти 7% — преступления, связанные с наркотиками (табл. 9).

2. Растет доля лиц, ранее совершавших преступления, в общем числе лиц, состоящих на учете по поводу немедицинского потребления наркотиков и психотропных веществ. В 1996 г. опыт совершения преступления имел каждый четвертый зарегистрированный потребитель наркотиков (24,5%), в 1997 г. — почти каждый третий (30,2%).

3. Возросла доля лиц, осужденных за преступления, связанные с наркотиками, в общем числе осужденных (с 4% в 1996 г. до 6% в 1997 г.). Количество таких осужденных за год увеличилось с 45,7 до 65,3 тыс., т.е. на 43%. При этом следует учитывать, что реальное количество осужденных за преступления данной категории значительно выше: к 65,3 тыся-

чам осужденных по статьям 228 – 233 УК РФ нужно прибавить еще 7,4 тыс. осужденных за другие преступления, у которых ст.ст. 228 – 230 УК РФ являлись дополнительной квалификацией. Таким образом общее количество осужденных за преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков, в 1997 г. составило 72,7 тыс. человек.

4. Увеличивается число осужденных, совершивших преступления в состоянии наркотического опьянения. В 1997 г. было осуждено 8,1 тыс. таких лиц. Это вдвое больше, чем в 1996 г. и в 3,5 раза по сравнению с 1993 г. Указанное соотношение разительно отличается от динамики числа выявленных лиц, совершивших преступления в состоянии наркотического опьянения (см. п. 1). Судя по статистике, в 1993 г. осуждался лишь каждый 4 из тех, кто находился на момент совершения преступления в состоянии наркотического опьянения. Затем ежегодно это соотношение уменьшалось и, наконец, в 1997 г. уже 2/3 из тех, кто находился в наркотическом опьянении, были осуждены. Приведенные данные еще нуждаются в осмыслении.

5. В 1997 г. в отношении 10,7 тыс. осужденных были применены принудительные меры медицинского характера в связи с наличием диагноза “наркомания”. Таким образом, ежегодно по меньшей мере 1% осужденных составляют наркоманы. 58% из них совершают преступления, связанные с наркотиками, 37% — преступления против собственности (на их долю приходится 4 тыс. краж, грабежей и разбоев), 2% — против жизни и здоровья, 1,5% — против общественной безопасности. В 1997 г. 56% преступников-наркоманов осуждены за совершение тяжких и особо тяжких преступлений. 11,5% составили женщины, 8,6% несовершеннолетние, 40% — лица с не снятыми или непогашенными судимостями. Характерной особенностью последних лет является использование наркоманов для выполнения “заказных” убийств, оплата за которые намного ниже, чем за совершение тех же действий профессиональными киллерами.

6. Наркобизнес активно осваивается организованными преступными группировками, имеющими межрегиональные и международные связи. Об этом свидетельствует, в частности, масштабы распростра-

Таблица 9. Число лиц, совершивших преступления в состоянии наркотического опьянения

Преступления	1993	1994	1995	1996	1997
Общее число	8891 (0,7%)	6621 (0,5%)	6314 (0,4%)	7260 (0,4%)	10791 (0,8%)
Умышленное убийство	117	96	103	105 (0,5%)	194 (0,9%)
Покушение на убийство	6	8	11	13 (0,5%)	9 (0,4%)
Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью	118	83	69	60 (0,1%)	81 (0,2%)
Изнасилование	79	39	38	30 (0,3%)	44 (0,6%)
Разбой	239	179	199	203 (0,6%)	265 (0,9%)
Грабеж	459	307	310	438 (0,6%)	530 (0,9%)
Кража	3105	1767	1417	1716 (0,3%)	2013 (0,4%)
Мошенничество	164	19	15	28 (0,1%)	41 (0,2%)
Вымогательство	134	36	32	41 (3,7%)	31 (0,3%)
Хулиганство	493	327	191	183 (0,1%)	161 (0,1%)
Преступления против безопасности движения и эксплуатации транспорта	53	31	42	39 (0,1%)	35 (0,1%)
Преступления, связанные с наркотиками	2484	3134	3434	3977 (5,6%)	6932 (6,7%)

Примечание. В скобках (%) приведены показатели удельного веса лиц, совершивших преступление в состоянии наркотического опьянения, среди выявленных лиц, совершивших соответствующий вид преступлений.

ненности злоупотребления наркотиками, а также виды потребляемых наркотиков.

В Докладе Международного совета по контролю над наркотическими средствами ООН, обнародованном в Вене в марте 1998 г., о России сказано одним предложением, но весьма многозначительным: "Существует мнение, что деятельность организаций наркоторговли и других преступных группировок представляет реальнейшую угрозу безопасности Российской Федерации и является серьезным вызовом международному сообществу"

Более подробно этот вопрос отражен в Докладе Совета по внешней и оборонной политике, представленном на парламентских слушаниях по данной проблеме в марте 1998 г. В Докладе указывается: "В настоящее время в России идет процесс формирования наркомафии в прямом смысле этого слова — многопрофильной структуры, включающей в себя организацию производства, переработки, транспортировки и распространения наркотических средств в общенациональных масштабах... Достаточно сказать, что практически каждая операция по пресечению крупных поставок наркотиков показала наличие того или иного зарубежного звена в цепи... Следует особо выделить проблему отмывания денег наркомафией в России. Речь идет о гигантской сумме — порядка 1 млрд долларов... Нужно констатировать, что в России уже состоялся процесс формирования "нарколоббизма", которое обеспечивает достаточно сильное давление на

различные круги, в том числе на законодателей как федерального, так и регионального уровней с целью не допустить изменений в сторону ужесточения борьбы с наркомафией в законодательстве страны."

По оценкам МВД РФ, к 2000 г. наркоситуация в России будет характеризоваться противоправной деятельностью устойчивых преступных группировок наркодельцов с межрегиональными и международными связями, в том числе образующихся по этническому принципу, созданием ими разветвленных глубоко законспирированных сетей торговли наркотиками, дестабилизирующей оперативную обстановку в стране, усилением в этой связи контрабандной деятельности в масштабах, угрожающих безопасности граждан и общества в целом; проникновением наркогруппировок в сферу экономической деятельности государственных и частных коммерческих структур, сопровождающимся коррумпированным государственных чиновников, как необходимым атрибутом наркоторговли, перемещением незаконных доходов от торговли наркотиками в сферу легального бизнеса; противостоянием отдельных группировок на почве обострения борьбы за рынки сбыта наркотических средств; увеличением размеров оптовой торговли наркотиками, быстрым ростом темпов распространения "малого" наркоторговли; возрастающим влиянием наркомании на общеуголовную и экономическую преступность, состоянии обеспечения общественного порядка.

Работа над законопроектом должна быть продолжена

Ю. Н. Аргунова

Законопроект “О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, представленный Минздравом РФ, является фактически новой редакцией названного Закона. В нем в целом учтены, во-первых, изменения, внесенные в российское законодательство за период с 1993 г. и, во-вторых, шестилетняя практика применения самого Закона. В соответствии со ст. 71, 72 и 76 Конституции РФ, Закон о психиатрической помощи в его новой редакции должен приобрести статус **Федерального закона** Российской Федерации.

Предлагаемые изменения и дополнения, а также оставление некоторых норм в прежней редакции представляются в целом обоснованными. Ряд норм однако нуждается в дополнительной проработке.

1. Дополнения, внесенные в ч. 2 ст. 5 и ч. 2 ст. 16 Закона, в соответствии с которыми *все* лица, страдающие психическими расстройствами, имеют право на социальное обслуживание, осуществляемое в государственном, муниципальном и негосударственном секторах системы социальной защиты населения, находятся в частичном противоречии с Федеральным законом РФ “О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов”, принятом в 1995 г.

Согласно этому Закону социально-медицинское обслуживание на дому проводится гражданам пожилого возраста и инвалидам, страдающим психическими расстройствами в стадии ремиссии. При наличии у них тяжелых психических расстройств в предоставлении социальных услуг этим лицам может быть отказано. Такой отказ подтверждается совместным заключением органа социальной защиты населения и врачебно-консультативной комиссии учреждения здравоохранения. На полустационарное обслуживание принимаются также лишь лица, сохранившие способность к самообслуживанию и активному передвижению, не имеющие медицинских противопоказаний, в частности, тяжелых психических расстройств. В связи с указанным обстоятельством внесенные в Закон о психиатрической помощи дополнения нуждаются в коррекции.

2. Некоторые проблемы правового и практического характера возникнут в связи со снижением возраста несовершеннолетних, психиатрическая помощь которым оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей (ч. 2 ст. 4). Хотя указанное

изменение продиктовано введением в действие ГК РФ, все же представляется, что несовершеннолетние в возрасте 14–17 лет могут оказаться без своевременной психиатрической помощи: с одной стороны их родители, хотя и продолжают до их совершеннолетия оставаться их законными представителями (см. ст. 26 ГК РФ), однако уже не в праве влиять на вопросы их лечения; с другой стороны, 14-летний подросток, отказывающийся от лечения по различным, зачастую несостоятельным причинам, не всегда способен осознать его необходимость. Возможно органы опеки и попечительства смогли бы оказывать содействие в этих вопросах и заполнить впоследствии образовавшуюся правовую нишу. Следует также отметить, что предполагаемое изменение в отраслевом Законе вступит в противоречие с базовым — Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан, в которых возрастная граница остается прежней (15 лет).

3. В результате предложенного изменения формулировки ст. 6¹ оказалось неясным какой именно орган на основании заключения врачебной комиссии принимает решение о непригодности лица вследствие психического расстройства к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности. В ныне действующей редакции статьи такое решение принимается самой врачебной комиссией.

4. Некоторых уточнений требует статья 9 Закона.

4.1. Имеет смысл, на наш взгляд, заменить понятие “врачебная тайна” термином “медицинская тайна”, более точным по содержанию и в большей степени отвечающим интересам защиты прав граждан.

4.2. Требуется расширения объем понятия “врачебная (медицинская) тайна”: ст. 9 Закона следует приве-

¹ Ч. 1 ст. 6 в предложенной редакции формулируется следующим образом: “Гражданин может быть временно (на срок не более пяти лет и с правом последующего переосвидетельствования) признан непригодным вследствие психического расстройства к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности. Такое решение принимается на основании заключения врачебной комиссии, уполномоченной на то органом здравоохранения, по результатам оценки состояния психического здоровья гражданина в соответствии с перечнем медицинских психиатрических противопоказаний и может быть обжаловано в суд.”

сти в соответствии с ч. 1 ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, в соответствии с которой к врачебной тайне отнесена не только информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания, но и *“иные сведения, полученные при его обследовании и лечении”*, не обязательно связанные с состоянием его здоровья, т.е. иные полученные от пациента сведения конфиденциального характера.

4.3. Вызывает сомнение целесообразность дополнения ст. 9 нормой, вводящей ограничения на предоставление сведений о состоянии психического здоровья лица, а также об оказанной ему психиатрической помощи самому лицу или его законному представителю при реализации этим лицом своих прав и законных интересов. Такими ограничениями признаны случаи, *“когда это может нанести вред состоянию здоровья лица и/или затрагивает интересы третьей стороны”*.

Во-первых, право лиц с психическими расстройствами на получение информации о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения уже закреплено в ст. 5 и 11 Закона, причем с акцентом именно на учет при этом их психического состояния.

Во-вторых, получение сведений о состоянии собственного здоровья вряд ли может затронуть интересы других граждан. Да и каковы эти интересы? В какой мере они перевешивают интересы больного и насколько они законны, ведь в статье не указывается о законности интересов других граждан.

В-третьих, если предположение о реальности такой угрозы все же оправданно, то предложенный вариант статьи целесообразно приблизить к формулировке ч. 3 ст. 17 Конституции РФ, согласно которой осуществление прав и свобод человека и гражданина не должно нарушать права и свободы других лиц. В соответствии с этим слова *“... и/или затрагивает интересы третьей стороны”* целесообразно заменить словами: *“... и/или нарушает права и свободы третьих лиц”*.

5. В новую редакцию ст.ст. 11, 23, 29 Закона вполне обоснованно вводится регламентация случаев освидетельствования, госпитализации и лечения лиц с психическими расстройствами, которые по своему психическому состоянию не способны выразить на это свое осознанное согласие. Отсутствие регламентации таких случаев является серьезным упущением действующего Закона. Поддерживая в целом указанное нововведение, представляется, что более обоснованной и объективной могла быть формулировка не о неспособности давать осознанное согласие на освидетельствование (госпитализацию, лечение), а о неспособности к осознанному волеизъявлению, имея в виду способность человека не только к даче согласия, но и к осознанному отказу.

Так, в соответствии с п. 1 ч. 4 ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан предо-

ставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается, в частности, в целях обследования и лечения гражданина, *не способного из-за своего состояния выразить свою волю*.

6. В доработке нуждается новая редакция ст. 11 Закона.

6.1. Авторы законопроекта предлагают дополнить ст. 11 пунктом, по существу расширяющим перечень возможных оснований для недобровольного лечения. По действующему Закону без согласия дееспособного лица, страдающего психическим расстройством, лечение может ему проводиться только при применении принудительных мер медицинского характера в соответствии с УК РФ, а также при недобровольной госпитализации по основаниям, предусмотренным ст. 29 Закона. В обоих случаях, таким образом, предусмотрена судебная процедура.

Согласно же новому пункту ст. 11, лечение лица, не признанного недееспособным и при том не нуждающегося в недобровольной госпитализации, может проводиться без получения его согласия по решению комиссии врачей-психиатров, а в неотложных случаях — по решению врача, освидетельствующего больного, при неспособности лица дать согласие на лечение по причине тяжелого психического расстройства. Новая редакция ч. 1 ст. 12 Закона не дает право такому больному отказаться от лечения или прекратить его. Представляется, что применение данной недобровольной меры медицинского характера так же должно санкционироваться судом.

6.2. В ч. 3 ст. 11 вносится дополнение, согласно которому при отсутствии законного представителя у несовершеннолетнего в возрасте до 14 лет, а также у лица, признанного недееспособным, их лечение проводится по решению комиссии врачей-психиатров.

Вводя такое правило, авторы законопроекта не учли, что функции по защите имущественных и личных неимущественных прав и интересов детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, а также недееспособных граждан до назначения им опекунов временно возлагаются на органы опеки и попечительства, чье согласие на лечение и должно быть испрашено.

Ч. 2 ст. 23 и ч. 4 ст. 28 Закона как в действующей, так и в предлагаемой редакции вполне обоснованно предусматривают, в частности, в случае отсутствия у несовершеннолетнего законного представителя согласие на его освидетельствование и госпитализацию органа опеки и попечительства. Представляется, что защита прав несовершеннолетнего при назначении ему лечения должна быть обеспечена отнюдь не в меньшей степени, чем при процедуре освидетельствования и госпитализации.

6.3. Новая редакция ст. 11 снимает запрет на проведение испытаний медицинских средств и методов лечения в отношении недобровольно госпитализированных по ст. 29 Закона. Указывается, что в отноше-

нии лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, к которым не применяются принудительные меры медицинского характера, для проведения испытаний новых средств и методов лечения таких расстройств необходимо получение согласия Комитета по вопросам этики в области охраны здоровья граждан. Таким образом подвергаться такого рода испытаниям могут как госпитализированные больные, так и пациенты, находящиеся под диспансерным наблюдением.

Неясно в этой связи, почему авторы этой нормы не сочли возможным предусмотреть согласие самого больного (если он сохраняет способность к осознанному волеизъявлению) или его законного представителя на проведение таких испытаний.

Данная норма противоречит Принципам защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи, утвержденным Генеральной Ассамблеей ООН 17 декабря 1991 г. В соответствии с п. 15 Принципа 11, "клинические опыты и экспериментальные методы лечения ни при каких обстоятельствах не применяются в отношении любого пациента без его осознанного согласия, за исключением тех случаев, когда клинические опыты и экспериментальные методы могут применяться в отношении пациента, который не в состоянии дать осознанное согласие, лишь с разрешения компетентного независимого надзорного органа, специально созданного для этой цели".

Необходимость четкого правового регулирования данного вопроса подтверждается также и некоторым неблагополучием в этой сфере на практике. Проверка исполнения Закона о психиатрической помощи, проведенная в 1998 г. Генеральной прокуратурой РФ, выявила бесконтрольность в применении новых методов диагностики и лечения. При этом отмечалось, что Минздрав РФ в своей деятельности продолжает руководствоваться приказом Минздрава СССР от 30.12.85 № 1695. Не установлен перечень научно-исследовательских учреждений, которым дается право на проведение испытаний новых методов диагностики и лечения, не создан Государственный реестр методов, разрешенных для широкого применения в практике учреждений здравоохранения, отсутствует положение об этом реестре.

7. Не вполне понятной представляется предлагаемая норма о предоставлении права на пособие по государственному социальному страхованию лицам, находящимся на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра. Если данное установление вполне правомерно в отношении невменяемых, находящихся в психиатрическом стационаре и признанных нетрудоспособными на весь период пребывания в нем, то в отношении ограниченно вменяемых преступников, не страдающих тяжелыми психическими расстройствами и отбывающих наказание, выглядит непродуманным (ч. 2 ст. 13).

8. Нуждается в дополнении предложенная редакция ч. 2 ст. 28 (в проекте Закона ч. 5 ст. 28). Основаниями для госпитализации в психиатрический стационар, помимо указанных в ч. 1 ст. 28, может быть также необходимость проведения военно-врачебной и медико-социальной экспертизы.

9. В более подробной регламентации нуждается судебная процедура ведения дел об оказании недобровольной психиатрической помощи. При этом ссылки на ГПК должны присутствовать не только применительно к порядку обжалования судебного постановления. Многие судьи, по их словам, применяют те или иные процессуальные нормы по аналогии, что приводит к разнобою в правоприменительной деятельности. Так, в случае, если после подачи врачами заявления в суд у больного под воздействием медикаментозной терапии наступает улучшение состояния и он, осознав необходимость лечения, дает на него согласие, одни судьи выносят постановление о прекращении производства по делу, другие обязывают врачей отозвать заявление, третьи выносят постановление об отклонении заявления.

Более точным в законопроекте должен быть и понятийный аппарат. По-видимому в ст. 25 так же, как и в ст. 35, документ, принимаемый судом, должен именоваться постановлением, а не решением.

10. Статья 41, оставшаяся практически в прежней редакции, несколько расходится с нормами упомянутого выше Федерального закона РФ "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов", в соответствии с которыми помещение недееспособного лица в стационарное учреждение социального обслуживания производится лишь на основании письменного заявления его законного представителя. Ст. 41 Закона о психиатрической помощи предусматривает в этом случае обязательным наличие решения органа опеки и попечительства. Указанная коллизия, как показывает практика, может привести к нарушениям прав больных. Редакция ст. 41 в этом смысле более предпочтительна, т. к. служит защитой от возможных недобросовестных действий опекуна.

11. Судя по тексту, авторам законопроекта остались неизвестными те, пусть даже и незначительные, изменения и дополнения, которые были внесены в Закон о психиатрической помощи Федеральным законом РФ "О внесении изменений и дополнений в законодательные акты Российской Федерации в связи с реформированием уголовно-исполнительной системы", вступившим в силу 29 июля 1998 г.

Следует отметить в заключение, что данный законопроект целесообразно было бы разрабатывать и принимать вместе или после принятия соответствующих изменений и дополнений Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, являющихся по отношению к Закону базовым, основополагающим документом.

Интенсивная терапевтическая жизнь

Александр Алексейчик* (Вильнюс)

V. ПРИМЕНЯЕМЫЕ ТЕХНИКИ

Признаться, я сомневаюсь, что в настоящей психотерапии могут быть техники. В терапевтической жизни методы работы бывают в какой-то степени техничными только в самом начале, плавно переходя в “образ жизни”. Техники применимы не для самой жизни, а для ее продуктов.

То, что коллеги в других психотерапиях склонны называть техниками, я называю **условиями** психотерапии, формообразующими условиями терапевтической жизни.

Основных условий, главных, суть не так много.

Приятие жизни и мира как благодати.

Максимально возможная правда, истинность.

Свобода.

Безопасность.

Ответственность (За все надо “платить”).

Реальность.

Активность.

Все эти условия могут приниматься в их простоте и буквальности, хотя лучше в постепенно усложняющейся максимальной.

Иллюстрации из подготовительных бесед с пациентами.

1. Приятие мира, жизни, группы, друг друга предполагает изначально некоторую степень доверия. Мы собрались тут потому, что хотим и можем помочь друг другу. Вначале желаний бывает гораздо больше, чем возможностей, потом они хорошо уравниваются и соответствуют друг другу. Если даже возможности каждого невелики (10%), но нас — 11 человек, и уже возможностей 100%... На 10% больше нормы... Значит избыток... Как я люблю говорить: Даже небольшой недостаток денег может очень сильно нервировать. И даже очень небольшой избыток — очень успокаивать...

Очень может быть, что уже с этого начнется восприятие нашей жизни как блага, благодати, подарка, дара Божьего. По священному писанию Бог создал мир и увидел, что он весьма хорош! Изначально хорош. И даже зло, трудности, болезни, испытания нам могут быть во благо.

По моей любимой пословице: Если Бог нас наказывает, слава Богу, он нас еще не забыл!

Мы многое воспринимаем болезненно, чувствуем болезненно, хотим болезненно, помним болезненное, делаем с трудом...

Это потому, что мы не можем к своему внутреннему и внешнему миру **приобщиться**. Быть с ним, по-преимуществу, благим миром.

Благодать мира столь велика и разнообразна, что кажется непостижимой. Нередко и является непостижимой, но постигаемой.

Люди тоже очень часто непостижимы... Но постигаемы... Более того вызывают потребность в постижении... Нуждаются в постижении... И благодарны нам за это. Даже Бог нуждается в нашем постижении.

Мы за всех и за все в ответе. И за всех виновны...

Нас не понимают. На нас обижаются... — Мы были непонятны. Мы не объяснились...

Вот это значит принимать мир...

“Технически принять” — значит: увидеть, услышать, вчувствоваться, заинтересоваться, довериться, потеряться в его сложности, прожить, дать возможность проявиться в себе злу, добру, душе... Т.е. не думать о мире, себе, а погрузиться в мир.

Жить в мире не идейно, не по правилам, не юридически, не этически, а **доверительно, чудесно**.

Среди чудесных людей, в чудом собравшейся группе...

Кого сюда привело чудо?

2. Правда, истинность. Одно из важнейших условий, возможностей изменения, излечения, преобразования. Немного есть мест, нечасто есть время для этого, нечасто есть вокруг люди, готовые к этому... Тут — такое место, время, люди...

И благодаря этому, этот наш мир становится благодатным.

Обычная жизнь, полная условностей, относительности, удобной схематичности... становится реальной, настоящей, выходящей за рамки, непредсказуемой, глубокой, живой, животворящей...

В обычной жизни мы редко живем по-правде. Зачем кому-то говорить, что он не услышал, не то услышал, не увидел, не почувствовал, не то подумал, не то, не так сделал... Был в себе, а не со мной, с нами... Потом надо будет долго объяснять, убеждать, исправлять, обучать, утешать... “Лучше, когда все “О’Кей”... Поэтому мы не слышим правды о себе, не узнаем

* О к о н ч а н и е . Начало см. НПЖ, 1999, № 1, С. 26 – 33.

правды, не говорим другим правды, не живем правдой.. Мы даже не хотим правды: вдруг о нас скажут такое... Вдруг нам придется признаться в таком...

Тут — начинается истинная жизнь...

Вначале, переходя от обычной жизни к истинной, бывает страшно...

Поэтому начинаем мы обычно с “жизни не по лжи”. Если мы не готовы сказать правду, то мы просто можем сказать эту правду, что мы не готовы... Нельзя только лгать. Если не нравится мысль, чувство, нос, человек... то нельзя сказать, что нравится; и только. И это уже очень много... И мы не услышим о себе неправды...

Потом быть истинным, быть самим собой, а не мечтой о себе, становится все естественнее.

Истина в наших ощущениях, чувствах, влечениях, опыте, словах, делах... — то, что сохраняет свою значимость и достоверность при передаче другим... И разделяется ими с нами, не уменьшаясь от такого “деления”, а увеличиваясь. Моя истина возвращается ко мне от других обогащенной, более живой...

Наши малые истины слагаются, умножаются, взаимно обогащаются, развиваются в истину бóльшую, более общую, более действенную...

Если же наши ощущения, чувства, желания, действия... не вызывают эха и последствий в других людях, в них мало истины, энергии, жизни...

3. Свобода.

Трудность, болезнь — это множество ограничений. Нас ограничивает слабость, боль, страх, подавленное настроение... Здоровье дарит нам свободу. Свобода укрепляет наше здоровье. Поэтому естественно, что одним из основных условий нашего лечения является с самого начала — максимум возможной свободы и постоянное ее развитие.

Начинаем мы с условия: Мне все тут позволено...

Все ощущать, чувствовать (особенно непривычные, отрицательные чувства, хотеть, думать, говорить, требовать, получать...

Особенно сам я не должен себя ограничивать.

Я могу себе позволить тут, среди моих людей, в это мое время больше, чем позволял себе апостол, который говорил: Все мне позволено, но не все полезно... Я могу обладать всем, но, не все должно обладать мной...

Я свободнее потому, что мне можно не заботиться о самоограничении... Если я зайду слишком далеко, мне укажут... Моя свобода ограничивается свободой других...

В терапевтической жизни преобладают заповеди не Ветхого (не имей, не укради, не пожелай...), а заповеди блаженств Нового Завета (блаженны нищие духом, алчущие, плачущие...).

4. Безопасность. Хочу подчеркнуть, что в психотерапии Вы можете гарантировать себе безопасность. Жизнь в опасности — не настоящая, не лечебная жизнь. Может и вовсе на жизнь, а выживание. Или

жизнь очень ограниченная, искаженная. К сожалению, обычная жизнь именно такой и бывает. Нередко — постоянно. Мы боимся правды, свободы, своего несовершенства, боимся быть непонятыми, обиженными... нас толкают физически и душевно... Мы должны увертываться... Даже, если мы попросим о помощи, мы редко ее получим, или получим в унижающей нас форме...

У нас в психотерапии безопасность гарантируется...

Правда, безопасность не идеальная. Но идеальная и не нужна. Опасность не устраняется заранее. Тем более, что нередко она внутри наших сотрудников, нас самих. Но она устраняется при ее проявлении, устраняются ее последствия... как только Вы обратитесь за помощью. В этом суть нашего лечения — помогать друг другу... Лучший способ ослабить опасность, уменьшить страх, слабость, чувствительность, плохое настроение... это им поделиться... Лучший способ подбодрить себя, это — подбодрить другого...

В психотерапевтической группе (в отделении) всегда есть пациенты более опытные, более сильные, более эмоциональные, более желающие, более опытные..., для которых действие, помощь — условие закрепления, развития своего здоровья.

В крайнем случае, непосредственно помогает сам терапевт.

Правда и свобода также гарантируют безопасность. Если вы малоопытны, напряжены, то можете остаться в области ощущений, эмоций, воспоминаний, влечений... Быть участником — наблюдателем, но не деятелем... И только со временем начинать брать на себя ответственность...

5. Ответственность. Трудно не вспомнить: мы за всех виновны, за всех в ответе... Достоевского. Или: демократия — это не власть каждого, а ответственность каждого...

В психотерапии ответственность наше “Я” присоединяет к “Мы”, “Ты”... Позволяет оттуда черпать силы, эмоции, желания...

В практике ответственность осуществляется через принцип: за все надо платить.

За правду о себе — правдой о других.

За свою свободу — признанием и осуществлением свободы других... “Моя свобода махать кулаками оканчивается у кончика твоего носа”.

За безопасность — признанием и поддержанием порядка, первенства, очередности.

За помощь себе мы платим помощью другим...

Формы платы — чрезвычайно разнообразны.

Мы можем платить своими ощущениями, чувствами, желаниями, опытом, обязующими, значащими, имеющими последствия словами, обещаниями, обязательствами, сравнениями, своим временем (например уступая его, посвящая его), заслоня человека своими переживаниями, своей добротой, своей болью, своим телом...

И, наконец, по моему любимому выражению, “если мы не знаем, чем надо платить, то — деньгами..., если не знаем сколько — то много..., если неудобно — то очень много...”

Часто платить надо в геометрической прогрессии: если не могу сегодня “поработать” с человеком 10 минут, то завтра — 20, послезавтра — 40. Если сегодня не могу угостить на 5 литов, то завтра — за 25...

6. Реальность. Настоящая, благодатная жизнь реальна, т.е. мы ее ощущаем, слышим, видим, “вкушаем”, чувствуем, ее жаждем, в ней действуем, одновременно под напором всей этой действительности изменяемся... Можно сказать, что самое упрощенное представление об интенсивной терапевтической жизни следующее: лучше один раз услышать, чем сто раз прочитать (слышим живой голос), лучше один раз увидеть, чем сто раз услышать, лучше один раз почувствовать, чем сто раз увидеть, лучше один раз захотеть, чем сто раз почувствовать, лучше один раз сделать, чем сто раз захотеть, лучше один раз пережить...

Реальность — в этой многомерности, сравнимости, соизмеримости массы телесных, душевных процессов. Всегда можно измерить насколько мы ощущаем, насколько чувствуем, насколько хотим, как четко помним, какое усилие воли затрачиваем... насколько соответствуют друг другу наши ощущения, чувства, влечения, убеждения друг другу... Насколько поддерживают друг друга...

К сожалению, в наше время обычная жизнь очень многих людей и их болезни малореальны. Жизнь “основывается” на том, что люди читали, слышали, видели на экранах телевизора, на том, что они думают на основе читанного, слышанного...

Вспомним недавний советский “наученный” социализм... Ожидаемый, идеализированный капитализм... Интернационализм.

Болезненные противоречия между “вымышленной”, “однослойной” жизнью и реальностью; внутри однослойной жизни — неизбежны. Между вижу и слышу, вижу в чувствую, чувствую и хочу.

В нашей психотерапии мы погружаемся в реальность, благодаря жизни со многими душевными процессами, и соизмерению, предпочтению... Я не помню, но чувствую... Не знаю, но мне хотелось бы... Сам, в одиночестве я чувствую так, реагирую так, а в присутствии друга, любимого человека — совсем по-другому... А если дождаться подсказки совести...

7. Активность. Все предыдущие условия психотерапии невозможны без активности: ни приятие жизни, ни правда, ни свобода... Чем больше активности — тем больше жизни. Чем больше активности, тем меньше болезни. В обычной жизни, которая и довела Вас до такого состояния, люди слишком часто отказываются от активности: я ее видел, я мало знаю, я не могу брать такую ответственность, есть люди опытнее, меня не просят...

И слишком многое происходит не вовремя... Догонять приходится часами, месяцами, годами.

У нас могут быть все условия своевременности...

Всегда можно выбрать более активный душевный процесс и на него опереться, на него ориентироваться: я не знаю, но чувствую; я не уверен в своем чувстве, но мне хочется; не знаю как помочь, но ближе мне образ действия X; сам не начну, но охотно присоединюсь к Y: “за” — 49%, против — 51%, всего 1%, но он — решающий... Надо ориентироваться на мое реальное “Я”... А сегодня — на идеальное “Ты”...

Ошибка возможна, но важно проявить свою добрую волю.

Возможно успеха в этот раз не будет, но опыт я приобрету очень нужный...

Благодаря всем этим условиям психотерапии, нередко ее часы приносят такой опыт, такой целительный эффект, который в обычной, “хронической жизни”, болезни мы получаем за годы.

А — главное — опыт в лечебный эффект — вовремя.

VI. РОЛЬ ВЕДУЩЕГО

Наверное, можно афористически сказать, что главное в роли ведущего быть до того главным участником. Быть погруженным в благодатную жизнь. Ведущий — не проповедник здоровья, а проводник к здоровью. Проводник, но отнюдь не средство передвижения, не транспорт.

Он может быть образцом, примером.

Может быть катализатором терапевтических процессов.

Но лучше, чтобы он был сотрудником.

Ведущий помогает ощутить главное, услышать, увидеть главное, почувствовать, выбрать главное влечение, использовать имеющийся опыт, предложить альтернативы в размышлениях, выводах, решениях... Поддержать в действиях... Наложить вето на неперспективные действия... Указать на перспективных сотрудников...

Однако он не ощущает, не слышит, не видит, не чувствует, не хочет... вместо клиента, пациента... Не знает заранее, только после клиента... Не вместо, а вместе с пациентом...

Если брать весь процесс психотерапии, то как в жизни, он скорее является любящим родителем... По известному восточному афоризму, вначале он ведет себя с пациентом, как с королем, затем как со слугой, в дальнейшем — как с другом.

Одним из чистых “технических приемов” ведущего является организация для пациента временного и душевного пространства...

— Мы достигли момента, когда не стоит торопиться... для самого главного всегда есть время... Должна быть даже вечность... Неторопливых 10 минут,

стоят 10-ти суетливых дней... Чтобы вслушаться, почувствоваться... надо время...

Время группы может превратиться в вечность... 10 минут слышанья × 10 мин. виденья, 10 мин. чувствования, 10 мин. опыта... × 12 жизней участников = вечности...

VII. ИЛЛЮСТРАЦИИ ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

Признаюсь, для меня это наиболее трудный раздел. Не случайно я много работаю, но очень мало пишу.

Очень трудно в спорах передать эту мультимногомерность интенсивной, цельной живой работы.

Иногда, “наказывая” пациента, я “выключаю его из работы (велю закрыть уши, или глаза, запретив двигаться, хотеть, отдавать себе отчет о происходящем...). А потом прошу попробовать воспроизвести, что происходило в группе... 5 часов не хватает, чтобы восстановить пропущенные 5 минут...

Нужно иметь поэтический дар для такого воспроизведения.

Боюсь, что многие пишущие о своей работе психотерапевты становятся более поэтами, мечтателями в психотерапии, чем практическими работниками.

Мы можем себе представить хирурга — поэта в своей специальности, юриста-поэта..., но хотели ли бы мы быть их клиентами?...

Тем не менее, тем не менее... Составитель нашей книги, вероятно прав, введя этот раздел в план текста...

Лучше один раз увидеть...

Нужно попробовать передать цельное представление “с высоты птичьего полета...”

Тем более, что некоторая мозаика общей картины из предыдущего изложения уже начинает складываться.

23.09.1996 г. на Большой группе в отделении, перед выпиской пациент делится опытом своего выздоровления...

Раньше вокруг мир был пустым...

И внутри была пустота...

Моя жизнь была рефлекторной. Стимул — ответ. Хотя ответ иногда длился, путаясь, минуты, часы...

Потом постепенно появилось что-то внутри. Не могу сказать что... Но это что-то сделало мои реакции живыми...

Сделало меня живым... Мир — вокруг живым...

Это — что-то теплое, светлое.

Что-то малое и одновременно огромное внутри...

И одновременно — снаружи...

И мои ответы стали краткими и конкретными...

Учебно-лечебная группа для профессионалов 19–22.09.1998 г. 30 часов занятий. 19 человек + терапевт.

Основные профессиональные трудности: центрированность на клиенте в ущерб себе, неспособность к отказу, неуверенность в себе, неспособность работать с психотическими больными. Неумение быть благодарным. Неумение благодарить...

Основные личностные трудности: Плохое восприятие себя. Низкая самооценка. Высокие запросы. Трудные отношения с отцом, с отчимом, с матерью. Трудность выражения чувств. Вся жизнь — жертва. Тягочусь тишиной (с побегом в суету). Трудно говорить да и нет. Маловерие. Страх повторения психоза у жены...

Группа 2 и 3-я

К. Я — отчим. Падчерице — 11 лет. Сыну — 4... С сыном все хорошо... А она не говорит мне “папа”... Я не знаю: кто я?...

...

И-а. Я тоже в 5 лет узнала, что отец у меня не родной... И до смерти не могла его называть отцом... Хотя он был лучше родного... Но и настоящего отца не могла называть отцом..

...

С. А кто вам объяснил, что отец может быть только один?

...

И-а. Я тут в группе опять пережила свои трудности... И приобрела отцов в К. и П... Как хорошо, что вы не конкурировали, а оба заботились обо мне...

...

Терапевт. Тут К. нами воспринимался отцом, а не отчимом... А для И-а даже был отцом, позволившим живо пережить ее трудности... К. не знает: кто он? — потому, что недостаточно зрело видит, недостаточно чувствует, недостаточно по-отцовски хочет, живет... Как отец он родился вместе с сыном: 4 года тому назад... Ему 4 года и сыну 4... тут все хорошо... А падчерице как дочери — 11 лет...

Но и мы тут были недостаточно хорошими родителями для К...

Вы нам можете это простить?

...

А себе?...

...

И-а. Я терапевта переживаю как отца, который может быть отцом, и поэтому имеет право... Он не сомневается, что он отец...

...

К. Ты простила отчиму, что он отнял у тебя маму?...

Терапевт. Хочу, чтобы ответ был не ответом на вопрос, а ответом на переживание К... Чтобы ответ сам был переживанием... Можно ответить К. вместо Ин...

Ин. Менялось мое отношение к отчиму: от отказа взять очень красивое платье... Вранье, что оно мне не

нравится. До того, что взяла его фамилию... И любовь к брату...

...

Терапевт. Думаю, у нас осталось не более половины “незаконно”, без оснований мучающих нас переживаний, т. к. мы тут в группе свое детство, свои детские трудности иначе прожили... Лучше их прожили... Прожили их с другими, которые переживали свои, но и наши трудности... И с нами. Думаю, было достаточно преобразенных чувств, желаний, даже преобразений личности...

Мы видели, как изменялись лица...

Мы изменялись вместе с ними...

Группа 7

Терапевт. Эту группу мы начинаем как люди, прожившие половину терапевтической жизни... Когда люди хотят не всего, а самого главного... И хотят не в кредит, а хотят заработать.

Вы пожилы... Много узнали... Многому научились...

До сих пор я был достаточно активен...

Надеюсь, что своей активностью Вас не подавлял...

Сейчас жду от Вас большей активности, инициативы...

Сейчас хотел бы уже не вести Вас, не выбирать оптимальные пути, а скорее подстраховывать...

...

С. Казалось бы, время работать мне... Мои трудности — трудности весьма зрелого возраста... (Именно из-за этого на 2-й группе в работе ей было отказано).

Но мои трудности рассосались...

Прожила их...

Пережила боль, страх вместе с другими...

Стала по-другому воспринимать..., Чувствовать...

Пережила трудности других с их молодой остротой...

Оказывается, мой крест (жизнь — жертва, я — жертва) мне много дал... Откуда-то силы появились...

Мои нереализованные желания оказываются моими возможностями...

Терапевт. Позволю себе вмешаться, чтобы обратить внимание группы... Очень хорошая самостоятельная работа С...

Это — не исповедь... С. с нами делится... Тем, что она от нас получила, хотя мы не всегда знали, что и как много мы ей даем...

В. А как с мужем? Ты уже не жертва?

С. Я чувствую по-прежнему, что я с ним бессильна... Но не как жертва... Тот муж, который меня любил, умер... Он уже жертва своего выбора... У меня нет ненависти. Есть жалость... Ненависть преобразилась в жалость...

...

Л. Когда ты за него молишься, чего просишь для него?

С. Здоровья ему... И, Господи! Просветли его!

Группа 9

...

Р. Тут в группе многое для меня решилось потому, что я пережил повторно веру в меня... Молодость... Психоз... Прогноз доцента, что я — конечный человек... Что от меня надо прятать топор... Моя будущая жена ходила ко мне в больницу каждый день... Мои родители были всего два раза... Ее вера в меня...

Потом — двадцать лет без психоза...

В группе С-н смог поверить... Его вера увеличилась в нем и других...

Я верю в выбор даже в психозе. Можно выбрать: впасть в психоз или не впасть...

Л. Огромный подарок от Р. ... Уверенность в невидимом и получение ожидаемого...

Е. Я так много тут пережила, что не могу сказать...

Терапевт. Тогда — деньгами! Сколько?

Е. ...Столько, что деньги становятся нематериальным..

...

Терапевт. Очень хорошо работаем... Мы — на вершине... Веет нематериальностью... Даже деньги становятся нематериальными. И не только своим количеством...

Кто делает заявку на посещение нас тут и теперь Духом?

И.л.а.П. Думаю, что, позволяя себя обижать, унижать, оскорблять, мы позволяем унижать Бога в себе!

Терапевт. Думаю, что это — хорошая заявка на духовность при работе в следующей группе.

Группа 10

Терапевт. Итак, мне кажется, мы готовы услышать, увидеть, почувствовать, принять жизнь с Богом... в той или иной степени...

Если мы готовы, то “нас посещает” или вдохновение, или ангел, или Бог..

Л. Передо мной образ знакомой маленькой девочки в нашем городе. Рождество... Елка... Она оделась волшебницей... Семья ее живет очень скромно... Она не могла делать особых подарков... И поэтому она раздавала детям свои лучшие игрушки...

А я в жизни ничего такого не сделала!

За всю **свою** несравненно более долгую жизнь!...

...

Терапевт. Чувствую: тепло в душе, светло..., на глазах слезы... дух веет среди нас...

В. Как дети умеют жить с Богом!...

Ан.а. У нас Р. жил с Богом... Давал нам столь же щедро.

И. И не ожидал благодарности.

Л. Помню свою пациентку в психозе с детской, детской душой... Кажется, ничем не могу ей помочь... Только слушаю ее бред... ЕЕ... И люблю...

Терапевт. ...Я нехорошо поступаю... Мне тут не надо ничего говорить... Но — работа моя такая... Приходится... Воистину, почти все мы в необычном, чудесном состоянии...

Если определять наше состояние философски, то мы сейчас прикасаемся к глубинам Бытия...

Если — определять психологически по Карлу Юнгу, то архетипы пробудились в нас и говорят с нами тысячей голосов...

Если — определять религиозно-теологически, то мы видим невидимое (девочку под елкой, Р. — в руках Божьих, психотическую пациентку с детской душой и ее доктора...) ярче реального (нашего несовершенства, например, коллегу Д.)... И получаем ожидаемое...

Если — определять религиозно-мистически, то мы переживаем оживление души прикосновением к вечной жизни... У нас был Бог — отец (вместо — вместе с отчимом...). Бог — сын (вместе с девочкой под елкой), и Бог — Дух (в общем духе нашей группы), и есть наше преображение (мы сейчас другие, хотя являемся больше сами собой, чем были).

Если определять по-медицински, с точки зрения ИТЖ. Мы — живем полной, настоящей, живой, целебной, очень интенсивной жизнью.

Если и своей жизнью, жизнью каждого другого, и нашей, и наших близких (родителей, детей), и наших пациентов... И нашей жизнью, когда у нас впереди было 20 жизней, и нашей жизнью, когда за спиной — уже 20 жизней...

Жили жизнью настолько реальной, что она включала и делала реальной каждую другую жизнь.

В таком состоянии нереальные, и потому некорректируемые психотические состояния становятся реальными и потому подвергающимися воздействию...

В нереальном мире мы живем в одиночку.

В реальном — все вместе... Все за все в ответе...

И способны за все ответить...

Группы 11 – 12

...

П. Я переосмыслил свои отношения с матерью... И успокаиваюсь... Я не хочу мать изменить...

Но остается бездонная глубина одиночества...

Отдельность...

И.л.а.П. А мы? Какие чувства к нам?

П. "Расставание с родиной" ..

...

Терапевт. А что чувствует "Родина" к Вам?

И.р.а. Когда-то я попала по ошибке в онкологическую палату... Но я не знала, что — по ошибке...

Но там Бог посетил меня...

И тут...

В. Я жил 4 года в Канаде. Там, где природа очень похожа на нашу...

Когда я вернулся сюда, я почувствовал, что тут все благоухает... Тут я живу...

Вы укрепили мою веру... Во всех теперь верю... С вами я жив.

Л.р.а. Со второго дня в группе у меня отмирало напряжение... Ангел тут был в виде А. К. р. а. была дочкой... В. — настоящий духовник...

Все двадцать человек — община.

А.н.а. Ухожу с легкостью...

И.г.а. Лед в отношениях с отцом, с отчимом во мне растаял...

Терапевт. Хорошо заканчиваем группу... Умирает не группа, а умирает в нас грешное, плохое... Остается вечное... Мы остаемся...

VIII. ПРЕДВИДИМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Люблю говорить пациентам, что жизнь — всегда выход за пределы. В ИТЖ диагностика — всегда больше, чем диагностика: это уже и консультация. Если диагностика не заканчивается консультацией, она не жива...

Консультация всегда больше, чем консультация...

Коррекция больше, чем коррекция...

Психотерапия — больше, чем психотерапия...

А жизнь — отнюдь не выживание, не борьба...

А закон предполагает чудо...

А смерть — воскресение...

И не когда-то в необозримом будущем, а сейчас, в этом будущем, которое рождается сейчас...

И весьма конкретное воскресение новых восприятия, чувств, желаний, действий..., которые недавно закончились, умерли...

И воскресают к новой жизни. Новыми, преображенными.

Итак, в ИТЖ и диагностика, и консультация, и коррекция, и лечения не должны иметь, по своей сути, конечного результата.

Хотя, конечно, пациенты, клиенты его ждут.

И, как мы знаем, ждут чуда.

Но, если только ждут, то чуда не происходит.

Другой результат, если — верят и верят реально с душевной работой для вещей невидимых и ожидаемых...

Еще лучше, если этим живут.

Так бывает не столь часто...

Но частично...

И поэтому чаще всего мы, предвидя очень многое встречаемся со следующими результатами.

Диагностика. Если трудности, нарушения высказываются живым голосом, слушаются живым ухом врача, видятся врачом на лице больного, больным на лице врача, чувствуются, сочувствуются, совместно вспоминаются, сознаются, сопереживаются... То даже в течение 30-ти минутной диагностики

врач психолог, психотерапевт может распознать 90 – 60% трудностей, нарушений, возможностей их пережить без опасности позволить нарушениям прожить себя... Передать 10 – 20% (не больше, чтобы не запутать пациента) этого опыта пациенту... Того опыта, который мог бы его исцелить... К сожалению, реально только около 10% пациентов могут такой диагностикой продуктивно воспользоваться.

Консультация — т.е. дополнительные рекомендации, как воспользоваться этим опытом (еще около 30 минут совместного времени) могут эти шансы увеличить до 15 – 20%.

Коррекция — совместное, содейственное восприятие, чувство, влечение, воспоминание, обсуждение, исправление... увеличивают возможности пациента еще на 5 — 10% (1 — 5 часов дополнительного времени). Дальнейшее зависит от креативности пациента.

Терапия. После 20 – 30 часов занятий (5 – 10 индивидуальных встреч + домашние задания или 10 – 15 групповых занятий) у пациентов, клиентов более значительные возможности изменений.

Редуцируется до 60 — 30% симптоматики (чувствительность, беспокойство, страх, бессонница, астения, напряжение, боли). Эффективность функционирования отдельных психических процессов (восприятий, чувств, влечений, памяти, внимания, мышления, воли...) заметно возвращается к обычной для человека норме.

Гармонизируется личность.

Увеличивается ее пластичность.

Увеличивается активность.

Улучшается адаптация.

Человек, по его словам становится другим и, одновременно, становится больше сам собой.

Он, например, недавно боявшийся дотрагиваться до вещей, чтобы не заразиться, получает удовольствие от прикосновений.

Он “приватизирует болезнь”, он с ней обходится, как со своей собственностью... Он с ней может жить...

Он ближе к земле.

Но и ближе к небу.

Он чувствует, что люди с ним чувствуют себя уютнее.

И поэтому он — с ними.

Он “не живет, а ему живется”.

Он “поживает, добра наживает”.

Иногда я спрашиваю: “Если представить себе, что до начала лечения Ваша душа весила 7 грамм, или занимала объем в 70 литров, то насколько она прибыла в весе или объеме?”

Обычные ответы: в два – три раза...

Признаюсь, это намного больше, чем я предвижу...

И намного меньше, чем я обычно надеюсь.

Октябрь 1998 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Апостол Павел, I Кор. 6:12.
2. Апостол Павел, Кол. 3 : 12 – 16. Рим. 15 : 1 – 7.
3. Бенигсен Г. Не хлебом единым. — М. – Клин: Братство Святителя Тихона, 1997. С. 109.
4. Левицкий С. Трагедия свободы. Соч. т. 1. — М.: Канон, 1995. С. 14.
5. Розениток-Хюсси О. Речь и действительность. — М.: Лабир, 1994. С. 172, 185.
6. Розениток-Хюсси О. Речь и действительность. — М.: Канон, 1998. С. 185.
7. Флоровский Г. Из прошлого русской мысли. — М.: Аграф, 1998. С. 81, 82.
8. Франк С. Л. Русское мировоззрение. — СПб: Наука, 1996. С. 68.

В издательстве “ЛОГОС” вышла в свет книга

А. Сосланд

ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО МЕТОДА

ИЛИ

КАК СОЗДАТЬ СВОЮ ШКОЛУ В ПСИХОТЕРАПИИ

В этой книге:

- исследована и описана фундаментальная структура психотерапевтического метода;
- создан язык, позволяющий адекватно и полно описать любой психотерапевтический метод;
- психотерапия впервые представлена не как конгломерат разрозненных концепций, а как внутренне единая целостность;
- намечены возможности проектирования новых психотерапий, чему приводятся наглядные примеры;
- обсуждается сущность и своеобразие взаимоотношений психотерапевтов с методами, которыми они пользуются.

Оптовая и розничная реализация — магазин “ГНОЗИС”

Москва, Зубовский бульвар, 17; тел.: (095) 247-1757; E-mail: logos@rinet.ru

Костюшин П. Ю., факс: (095) 246-2020

Физика и метафизика психотерапии

В. Е. Каган (Санкт-Петербург)

... существуют исходные вещи, посредством которых мы проясняем и понимаем что-то другое, при том, что сами они остаются для нас неясными, останутся навсегда неясными. То, что обеспечивает ясность чего-то другого, само неясно, не отвечает критериям того, что ясно посредством него.

* * *

Гордиев узел разрубается ударом меча Александра. Разрубается посредством *здесь и сейчас*.

М. Мамардашвили — “Кантианские вариации”

Введение. Законы политической географии не отменяют закона идентичности, и Александр Алексейчик — гражданин Литвы — не перестает быть психотерапевтом российским. Предложение редколлегии написать комментарий к его статье совпало с моим отъездом на международный семинар по психотерапии и медицинской психологии “Пациент и психотерапевт в сумерках нашей эпохи” для психотерапевтов, психологов и медицинских сестер в созданном и руководимом им отделении Центра психического здоровья в Вильнюсе — 22-й ежегодный апрельский семинар Алексейчика. На семинаре статья, производившая на меня впечатление конспекта книги, воплотилась в живом и насыщенном 32-часовом процессе. В нем участвовали психотерапевты и психологи из Литвы, Латвии, Эстонии, России, Белоруссии, Украины, США и наравне с ними (не как бы, а действительно наравне) медсестры и пациенты отделения, созданного и руководимого А. Алексейчиком. Должен заметить, что это отделение — единственное известное мне в границах бывшего СССР полнокровное терапевтическое сообщество, в котором терапевтический процесс идет непрерывно и обеспечивается активной терапевтической ролью всех участников от заведующего до пациентов — словом, представляет собой как раз ту самую интенсивную психотерапевтическую жизнь (ИТЖ), о которой пишет А. Алексейчик.

Четыре 2-часовые группы (“Работа с верой” — Юрате Баярунене, “Гармония личности и души в групповой психотерапии” — Казис Ремейкис, “Письмо Тебе” — Робертас Пятронис, “Психологическая поддержка в сестринской работе” — Галина Миккин) продолжились в 2-часовой работе большой группы, объединившей всех (более 100) участников семинара. Самостоятельные по формату и содержанию, они явились своего рода прологом к группе “Работа с важнейшими психотерапевтическими процессами”, которую вел А. Алексейчик при поддержке Р. Пятрониса и К. Ремейкиса. Архитектура занятий была представлена работой “малой группы” из 15 участников (врачи, психологи, медсестры, пациенты) при актив-

ном наблюдении “большой группы” из всех остальных участников семинара и их включенности в этапные и итоговое обсуждения. Теоретическая база и основные понятия, на которых строилась работа, представлены в статье А. Алексейчика, а ключевыми были понятия Детства и Чуда.

Эта статья — не апология А. Алексейчика. Тем более, что основные *pro et contra* несколько лет назад нашли отражение на страницах “Московского Психотерапевтического Журнала” (1993, №№ 1 и 4). Это и не попытка описать происходившее на семинаре или происходящее в других группах А. Алексейчика, которая была бы чем-то вроде попытки передать происходившее, например, со Львом Толстым в процессе написания “Войны и мира” в терминах положения его тела при письме — нечто вроде этого сделал Марк Розин (МПЖ, 1993, № 1) и изустно делают многие, подменяющие опыт проживания групповой ситуации отстраненным разглядыванием психотерапии через лупу собственных комплексов, проекций и сопротивлений или самоутверждения. Это попытка взглянуть на ИТЖ с позиции презумпции ее невиновности и осмысленности (“Нет собаки, на которой нельзя наловить блох”, — мудро заметил песик Фафик, и право побивания грешников имеет лишь тот, кто сам безгрешен, ибо иначе побиваем за свои грехи — другого), взглянуть в нее как в систему, в которой отражаются проблемы психотерапии в целом и, конечно, что-то понять для себя. Хочу подчеркнуть — взглянуть в систему, ибо вне ее контекста любые, даже самые изощренные, аналитические подходы либо смешны, либо деструктивны или, точнее, смешны до той поры, пока не воплотятся в деструкции. Основания и право на такое рассмотрение мне дает знакомство с творческой лабораторией А. Алексейчика не со стороны и понаслышке, а изнутри — через живое участие в ИТЖ и многолетнее ее обсуждение с автором и самим собой. Однако, введение затянулось...

“Психотерапия — это то, что придумали психотерапевты”, — заметил в одном из обсуждений психотерапии Сергей Зелинский. Однако, придумать для

себя столь великолепное занятие можно было не раньше, чем сформировался некий, схематически упрощая и упрощая, квадрат, в котором только и могла кристаллизоваться или, скажем иначе, получить и найти свое место психотерапия как “планируемое целенаправленное лечение” (J. Kobos), “профессиональные отношения” (R. Chessik), “формализованный структурированный процесс” (R. Corsini, D. Nathanson), “психологическая процедура” (J. Furedy), “приложение принципов и методических приемов” (A. Lazarus)... словом, “умышленная попытка изменить поведение и переживания” клиента/пациента (S. Krippner):



Иными словами, психотерапия не прикладная и не клонированная Традиция (или Религия, Философия, Наука). Она наследует им, но им не тождественна. Она с полным правом может повторить тезис психосинтеза: “Традиция — это я. Религия — это я. Философия — это я. Наука — это я. Но я — не Традиция, не Религия, не Философия и не Наука”. И определения психотерапии как “«религиозно» обращенного процесса, который приглашает людей освободиться от старых верований, восприятий и жизненных практик или изменить их в надежде достичь «спасения»” (H. Mosak), “человеческих отношений” (R. May), “межличностного символического ритуала” (J. Zeig), искусства, “парадокса в человеческих отношениях” (J. Beahrs) и другие подобные так же обоснованы и справедливы, как приведенные выше. Психотерапия закономерно парадоксальна и парадоксально закономерна: от этого кружится голова. Редукция психотерапии к любому из ее источников кладет конец головокружению... и самой психотерапии. Анатомия замороженных срезов проясняет устройство тела, но не представляет жизнь. Все люди одинаковы и все, из чего состоит человек, стоит не более двух десятков долларов по сегодняшним ценам, но человек уникален и бесценен, а его измеримость в сантиметрах и килограммах не отменяет того, что он (Человек и человек — вообще и этот) — мера всех вещей.

Физика психотерапии достаточно постижима или, во всяком случае, постигаема: сел, сказал, сделал так или этак... Она вполне укладывается в некую сетку координат, образуемую основными видами психотерапии и используемыми в них техниками. Она то

более, то менее доступно и внятно излагается в учебниках и руководствах или “подглядывается” у Мастеров. Она обсуждается с позиций научной обоснованности. Она не нуждается в таких размытых понятиях как Душа или Вера, а понятие Чуда в ней — просто незваный гость: на волшебника ведь так просто выучиться! В психотерапии есть свои различающиеся физики и множющиеся пограничные области: психоанализ и гуманистический психоанализ, ветвления бихевиоризма, дерево когнитивных терапий, не говоря уже о буйном цветении в долинах гуманистической психотерапии. И ни одна сциентистская попытка поиска единственно верной или создания единой теории психотерапии не удалась. Можно было бы сказать — пока не удалась, но перспективы этого “пока” скрываются в бесконечности. Даже выделение “сухого остатка” психотерапии в виде НЛП не приблизило линию горизонта. Больше того, происходит престранная внешне и совершенно закономерная внутренне вещь: профессионалы, осваивающие НЛП как психотерапевтическую физику, покидают психотерапию, уходят в бизнес, менеджмент и т.д.

Физические фон и фигура в гештальтах психотерапии, безусловно, присутствуют и важны. В них и психотерапевтическим техникам не грех свое место определить, но — только свое, иначе психотерапия не состоится. “ИТЖ, — пишет А. Алексейчик, — только в очень небольшой своей части техника, даже если ее сравнивать с теми моделями, где терапевт сам становится лекарством, лечебными становятся его отношения с больными”. Но только ли ИТЖ? Уж как технологична бихевиоральная терапия или, того пуще, НЛП, но и в них технология сама по себе не срабатывает, и к ним приложимы слова J. Zeig: “Эффект психотерапии предполагает веру психотерапевта в используемый им метод”, но, добавлю, и веру пациента — даже если эта вера скрыта под масками сциентизма одного или безверия другого.

Метафизика психотерапии. О психотерапии можно сказать словами известного физика: “Когда мы объясним все, останется некий метафизический остаток, который на самом деле все и объясняет”. В нем, в этом метафизическом остатке как раз и кроется секрет того, что психотерапия постигаема, но непостижима — сказываема, да несказуема — не скрывается, но тайна — чудес не творит, но чудесна... ИТЖ и статья А. Алексейчика — это обращение прежде всего к метафизике психотерапии как “искусства создания среды (психологической, метафорической и реальной), облегчающей изменение” (E. Bader, P. Pearson). Мне такое определение близко, ибо совпадает с моим пониманием психотерапии как процесса, создающего условия для диалога смыслов (“Смысл должен быть соизмерим с моей судьбой. Объективированный смысл лишен для меня всякого смысла. Смысл может быть лишь в субъективности, в объективности есть лишь издевательство над смыслом” — Н. Бердяев), а

не слов — перехода диалога “Я — Оно” в диалог “Я — Ты” (по Мартину Буберу) и возникновения “момента диалога” (по Тамар Крон) как позитивного *risk experience*.

Именно в “момент диалога” и происходят изменения. Но сам он не управляем. Это может разочаровать психотерапевта, склонного брать на себя всю ответственность за изменения и/или приписывать себе честь достижения этих изменений. Терапевтическое изменение это своего рода чудо, происходящее в “момент диалога” — момент, в который пациент есть воплощенная свобода быть и стать (по Ф. Нириунгу): в этот момент пациент свободен не только от ограничений, налагаемых социумом, комплексами, иррациональными верованиями и т.д., но и от психотерапевта.

Мое глубокое и принципиальное убеждение состоит в том, что пациента к психотерапевту приводит не симптом, а переживание симптома, и — продолжу — не само переживание, но одиночество перед лицом этого переживания. Не “инженера человеческих душ” и не “шамана” ищет во мне пациент, но — собеседника, помогающего встрече со своим переживанием, чтобы восстановить утраченную самость. Восстановление этой самости в “момент диалога” происходит при встрече с переживанием один на один. В этот момент психотерапевт пациенту не только не нужен, но и мешает, становится препятствием — и тем более трудноодолимым, чем более он (психотерапевт) искусен и подвержен искусству тотального контроля за процессом и управления им. Здесь свобода терапевта, если исходить из данного М. Мамардашвили определения свободы, встречается со свободой пациента и имеет ее своим условием, побуждающим к самоограничению. Приближение к “моменту диалога” чаще всего трудно, болезненно, драматично и может выразиться, например, в рыданиях, прервать которые, “утешить” — значит взорвать мост к самости. Я говорю не о кашпировщине погружения в рыдания переполненных стадионов, но о душевном и профессиональном слухе психотерапевта, различающем в плаче все его оттенки — обиды, боли, страха, горя, выплакивания, оплакивания и отплакивания, слез радости, просветления, счастья; не о садистическом удовольствии высекания слез у другого, но о мужестве события с самостью другого в зоне ее пикового опыта. Там, где этого мужества у терапевта недостает, он не в состоянии быть открытым пациенту и принятию его таким-какой-он-есть-здесь-и-сейчас, а стало быть и признать его свободу быть и становиться.

Другими словами, “момент диалога” может быть назван моментом Встречи — с собой, своими переживаниями, миром вокруг и внутри себя. Психотерапия, напомнил Казис Ремейкис, не клизма — ее не поставишь; психотерапевтический процесс — поддерживаемое и стимулируемое терапевтом продвижение от

одного “момента диалога” к другому, от одного метафизического момента к другому.

Именно метафизика образует душу психотерапии. Григорий Сковорода сказал, что душа это то, что делает траву травой, дерево — деревом, а человека — человеком; без нее трава — сено, дерево — дрова, а человек — труп. Метафизика это то, что делает психотерапию психотерапией, без нее психотерапия — болтовня или трюкачество или способ выжимания денег...

Диалектический дуэт. Тут я позволю себе некоторую философскую вольность, сопоставляя физику и метафизику психотерапии в контексте их диалектической взаимосвязанности, а не противопоставляя метафизику психотерапии ее диалектике. По существу, речь идет о феноменологии психотерапевтического процесса, в котором физическая феноменалистика торит дорогу к метафизической встрече с самостью. ИТЖ равно диалектична и метафизична. Ее основной язык метафоричен и звучит в тонко нюансированном пространстве контекста, а содержания представляются линейному мышлению запутывающе противоречивыми. Афоризм, заметил Амбруаз Паре, это полуправда, сформулированная таким образом, чтобы сторонников другой половиныхватила кондрашка; но ИТЖ — не философское ристалище, и афоризм утрирует одну сторону правды, чтобы пробудить к жизни другую. Метафора, шутка, анекдот — не самоцельные технологические средства, но ассоциативные координаты здесь-и-сейчас, задающие Слову задачу и пространство для того, чтобы стать Делом и Телом. Слово, ставшее Делом и Телом, вознаграждено, не ставшее — наказуемо; оно один из главных видимых элементов ИТЖ. И молчание — Слово, ожидающее быть услышанным и говорящее больше слов, если становится Делом и Телом.

Жизнь, Дух, Душа, Вера, Молитва, Чудо воплощаются в Слово-Деле наравне со Здоровьем, Временем, Детством, Зрелостью... Так метафизика в ИТЖ обретает черты вполне физические, задавая векторы изменения в “момент диалога”. Диалектика — отношений физики и метафизики в психотерапии; восхождения от всеобщего, всемирного, вечного к конкретному, своему, личному, сейчасному; библейского и мирского; ответственности и смирения; принятия и выбора... ИТЖ разворачивается и совершается как практическая философия жизни, где категории существуют постольку, поскольку превращаются в поступки Слово, не воплощенное в Дело, не обретшее Тела поступка — умирает или лишается права звучания...

Здесь-и-сейчас в ИТЖ подчеркнуто телесно и конкретно — переживание, поступок, но не сомнамбулические прикосновения и застывания в объятиях или просто пространственно-временное ограничение тематики. Не отказ от прошлого или будущего, но возможность пережить (в обоих проанализированных

Ф. Е. Василюком смыслах) их и даже, может быть, вечное в настоящем, здесь-и-сейчас.

Однако, не в любое здесь-и-сейчас введешь свои прошлое и будущее, да и не в любое они войдут. Тут дело не только, и, может быть, даже не столько в моем собственном здесь-и-сейчас, но в здесь-и-сейчас группы как облегчающей мое изменение психологической, метафорической и реальной среды (Е. Vader, Р. Pearson). Она не только создается как энергетическое поле во взаимодействии индивидуальных энергетик, но и требует организации, которая может быть разной и является основной ответственностью ведущего (терапевта, тренера). Диапазон возможностей здесь чрезвычайно широк — от стиля ЭСТ-тренинга до клубной атмосферы, а мотивация выбора ищет свое место между личностными возможностями ведущего и рациональной картой групповой работы.

Здесь-и-сейчас ИТЖ определенно задано в самом названии. Это прежде всего **Жизнь** во всех ее глубине, многообразии, проблемности, со всеми ее светлыми и темными сторонами. Жизнь, которая такова, какова есть и никакова более. Жизнь, в которой, согласно аксиоме Геделя, ничто не происходит случайно или по чьей-то глупости. Не лабораторная модель жизни, но сама Жизнь как лаборатория. Не драматизация жизни, но сама драма. Через ведущего — его устами и действиями — Жизнь проявляет себя как сила и нежность, война и мир, закон и любовь, манипуляция и свобода.. во всем ее противоречивом богатстве и многообразии. Жизнь в ИТЖ — не идиллия группового согласия, не оазис, сидя под пальмами которого, можно учиться выживанию в пустыне. Она может быть и пустыней, и оазисом — если я до него добрался. Она не берет на себя обязательства быть “дамой, приятной во всех отношениях”, а фасилитирующий ее в группе ведущий — “добрым дядюшкой”. Задача ведущего — продуктивный климат в группе, а не единообразие позитивной оценки каждого его шага или восторга игры — тем более, что ИТЖ и не игра вовсе. ИТЖ — Жизнь, и не просто Жизнь, а **Жизнь Интенсивная** — насыщенная, сгущенная, уплотненная, высокого удельного веса. Момент может вмещать себя время от минут до вечности. Стороны, аспекты, грани жизни могут быть увеличены на порядки. Переживание и осознание своего отношения к жизни достигают необычайной яркости, не заслоняя самость, но проясняя ее. Решающим образом это зависит от того, что транслируемые ведущим требования жизни приходят не “отовсюду и ниоткуда”, как слуховые галлюцинации, а исходят из одной четкой точки — от ведущего, сфокусированы в нем, как сфокусированы и мои реакции на него. Диалог с Жизнью становится из расплывчатой метафоры реальным событием здесь-и-сейчас вместо отвлеченного философствования обо всем и ни о чем, маскирующего болезненное (не обязательно синоним патологического) отчуждения. Выпукло и четко — моя и группы

роль в этом диалоге, и в этом смысле все свободны и все ответственны — за победу и поражение, смирение и преодоление, страдание и совладание..., а, стало быть, и виновны: не обвиненные или обвиняемые, не юродствующие в вине, не самоедствующие но виновные, по Н. Бердяеву, виной свободного человека — возвышенной и плодотворной: виновны, — сказал Борис Чичибабин — “В том, что жили в такое время, в такой стране и, значит, не могут быть непричастны ко всему, что творилось тогда, да и по сей день творится, не могут не разделять вины и ответственности за все, что делалось и делается, было и есть. ... чем душа праведней, тем она сама себя считает грешней и виноватей, тем больше ей есть в чем покаяться, а мнили о себе, что не в чем, те, кто понаглей да поподлей, ну разве что еще дурачки по слепоте и недомыслию”.

И тогда жизнь — даже самая тяжелая — уже не Чудище, которое “обло, озорно и лаяй”: с ней можно вступить в контакт и прозреть в ней Чудо — по Вере. И я не *получаю* от ведущего и группы, а сам добываю, делюсь и со мной делятся. Добыл — добыл, нет — нет: это факт моей и только моей биографии, но не добыл — и поделиться нечем, а это уже факт жизни группы: она может простить, подать на бедность (возьмешь ли?!), спросить с тебя... Тогда уже не скажешь ведущему: “Я просто разорена: истратила деньги на то, чтобы “купить” на семинаре информацию и потом “продавать” ее своим клиентам... За “товар”, т.е. за информацию, деньги я заплатила, а самого “товара” не получила. Продавать нечего. А ведь столько было надежд!” (из письма ко мне “разочарованного челнока” — кандидата наук, старшего научного сотрудника кафедры психологии одного из российских университетов). Ибо в ИТЖ ничего не дается, если попросить и принять не умеешь, и ничего не продается, хотя может быть подарено. И наконец, эта интенсивная жизнь (мера интенсивности — переживания, а не количество телодвижений или упражнений) **терапевтична**. Момент терапевтичности тренинговых групп интуитивно понятен и многожды описан, хотя — по большому счету — это отдельная тема. Но терапевтичность ИТЖ — особого рода. Она не делает различий между профессионалом и пациентом, для нее все равны, хотя и неодинаковы, она обращается к человеку, а не его профессиональности или неврозу. И пациент в ИТЖ может оказаться — и часто оказывается — более эффективным помощником терапевта, чем терапевт — помощником для него.

Манипуляции, свобода, этика участия. Ни один из отечественных психотерапевтических подходов, даже откровенно декларирующих воздействие на пациента вместо взаимодействия с ним, не получал столько упреков в манипулятивности и в таком (на мой взгляд, совершенно неколлегиальном и непозволительном) тоне, сколько досталось и достается на долю ИТЖ: провокация, издевательство, насилие, бред, шизофрения, садизм, фашизм и т.п. (правды ради за-

мечу, что в зомбировании, кодировании, программировании и сектантстве *пока* не обвиняют). Не могу и не беру на себя право судить, чего здесь больше — непрофессионализма, психологических защит, ханжества или всего понемногу, но достоинство, позволяющее мотивированно опровергнуть или неоскорбительно отвергнуть ИТЖ как нечто неподходящее для себя, здесь и не ночевало. Предельные формы это принимает, когда коллеги предпочитают быть наблюдателями именно в группе ИТЖ, обходя вниманием все параллельно проводящиеся группы, но вместо того, чтобы попытаться вникнуть в суть происходящего, только что не улюлюкают и не забрасывают ведущего тухлыми яйцами, а в перерывах ведут “идеологическую обработку” членов группы (так было, например, на семинаре “Балтийские Звезды”). Сапожник, как известно, обычно без сапог, а там, где профессиональная дискуссия вырождается в морализирование, умирает не только профессиональная, но и просто человеческая этика...

С манипулированием, однако, дело обстоит не так просто, как кажется на первый взгляд. Этим термином обычно описывают поведение одного человека по отношению к другому при отсутствии согласия или запроса этого другого, рассматривая такое поведение как насильственное. Спорить с этим трудно, да и не стоит, ибо проблема в другом. Едва ли кто-нибудь упрекнет в манипулировании человека, вынужденного из петли самоубийцу — это спасение. Но сам спасенный может быть благодарен за спасение, а может возненавидеть спасителя, который в его глазах — лишь беспардонный манипулятор. При всей своей внешней манипулятивности ИТЖ никого не спасает, но создает пространство и время для воплощения слов Серафима Саровского. “Спасись сам — и вокруг тебя спасутся тысячи”. Дело, стало быть, в отношениях между людьми и отношениях людей к явлениям и ситуациям. Попытки понимания манипулятивного поведения упираются в ту же трудность, что и попытки понимания агрессивного поведения — оценку умысла, мотива. Отношение дон Хуана к Карлосу Кастанеде манипулятивно, но дон Хуан — Маг и Учитель, а не манипулятор. Милтона Эриксона, посылавшего обратившихся за лечением взбираться на гору, “доносившего” жене на позволившего себе откровенность мужа, вступавшего в разговор с официанткой ресторана, куда он приглашал своего пациента, и т.д., никому не придет в голову назвать манипулятором — он величайший психотерапевт. Осмелюсь утверждать, что психотерапия и тренинг без манипуляций вообще невозможны, но одни манипуляции мы приемлем, а другие нет; одни позволяем, а другие запрещаем; в одном и том же поведении видим манипулятивность у этого человека и не видим — у того или у себя. Переживаю ли я поведение другого человека по отношению к себе как манипулятивное, могу ли сов-

ладать с ним, хочу ли совладать — вопросы эти касаются не только манипулирующего, но и меня самого, и прежде — меня, а потом уже — его.

Манипулятивность в ИТЖ не прячется за паранджой фундаменталистского понимания гуманистичности. Более того, она выпукло, подчеркнута и порой утрированно воспроизводит жизнь, и если учесть, что в “интенсивной терапевтической жизни” ударение стоит одновременно на всех трех словах, то ее уместность и необходимость очевидна и бесспорна — другого по определению не дано. Но интерпретировать это средство тренинга как свойство ведущего — то же самое, что считать, будто в сексологию приходят сексуально озабоченные, в психиатрию — сами не того-с, в патологическую анатомию — некрофилы, в хирургию — садисты и т.д.

ИТЖ не ограничивает моей свободы воспринимать манипуляции так или иначе. Манипуляция вызывает к моей свободе ответственного выбора, обращается к проблеме границ моей свободы в моем собственном представлении и отношения к устанавливаемым для нее извне границам, побуждает меня соразмерить свои желания и возможности получать от нее удовлетворение, совладать или бороться с ней. Старые психиатры в диагностике ранней детской шизофрении использовали такой прием: демонстративно держа перед ребенком иглу, говорили: “Дай ручку — я тебя уколю”; маленький шизофреник в отличие от здоровых и детей с другими расстройствами протягивает руку, получает ощутимый укол, отдергивает, но в ответ на повторную просьбу снова протягивает и так много раз. И если “Психотерапевт хватает руку того, кто сидит к нему ближе всего, и начинает выкручивать ему пальцы (больно — могу сказать по собственному опыту)” (Марк Розин, МПЖ, 1993, № 1), то что, собственно говоря, мешает НЕ терпеть, коли терпеть не хочется?!

В фокусе внимания ИТЖ — не декларации, в том числе — и свободы, но Слово, воплощенное в поступке, приводящем к изменению — себя, другого, ситуации. Или — не приводящее. В ИТЖ можно пережить, те всем существом своим узнать и понять, что свобода (моя и чужая, обретенная или утраченная) зависит от меня, от того — стало ли мое Слово — Делом. У манипуляции в ИТЖ своя роль — она отнюдь не главный герой. Но отношение к ней огорчительно часто похоже на отношение ко многим другим вещам. “Эгоист — человек, думающий о себе больше, чем обо мне” (Ю. Тувим) или “Две вещи ненавижу — шовинизм и армян” (анекдот).

Напоминание о системе. Занятия группы — не вся ИТЖ, а ее часть, представляемая в целях педагогических, терапевтических, организационных. Переплетение этих целей — если участники им, конечно, следуют — создает мощный и впечатляющий эффект, но еще не исчерпывает потенциалов и ресурсов ИТЖ

как системы. Суждения о системе ИТЖ в целом на основе наблюдения группы как ее модели и одного из ее элементов должны быть предельно осторожными (рассказ об ошупывающих слона слепцах повторять уже надоело, да и не так уж мы слепы). Поспешные выводы — с какой бы стороны они ни делались — напоминают слова Любавического Ребе: “Если ты окажешься близко, когда надо быть далеко, то окажешься далеко, когда надо быть близко”. Да и Истина, — напоминает А. Алексейчик, — не ЧТО, а КТО, и чем я ближе к Истине-ЧТО, тем дальше от Истины-КТО — от своей истинности.

Это полностью относится и к восприятию статьи А. Алексейчика. Слово “теория” в ней относительно — теории в привычном “научном”, “академическом” смысле в ней, слава Богу, нет. Есть метатеория, система базовых категорий, представленных в утверждениях не окончательных, но создающих, во-первых, рефлексивное, во-вторых, дискуссионное и, в-третьих, воплощаемое в Дело поле. Нетрудно заметить, что это исключительно рамочные и нередко размытые (интуитивно понятные, но не укладывающиеся в четкие определения) понятия. Будучи опредмеченными в научном смысле, эти понятия лишаются смысла, превращаются в памятники самим себе, но опредмечиваясь в индивидуальных переживаниях и поведении/поступках — обретают смыслы, становятся моими Истинами (не догмами) и моей Истинностью. Живое присутствие этих понятий в ИТЖ вводит участников в полифоническое, глубокое и широкое соотношение себя с миром, историей, культурой. Нужно ли это психотерапевту? — вопрос схоластический. Нужно ли это вам, ему, ей, мне? Мне — нужно. Вам — можете знать только вы. Нужно ли это пациенту? Как посмотреть. Если невроз или проблема понимаются как расстройство психики, комплекс, сбой одних или фиксация других стереотипов и т.д., то, скорее всего, не очень. Если же они понимаются как неудавшийся диалог с миром через себя и с собой через мир, то — необходимо.

Личность и ИТЖ. Для некоторых пациентов интенсивность терапевтической жизни по А. Алексейчику тяжела, и они предпочитают вернуться к лечению у психиатра или у психотерапевта с менее интенсивной системой работы. Многие другие в ИТЖ находят то, чего долгое время не могли найти в других системах терапии. Сказать, как это порой делается, что А. Алексейчик только создает видимость лечения и только у истериков — несправедливо: его и его отделения пациенты занимают преобладающую часть диагностического спектра.

Не всякому психотерапевту ИТЖ придется “по душе и по руке” — все-таки верно, что сколько психотерапевтов, столько и психотерапий. Не всякий сможет взять у нее урок. Не всякий захочет. Не всякий примет к исполнению то, что делает создатель ИТЖ. И всякий свободен в этом.

Для того, чтобы принимать ИТЖ, вовсе не нужно быть ее восторженным адептом или фанатом — более того, “западание” в ИТЖ противопоказано, как, впрочем, и в игру, алкоголь или Интернет. Достаточно участвовать в ней и совершать свои восхождения к себе. И тот факт, что моя система работы во многом отличается от работы А. Алексейчика, никак не противоречит ни моему продолжающемуся ученичеству у него, ни восприятию ИТЖ как оригинальной, целостной и эффективной системы, ни нашим с ним человеческим и профессиональным отношениям.

На насмешки и “тухлые яйца” ИТЖ с полным правом может ответить словами Виктора Шкловского (писателя — не логопеда): “Нас нельзя обидеть, потому что мы работаем. Над нами нельзя посмеяться, потому что мы работаем”. Но ИТЖ так устроена, что еще и урок возьмет у обидчика и высмеивающего...

На этом я не кончаю размышления об ИТЖ, но, вынужденный рамками комментария, лишь прерываю их...

Вместо заключения. “... истина не установилась, а все время устанавливается... то, что возникает впереди, в некоторой длительности, покоится на высокой волне интенсивного существования, существования “я” в зазоре между двумя временными моментами, которые не вытекают один из другого... я стою... на волне интенсивного существования, которое незаметно... свет появляется только из моей собственной темноты... если я не сделаю и не извлеку опыт сейчас, то уже никогда не сделается и не извлечется... В впечатлившейся душе лежат как бы “завязшие”, отяжелевшие образы, и эти образы должны всплыть, освободиться от наростов, от утяжеленности... И здесь... появляется очень интересная тема, тема усиления вот тех образов — отяжелевших, завязших объектов нашей впечатленной души... Потому что познавать, конечно, можно только то, что есть в душе, или соотноситься с тем, что есть в душе.. Извлечение опыта, если оно совершается, не есть просто содержание опыта, а есть *реальное событие*, которое может случиться или не случиться...” (М. Мамардашвили — Картезианские размышления).

Рассказывают, что некий человек страстно желал стать учеником великого Учителя, жившего высоко в горах. Он очень долго добирался до него и наконец предстал перед ним и приветствовал со всем почтением, которое возможно и подобает, когда стоишь перед Великим. И услышал в ответ: “Приветик, приветик”.

Психотерапия в зеркале культуры

Д. А. Стехликова (Карловы Вары)

Культурную ситуацию последних двух десятилетий за неимением более точных терминов принято обозначать как “постмодернистскую”. Постмодернистское мироощущение отличается прежде всего последовательный отказ от создания единой, претендующей на глобальность и истинность рассудочной, мировоззренческо-философской метатеории какого бы то ни было явления, с позиции которой можно было бы теоретизировать о назначении и конечной цели этого явления. С этой точки зрения, какой бы то ни было текст, претендующий на обобщение, можно понимать, как одну из возможных версий, языковую “игру в бисер” — вроде бесконечной шахматной партии. В подобной неопределенности и неопределяемости “извне” находится и феномен психотерапии, который еще во времена Фрейда перерос свою чисто медицинскую, прикладную направленность и претендует на свое особое место в космосе современной культуры как специфический и самостоятельный способ познания и деятельности. Психотерапия не является ни научно-технической дисциплиной, ни практической этикой, ни профетическим философским учением, ни духовно-пастырской службой по примеру старца Зосимы из “Братьев Карамазовых”, ни искусством или религией. Несмотря на общий корень слова, психотерапия давно вышла за пределы, положенные ей “материнскими” специальностями — психологией и психиатрией. По словам Эрика Эриксона, основы способа мышления, перешагивающего границы психологии (метапсихологию), можно обнаружить уже у Фрейда. Контекстом психотерапии, определяющим не только ее внешние цели, но и сокровенные механизмы воздействия, не служит узкая область отдельного психотерапевтического направления или врачебной специализации. Психотерапия является феноменом, принадлежащим целой культуре, отважной попыткой целостного постижения и решения проблемы человека не “благодаря”, а “вопреки”, не благодаря избытку жизненных сил, а вопреки их недостатку, не благодаря расцвету, а вопреки упадку, болезни, ограничению возможностей, смерти. Это парадоксально, но возможно именно поэтому психотерапия подчас имеет больше шансов на обнаружение потаенного смысла, открытие подлинной реальности, подлинной духовности — по сравнению, к примеру, с современной философией или искусством, заглядевшимся в ироническое зеркало постмодернизма. Ибо что может быть подлиннее человеческого страдания и осмысленнее его преодоления?

Неисчерпаемое богатство культурного космоса, сложность явлений внутренней жизни человека определяют поразительное многообразие психотерапевтического опыта, его высокую степень внутренней дифференциации. Феномен психотерапии так же многолик и изменчив, как древнегреческий Протей, за масками бесчисленных направлений и школ скрывающий свой истинный облик и свой пророческий дар. При сравнительном анализе психотерапевтических концепций приходится менять — с использованием выражений И. Хейзинги — самоуверенное “это так и есть” на “это предстает таким”, т.е. допускать равноправное сосуществование принципиально различных “работающих” моделей понимания единой неисчерпаемо многозначной реальности, не будучи уверенными уже и в умопостижимости ее “единства”.

Несмотря на это, не подвергается сомнению тот факт, что, как писал Перлз, “бессознательное” и “либидо” настолько же реальны для фрейдистов, насколько для бихевиористов реальны “рефлекторная дуга” и “стимул-ответ”. Эти термины стали предметом веры”, — продолжает Перлз и тот же божественный статус приписывает термину “гештальт” в своем понимании этого слова [11, С. 34]. Вопрос о возможности “конвергенции психотерапевтических систем на высшем уровне понимания” [9, С. 28] пока остается открытым.

Тем не менее считается доказанным факт того, что отличия в теоретических основаниях и технических подходах различных психотерапевтических школ не влияют на успешность психотерапии, значительно превышающую эффект плацебо. Luborsky с соавторами [24] в своем обзоре на эту тему использовали выражение птицы Додо из “Алисы в стране чудес” Льюиса Кэрролла: “Все выигрывают и каждый заслуживает награду”. Утверждение, что все психотерапевтические системы и направления обладают примерно одинаковым эффектом, в специальной психотерапевтической литературе получило название “приговора Додо”. Столь же бесспорным является Факт постоянно возрастающей потребности в психотерапии миллионов наших современников.

XX столетие можно назвать эпохой, как нельзя более нуждающейся в психотерапии — в широком смысле этого слова индивидуализированной секуляризованной помощи человеку, перенесшему центр жизненного тяготения в партикулярную область и лишенному стабильных традиционных жизненных ориентиров, соотнесенных с трансцендентным смыслом.

В технизированном и бюрократизированном обществе XX века теряют свое общественное значение и власть над умами и душами традиционные этические императивы и сама система ценностей, организовывавшая человеческое существование еще на пороге столетия, вместе с воплощавшими их миссию общественными институтами и авторитетами (например, церковью, монархической организацией государства, неписаными законами чести и семейного права, установлениями нравственности и социальной нормы). Американский социолог Элвин Тоффлер, описывая современную “сверхиндустриальную цивилизацию” отмечал ее все возрастающий динамизм и нестабильность и предупреждал, что “давление ускорения имеет личные и психологические последствия, точно так же как и социологические” [26, С. 7]. “Для того, чтобы выжил, чтобы избежал того, что мы обозначили “шоком будущего”, индивид должен стать бесконечно более приспособляемым и устойчивым чем раньше. Должен искать совершенно новые пути, как укрепиться, потому что все старые корни — религия, народ, группа, семья или работа — все колеблется под давлением ускорения” [26, С. 24].

Эти “разжалованные” надличностные структуры, наделявшие целью и смыслом существование миллионов, выполняли кроме прочих и психотерапевтически окрашенные функции интерпретации переживания и регуляции поведения.

Ортега-и-Гассет отмечал, что в начале столетия “огромное большинство европейского человечества жило для культуры. Наука, искусство, право казались самодовлеющими величинами; жизнь, всецело посвященная им, перед внутренним судом совести оставалась полноценной... Неужели теперь мы перестали верить в эти великие цели?...” [10, С. 265]. Сам испанский философ отвечает на этот вопрос признанием факта, что вера осталась, но изменился ее характер. Из глобальной, наделяющей существование смыслом и целью, стала частной, необязательной, ничего не обещающей и не гарантирующей ни всечеловеческое, ни индивидуальное спасение.

Общей точкой отсчета этих радикальных изменений миропонимания, в течение нескольких десятилетий преобразивших лик света, являлось ницшеанское “Бог умер”, предчувствованное Достоевским в “Записках из подполья”. Хайдеггер считал ницшеанский нигилизм не просто Философским учением, а тотальным общественным состоянием. Теоцентристскую модель мира заменила модель антропоцентристская.

Потеря веры в какие-либо общезначимые ценности и идеалы, превышающие интересы нашего “Я”, парадоксально ослабила позицию человека в мире, потерявшем свои духовно-культурные основания, и означала дезинтеграцию, атомизацию индивида, его реальное превращение в подобие изолированной лейбницовской монады. Если раньше культурный кон-

текст поддерживал восхождение от частного и индивидуального к интеграции до общего, макрокосмического и сакрального уровней бытия, в эпоху постмодернизма господствует скепсис, невиданный плюрализм воззрений и стилей жизни, предельная секуляризация всех областей существования.

Разоблачение человеческого, психологического происхождения высших “неземных” инстанций, “богоутрата” означала окончательную свободу, сверхчеловеческую вседозволенность в сочетании с этическим релятивизмом с одной стороны (Ницше) и переживание потери метафизического смысла бытия и жизни человека, открытие “абсурда” как конечной правды человеческого удела — с другой (Камю). Отчуждение, тревога, страх смерти отныне являются постоянными симптомами болезни “смыслоутраты”, диагноз которой поставил еще Шопенгауэр в своем тезисе о бессмысленности жизни перед лицом “молчащих небес”. При этом разум и наука, от которых со времен Просвещения человечество ожидало самосовершенствования человеческого духа, не исполнили своих обещаний. Выяснилось, что на основные вопросы человеческого существования наука не может дать ответ, поскольку не обладает адекватными методами для их решения. Л. Н. Толстой в последний год жизни написал: “ученый... не имеет ответа на главный вопрос всякого разумного человека: зачем я живу и что мне делать?” [14, С. 256].

По мнению Фромма, “индивид оказывается “свободным” в негативном смысле, то есть одиноким и стоящим перед лицом чуждого и враждебного мира... Испуганный индивид ищет кого-нибудь или что-нибудь, с чем он мог бы связать свою личность; он не в состоянии больше быть самим собой и лихорадочно пытается вновь обрести уверенность, сбросив с себя бремя своего “я” [17, С. 132].

Одним из механизмов “бегства от свободы” и подавления тревоги согласно Фромму является “автоматизирующий конформизм” — “индивид перестает быть собой; он полностью усваивает тип личности, предлагаемый ему общепринятым шаблоном, и становится точно таким же, как все остальные, и таким, каким они хотят его видеть”. Его поведением управляют “анонимные авторитеты” общественного мнения и здравого смысла. “Массовый” тип человека Ортега-и-Гассет описывают как “человека-массу”, который “плывет по течению”.

Если представители экзистенциализма трагически переживали изолированность, беспомощность и личную незначительность человека как винтика бездушной машины цивилизации в непонятном и враждебном мире тотального отчуждения, то “человек-масса видит перед собой безоблачный горизонт неограниченных возможностей... Каждый новый день добавлял еще одно излишество к списку тех благ, которые предоставлял ему его уровень жизни” [10, С. 85, 81].

В то же время “человек-масса” является “избалованным ребенком человеческой истории”, который “покорил все явления, но так и не стал хозяином самого себя” [10, С. 71 – 72]. “Хотя производство и комфорт увеличиваются, у человека все больше притупляется ощущение собственного “Я”, он чувствует, что жизнь его бессмысленна, часто не осознавая этого. В XIX столетии проблемой было “Бог умер”, в XX стало “умер человек” [18]. Прагматический либерализм современного общества отказывается от трансцендентных целей во имя идеи неограниченного научно-технического и экономического прогресса, индивидуальной свободы, ценностей личного потребления, удобств и комфорта, которые приносит частная жизнь в ситуации материального благополучия. Подчинение унифицированным нивелирующим стандартам массовой культуры, этический КОНФОРМИЗМ становятся общественной нормой. Жизненная пассивность и экзистенциальная беспомощность, опьянение потреблением всех видов — от потребления вещей до подобного калейдоскопу потребления впечатлений и переживаний — становятся способом существования. Приходится встречаться с установками пациентов, которые считают психотерапию такой же услугой, покупаемой за их деньги, как и любые другие товары. При этом считается само собой разумеющимся то, что счастье является результатом удовлетворения потребностей, несмотря на то, что этот тезис был убедительно опровергнут рядом выдающихся мыслителей — от Сократа и Сенеки до Шопенгауэра и Фрейда.

В сегодняшнем плюралистическом мире ценности, которые мотивируют поведение, часто очень противоречивы и несводимы в единую систему. Отсутствие данного “сверху”, безусловного смысла существования и неудовлетворяющая релятивизма минутных целей требует от каждой развитой и внутренне дифференцированной личности “борьбы за существование” в смысле самовоплощения, т.е. активного и творческого приступа к жизни, каждодневного ответственного выбора, способности понимания и приятия своих подлинных переживаний и потребностей, автономного смыслопорождения, целеполагания и претворения действительности в соответствии с собственными целями. Именно этот процесс и призвана направлять и поддерживать психотерапия. Как заметил В. Франкл, “у каждого времени свои неврозы — и каждому времени требуется своя психотерапия.”

Эрнст Кассирер создал новую парадигму понимания человека, определив его как “animal symbolicum” (“символическое животное”). “Человек живет отныне не только в физическом, но и в символическом универсуме. Язык, миф, искусство, религия — части этого универсума, те разные нити, из которых сплетается символическая сеть, сложная ткань человеческого опыта”.

Человек переживает и осмысливает мир в рамках определенных субъективных моделей реальности, символов и систем значения, на основании которых создает представления о себе, своем месте в мире и своих способностях осуществлять определенное поведение, отвечающее этим представлениям и поставленным целям. В каждодневной практической жизни “человек не может жить в мире строгих пактов или сообразно со своими непосредственными желаниями и потребностями. Он живет, скорее, среди воображаемых эмоций, в надеждах и страхах, среди иллюзий и их утрат, среди собственных фантазий и грез. “То, что мешает человеку и тревожит его, — говорил Эпиктет, — это не вещи, а его мнения и “фантазии о вещах” [6, С. 59].

На формирование субъективной модели реальности могут повлиять практически все переменные конституирующие человека — от его генетических и биологических свойств до его личного опыта и культурного контекста. Каждую психологическую модель реальности определяют интенсивная внутренняя жизнь и динамика, открытость изменениям и обновлению.

Часто противоречивая динамика внутреннего роста и развития, проявления внутреннего конфликта, депривация психосоциального характера, фрустрация, трудности в сложной жизненной ситуации, проблемы в области взаимоотношений с другими людьми, симптомы заболевания и иные проявления неблагополучия свидетельствуют о том, что существующие субъективные модели реальности уже не отвечают новым потребностям, не исполняют достаточно эффективно ФУНКЦИЮ инструмента овладения, объяснения, понимания и интерпретации реальности как регулятора эмоций, мотивации и поведения. Психологическая модель реальности в этот момент требует ревизии и творческой трансформации, помощь в которой предоставляет психотерапия. “Что касается человека, то его ничто не принуждает строить свою жизнь по заданной модели; человек наделен пластичностью и способен бесконечно меняться” [22, С. 909]. На основании определенной теоретической концепции каждая диада психотерапевт – пациент создает систему кодификации, диагностики либо описания отдельных частных проблем пациента, общего состояния неблагополучия и его причин (часто в рамках целого, т.е. каких-то представлений о “норме”). Каждое психотерапевтическое направление можно понимать как уникальный метод интерпретации или “герменевтическую систему”. Герменевтика как искусство и теория понимания и истолкования текстов, в области философии претендует на методологическую и онтологическую постановку вопроса о постижении человеческого бытия.

В этом отношении особенно велика заслуга Фрейда, создавшего метод интерпретации для целей тера-

певтической практики. Фрейдовское искусство толкования Поль Рикер назвал “семантикой желаний”, акцентируя знаково-символический характер интерпретации. Создатель школы “структурного психоанализа” Жак Лакан подчеркивал ключевое значение в психотерапии именно символической, языковой проработки внутреннего душевного опыта, его “обозначения”, то есть включения “хаоса” субъективности в символический порядок, опосредованный языком.

В то время как понимание в психоанализе является герменевтикой “дешифровки” или “разоблачения”, процессом приписыванием значений, понимание в гуманистических направлениях психотерапии — процессом поиска или “воссоздания” смысла.

В процессе психотерапии происходит не только принятие, более глубокое постижение своего внутреннего и внешнего опыта, но и “пересказ”, “перекодирование”, реструктуризация субъективной психологической реальности с более или менее сознательной внутренней целью обеспечить лучшую, более пластическую адаптацию и взаимодействие человека с самим собой и с конкретными условиями существования, а в конечном итоге максимально приблизить человека к реализации своих потенциальных возможностей и способностей. Карен Хорни писала: “Основная цель анализа пациента состоит не в том, чтобы достичь глубокого проникновения внутрь, а в том, чтобы использовать это глубинное проникновение для изменения отношения человека к миру” [19, т. 1, С. 399]. В результате “...начинается изменение ценностей, целей, направленности... и пациент сильнее сосредоточивается на реализации своих возможностей” [19, т. 3, С. 667]. “Именно там, где мы беспомощны и лишены надежды, будучи не в состоянии изменить ситуацию, — именно там мы призваны, ощущаем необходимость измениться самим” [17, С. 43].

Взглядом к неповторимому, уникальному характеру каждой личности, всякая серьезная психотерапевтическая работа является творческим процессом, в котором участвуют как психотерапевт, так и пациент. С этой точки зрения психотерапию можно назвать творческой герменевтикой опыта переживания, где сосуществуют два центра активности — тот, кто переживает и тот, кто помогает понимать.

Новая субъективная модель действительности как результат трансформации внутреннего мира пациента реализуется в новых способах понимания самого себя и своего места в мире, переживания и поведения, проявляющихся как более аутентичные (экзистенциальная точка зрения) или более адаптивные (позитивистско-бихевиоральная точка зрения). Ей соответствует и новый жизненный контекст значений и взаимоотношений, осваиваемый с точки зрения новой внутренней позиции. Эффект психотерапии с этой точки зрения можно сравнить с лечебными свойствами времени: новый опыт изменяет переживание прошлых

психотравм благодаря новой жизненной позиции человека. Время не лечит, если человек продолжает жить в старом контексте и “глух” к значениям нового личностного опыта.

Многообразие психотерапевтического опыта обусловлено неисчерпаемыми возможностями герменевтического подхода, допускающего при интерпретации человеческого бытия использовать всю палитру человеческого опыта самопознания, накопленного историей — от чань-буддизма и Сократа, до структурализма и экзистенциализма. Каждая школа психотерапии ассимилирует ту часть многовековой мудрости человечества, которая ей помогает при лечении пациента, часто “стоя на плечах” великанов человеческого духа и целых культур.

“По всей видимости, психотерапия достигнет по-настоящему высокого уровня только к тому времени, когда... она начнет черпать знания о человеке из более глубоких источников, Образ человека мог быть создан антропологией, вбирающей в себя идеи греческой философии, Августина, Кьеркегора, Канта, Гегеля, Ницше. Наши духовные и психологические стандарты все еще остаются неопределенными, а их уровень подвержен беспрестанным колебаниям. Только самым великим из учителей человечества дано определять образ человека и формы обсуждения человеческой души” [22].

Тезаурус культуры часто является “источником” идей и подходов для психотерапевтической практики. Например, гештальт-терапия, несмотря на свою академическую родословную с печатью гештальт-психологии, во многом является западным продолжением жизненной философии дзэн-буддизма, а некоторые методы релаксации были созданы на основании достижений индийской йоги. Сократ и его диалоги являются праобразом рациональной психотерапии, шаманские техники — экстатических состояний “расширенного сознания”, используемых в трансперсональной психотерапии.

ОБЩЕНИЕ психотерапевта с пациентом всегда происходит в пространстве культурно соотнесенных значений. При этом подлинная психотерапия имеет человеческое измерение и всегда ориентирована на конкретного человека, на индивидуальность, на личность. Задачей психотерапевта является помочь пациенту создать свое собственное жизненное пространство построить свой собственный дом во вселенной культуры, реализовать свои возможности, стать самим собой. Как выразился Юнг, “правда это, или нет — не важно. Важно лишь — что это моя сказка, моя правда” [20, С. 16].

Пытаясь вынести за скобки собственно психотерапевтической работы все культурно детерминированное и обусловленное контекстом, рискуем “вылить с водой и ребенка”. С другой стороны, пытаюсь принять во внимание как можно больше влияний культуры,

подвергаемся опасности потерять специфический предмет психотерапии, его “технические” возможности и терапевтические механизмы, “растворить” его в космосе культурно-исторического бытия. Поэтому обратимся к более традиционному определению предмета нашего исследования.

В современном понимании этого слова психотерапия является лечебной, профилактической и реабилитационной деятельностью, целью которой является помощь человеку с нарушениями здоровья, а также поддержка в гармоническом развитии личности. Метод психотерапии по определению французского психолога и психопатолога Пьера Жане (1859 – 1947) заключается в “лечении психологическими средствами”.

В российской специальной литературе психотерапия нередко определяется как “система лечебного воздействия через психику на организм больного” [5, С. 7]. Психокоррекция, понимается как “комплекс мер психического воздействия, направленных на изменение системы отношений, самооценки, настроения, установок и поведения человека с нарушением адаптации, или в предболезненном состоянии — на пресечение или ослабление возникшего в организме патологического процесса” [7].

Говоря о психологических средствах, мы затрачиваем необычайно широкую область человеческой деятельности и культуры, поскольку *ad extremities* каждое воздействие или взаимодействие между людьми и продуктами их деятельности в рамках человеческого общества является воздействием психологическими средствами.

С точки зрения медицинской модели чисто психологические средства лечебного воздействия можно определить и ограничить по сравнению например с физическими, химическими и биологическими средствами лечебного воздействия, но и это разделение будет условным, поскольку почти любое врачебное действие содержит в себе психологический компонент. Поэтому и обыкновенное измерение температуры термометром в определенной ситуации (например, в присутствии врача), т.е. чисто физикальное и диагностическое воздействие может быть психотерапевтическим актом, хотя пациент не сознает этого. Психологическая модальность воздействия определяется прежде всего наличием фактора значения (смыслового и эмоционального) для пациента (осознаваемого или неосознаваемого). Тем самым вновь возвращаемся к культурному контексту, определяющему эти значения. Создатель своеобразного группового подхода, ориентированного на анализ эмоционального взаимоотношения врача и пациента М. Балинт писал, что врач является не только специалистом, но и лекарством в сильном смысле слова.

Константными, определяющими компонентами психотерапевтической ситуации можно считать меж-

личностные отношения, коммуникацию в рамках специфического социального взаимодействия между врачом или психотерапевтом с атрибутами его статуса (квалификация, авторитет, возможно и харизма) на одной стороне и человеком в роли пациента или клиента на другой стороне.

Коммуникация в психотерапии означает “передачу значений в межличностном контексте с целью повлиять на другого человека и вызвать желательные изменения. Коммуникация происходит на вербальном и невербальном уровне...” [28, С. 14].

При этом было бы упрощением представлять коммуникацию в психотерапии как обмен и переработку информации, а рациональную психотерапию — как обмен вербальной информацией на рациональной основе. Информационные процессы в психотерапии необходимо рассматривать как метафору, как инструмент для моделирования информационного измерения реальности, чем-то вроде “семантической редукции”, хотя и существуют интересные попытки создания универсального алгоритма психотерапевтического взаимодействия. Так, например, представитель палоалтинской школы коммуникативной психотерапии Watslawick [29] разделил способы взаимоотношений на две группы — дигитальную и аналоговую. Аналоговая коммуникация является образной, опирается на интуицию и воображение, дигитальная коммуникация — на логические связи. Используя эту модель, можно сказать, что именно “аналоговая коммуникация” является необходимым условием спешной психотерапии.

Психотерапия эффективна благодаря тому особому взаимоотношению между врачом и пациентом, которое психоаналитик бы назвал “переносом” и “контрпереносом”, практик в групповой психотерапии — “когезией группы”, представитель гуманистического и экзистенциального направления трансцендентальным феноменом отношения “Я – Ты”, “коммуникацией одной экзистенции с другой”, загадкой встречи человека с человеком, несущей некий изначальный заряд, Фундаментальный смысл в любой культурной среде, в любом человеческом обществе. “То, что делает врач, учитель, священник и т.п., нельзя рационализировать по существу его деятельности...” [21].

Уважительное, полное симпатии отношение психотерапевта создает безопасное психотерапевтическое пространство, “*holding environment*” [30] становящееся “лабораторией” психотерапевтической работы.

Следующей составляющей психотерапевтического процесса, подлежащей рассмотрению в рамках различных концепций, направлений и культурных контекстов, является широкая шкала конкретных методов и процедур целенаправленного “воздействия психологическими средствами” — от архаических ритуалов изгнания духов до психоаналитических сессий.

При этом социальное взаимоотношение психотерапевта и пациента, строго кодифицированное в каждой культуре, является инвариантным условием лечебного воздействия.

Каждая психотерапевтическая школа и направление в рамках своей концепции обладает собственным набором специфических “испытанных” инструментов для успешного лечения. “Например, психоанализ, в сущности, видит в неврозе результат психодинамических процессов и в соответствии с этим пытается лечить его, приводя в действие новые психодинамические процессы, например перенос. Поведенческая терапия, связанная с теорией научения, видит в неврозе продукт процессов научения или обуславливания и в соответствии с этим пытается воздействовать на невроз, организуя своего рода переучивание, переобуславливание” [15, С.338 – 339].

Представители гештальт-терапии, логотерапии, экзистенциальной, гуманистической и трансперсональной психотерапии предостерегают перед обожествлением технического приема — “методолатрией” — и переносят акцент с технической стороны терапии на “человеческое измерение”. В ситуации “экзистенциальной встречи” психотерапевт стремится катализировать процесс самоактуализации индивида и его духовного развития, того, что В. Франкл называл “*Transszedens seiner Existenz*”.

Религиозный мыслитель, занимавшийся проблемами межличностных взаимоотношений и сотрудничавший с К. Роджерсом, М. Бубер в предисловии к книге швейцарского психиатра Г. Трюба “Лечение встречей” написал: “Решающим обстоятельством является психотерапевт, не методы. Но без методов человек — дилетант. Я за использование методов, но не смею в них верить” [27, С. 5]. Это подтверждает и тот факт, что “...крупные специалисты разных школ во многом больше похожи между собой, чем на менее квалифицированных специалистов даже их собственных школ, и своими концепциями идеальных терапевтических отношений, и своим поведением во время сеансов с пациентами” [10, С. 28].

Целью психотерапии с медицинской точки зрения является выздоровление или улучшение состояния больного, профилактика расстройств, реабилитация. Различные психотерапевтические школы понимают цели психотерапии по-разному: бихевиоральные школы ориентированы прагматически, а цель видят в повышении уровня адаптивных возможностей и приспособления к среде; глубинные направления ведут пациента к осознанию внутренних конфликтов, групповая психотерапия, социотерапевтические направления стремятся к обновлению утраченного равновесия между личностью и его социальным окружением, гуманистические направления считают целью достижение гармоничного развития и творческой самореализации личности, не считая социальную конформ-

ность, удовлетворительную приспособленность и культуральную адаптацию своих клиентов признаком психического здоровья и целью психотерапии. Ибо может случиться, что “пафос истины и правды ведет человека к конфликту с обществом” [1, С. 166].

Само понимание болезни и здоровья, социального, физического, душевного и духовного благополучия, целей человеческого развития различны в разных исторических эпохах, культурах, системах понимания мира и в отдельных психотерапевтических школах. Мы не должны забывать, что “уже давно стал общей точкой социологии и психопатологии факт, что болезнь имеет свою реальность и подлинность болезни только в рамках культуры, которая ее признает таковой” [23, С. 75]. Трудности и неоднозначность в определении границ здоровья и болезни и следовательно и целей психотерапии связаны и с недостаточной разработанностью философско-антропологической и этической проблематики медицины. Макс Вебер подверг критике все естественные науки, включая медицину, за то, что они “дают нам ответ на вопрос, что мы должны делать, если мы хотим технически овладеть жизнью (например, в случае поддержания жизни смертельно больного). Но хотим ли мы этого и должны ли мы это делать и имеет ли это в конечном счете какой-нибудь смысл — эти вопросы они оставляют совершенно нерешенными или принимают это в качестве предпосылки для своих целей...” [2, С. 139].

Во всем разнообразии психотерапевтических школ и методов возможно различие двух фундаментальных философских установок. Первое направление пытается понять целого человека и “вчувствоваться” в его неповторимое существование, поддержать процесс его самореализации, второе раскладывает психотерапевтические проблемы на частные аспекты и решает их научным способом, то есть используют экспериментальные методики и с использованием этих результатов создают научные теории на дискурсивной основе. Некоторые направления используют оба подхода.

Если первая группа подходов (экзистенциально-гуманистическая) принимает субъективность человека как основополагающую реальность, которую нельзя “исключить из игры”, второе направление (позитивистское) именно поэтому понимает все субъективное как помеху, и принимает решение просто не обращая на него внимание. Главным методом экзистенциального направления является интроспекция с описанием переживаний, эмоций, субъективных внутренних процессов и содержаний. Позитивистское направление использует прежде всего бихевиоральное наблюдение и дескрипцию знаков индивидуального и группового поведения.

На первый взгляд оба подхода кажутся взаимоисключающими, но они принадлежат друг другу как две стороны одной медали и часто сосуществуют в

рамках одного направления психотерапии. Например, в рамках глубинной психологии, сосуществуют теории, созданные как под влиянием феноменологии и экзистенциализма (например, “экзистенциальный анализ” Л. Бинсвангера и экзистенциальный психоанализ Сартра), так и под влиянием бихевиоризма и неопозитивизма (например, психология объектных взаимоотношений О. Кернберга).

Экзистенциально-гуманистическое направление психотерапии описывает структуру человеческих переживаний как характеристики самого бытия, то есть приписывает им онтологический статус. В духе персонализма личность человека признается первичной творческой реальностью и высшей духовной ценностью, причем на первый план выдвигается не гносеологический субъект классической ФИЛОСОФИИ, а уникальная личность во всем разнообразии ее конкретных проявлений.

Понятия самореализации и самоактуализации современной гуманистической психологии генетически связаны с юнгианским понятием “индивидуации”, которое в свою очередь опирается на волюнтаристический и персоналистический индетерминизм конца XIX – начала XX столетия, защищавший тезис о свободе воли в противовес позитивистскому детерминизму, рассматривавшего волю как обусловленную извне физическими, психологическими, социальными или иными причинами. В логотерапии проблема свободы воли решается дуалистически, в плане самоопределения человека по отношению к Богу. В то же время нельзя забывать тот факт, что феноменологическое полагание мира из субъективности вообще, и наиглубочайшее субъективное “вчувствование” в частности, невозможно без “объективных” гносеологических привнесений, прежде всего в форме языка и существующего категориального аппарата. Согласно Жаку Лакану все человеческие желания и субъективные переживания вписываются в априорно существующую символическую систему, которой является язык. Само бессознательное по Лакану структурировано как язык. Позитивистское направление в психотерапии идеалом осмысленности считает научное знание, а единственным “законным” методом объяснения и понимания поведения человека считает эксперимент. При этом не принимается во внимание бесспорный факт того, что сама подготовка объективного эксперимента является результатом субъективных рассуждений экспериментатора и что само наблюдение меняет наблюдаемое. Субъективный фактор абсолютно неисключаем даже в ситуации эксперимента. Может случиться, что описание “объективных” структур языка будет превращаться в проекцию субъективных установок экспериментатора.

Принятие позитивистского принципа того, что все подлинное знание может быть получено как результат отдельных специальных наук и их синтеза, приве-

ло к тому, что целые направления психотерапии, в том числе психоанализ и бихевиоральная терапия претендуют на статус точной науки, создавая собственные научные конструкции. При этом возникает своеобразная научная вера в “перенос”, “либидо”, “стимул” или “условное торможение” как проявление гипостазирования, надления элемента классификации, операционального понятия самостоятельной сущностной характеристикой. В этой связи интересна следующая цитата американского представителя прагматизма Дьюи “Тенденция забыть, что такое подразделение и классификация, и считать их признаками вещей в себе — это наиболее распространенное заблуждение, связанное со специализацией в науке”. Цитату привел теоретик культуры Кассирер и продолжал: “если существует какое-то определение природы или “сущности” человека, то это определение может быть понято только как функциональное, а не субстанциональное” [6, С. 304].

Каждый практикующий психотерапевт может возразить, что психотерапия как практико-терапевтическое явление все же имеет критерий истины, внешнюю “точку опоры”. Мерилом истинности психотерапевтической теории или гипотезы может служить ее практическая эффективность в ситуации, данной в опыте. Однако, что касается возможности “измерения” эффективности психотерапии, встречаемся здесь с теми же методологическими трудностями, как и в случае изучения человека с помощью только “объективных” методов. Измеряя, изменяем. Измеряя, измеряем самих себя, свои субъективные (сознательные или бессознательные) установки. Экзистенциально ориентированный психотерапевт мог бы добавить: “Измеряя, теряем человека, его субъективность”.

Более того, то, что происходит в рамках психотерапевтического процесса, включая коммуникацию между врачом и пациентом, хотя и может быть предметом изучения психологической науки и моделью для психотерапевтической теории, само по себе не является наукой. Вот как описывает сущность психотерапии с точки зрения своего опыта общения с пациентом Карл Роджерс: “Я вхожу в отношения не как ученый, не как врач, который может правильно поставить диагноз и лечить, а как человек, входящий в отношения с другим человеком. Чем больше я буду рассматривать клиента только как объект, тем в большей степени у него будет тенденция становиться только объектом” [12, С. 253].

Иллюстрацией односторонней экспансии науки в область проблемы человека может служить понимание культуры Фрейдом или Марксом. Фрейд считал весь культурно-религиозный космос коллективной невротической иллюзией, сублимацией либидо, которую необходимо заменить наукой, Маркс — “надстройкой” над производством материальных ценностей. Психотерапевтическая мысль долгие годы была

поражена идеологией. С одной стороны постулировалась общественно-историческая и деятельностная обусловленность развития и становления личности [3, 8] и к примеру, даже гуманистическая концепция Роджерса критиковалась за “биологический редукционизм”, с другой стороны, в практике однозначно доминировала “медицинская модель психотерапии”, согласно которой психотерапия низводилась до дополнительного метода лечения в руках врача-психиатра. Между тем лучшую ориентацию в психотерапии и ее направлениях приобретали студенты-психологи по сравнению со студентами-медиками. В условиях недостатка времени, отведенного на одного пациента, психиатры решали проблему неврозов фармакологически. Даже петербургская школа психотерапии, которую можно отнести к одному из направлений динамической психотерапии, не могла использовать достижения остальных динамических направлений из-за их родовой связи с психоанализом, который был недопустим с идеологической точки зрения. Хотя цели, задачи, выбор методов в рамках школы Мясищева — личностно-ориентированной психотерапии определялись “личностными особенностями пациента и реакциями его на болезнь” [5, С. 10], сама личность определялась закономерностями и проявлениями клинического порядка. Гипертрофировалось значение “нозологической принадлежности болезни и ее этапа” в ущерб признанию решающего значения личностной динамики, в том числе и на уровне бессознательного. (“Личность необходимо понимать “с одной стороны как стихию, в которой болезнь развивается, с другой стороны как критерий для ее оценки; является действительностью болезни и одновременно ее мерой” [23, С. 16]. Категории соматической медицины, созданные для органической патологии — нозологическая или синдромальная принадлежность случая — приобретали сущностную характеристику и должны были определять форму и содержание психотерапевтического воздействия по перевернутой формуле “лечить не больного, но болезнь”. (См также рассуждение Мишеля Фуко в книге “Психология и душевное заболевание”: “Если душевное заболевание определяется на основании таких же понятийных методов, как заболевание органическое, если психологические симптомы изолируются и соединяются как симптомы физиологические, то это прежде всего потому, что душевное и органическое заболевание считаются естественной сущностью, проявляющуюся специфическими симптомами. Между этими двумя формами патологии реальное единство не существует, это всего лишь абстрактный параллелизм, опосредованный упомянутыми двумя постулатами. Проблема единства человека и психосоматического единства остается полностью нерешенной” [23, С. 13 – 14].

Личность человека, вынесенная за скобки клинико-нозологических категорий, превращалась в “чер-

ный ящик” психической жизни больного, непостижимой в терминах применяемых теоретических концепций медицинской ориентации. Поэтому медицинские психологи подчеркивали необходимость “разработать подходы и средства, позволяющие включить в научный анализ не только общее и типичное, но и единичное и уникальное в личности человека” [4, С. 6].

Нозологический способ мышления, возможность классифицировать и снабдить этикеткой с диагнозом почти любое явление психической жизни — от плохой успеваемости в школе до диссидентского образа жизни — неизбежно приводил к “потере критики”. Упускалось из виду то, что нозология или любая иная система классификации является прежде всего редукцией, своего рода насилием над реальностью и служит “ловушкой”, добровольным порочным кругом для творческой мысли, не пуская ее за границы определения. Раз и навсегда “определить” значит и “ограничить”, то есть заведомо исключить возможность выхода за пределы избранной парадигмы в область для нас недифференцированной или просто “неинтересной” остаточной реальности, “питательной среды”, которая тем не менее изучаемый феномен сотворила, связана с ним тысячами нитей и возможно содержит ключ к его целям и смыслу.

Таким же “Феноменом в тюрьме методологии”, словно заколдованным определением своей научно-медицинской и эмпирически-прагматической исключительности, а на самом деле культурной изолированности, долгое время была советская психотерапия, оторванная от своих историко-культурных, социологических, психологических, философских и всех остальных вообразимых корней. Понятие “тревоги” или “истерии” рассматривалось на том же уровне, что “кровохарканье” или “желтуха”. “Психотерапевтический разговор” назначался в соматическом стационаре и поликлинике три раза в неделю так же, как банки или очистительная клизма. Поэтому неудивительно, что пациент был прежде всего носителем симптомов, а психотерапевт отличался тем, что обладал набором методов и инструментов для лечения. Именно от такой медико-биологической редукции в понимании человека предостерегал Ясперс. “Абсолютизация всегда остающегося частным знания о человеке ведет к небрежности, к искажению образа человека”. “Искаженный образ человека” “предрешает характер нашего общения с нами самими и с другими людьми, жизненную настроенность и выбор задач” [22, С. 448 – 449].

Медико-биологический редукционизм и нозологический пандетерминизм психиатрического и психотерапевтического мышления в советский период является убедительным примером культурной, в более узком понимании и идеологической обусловленности характера лечения психологическими средст-

вами, огромного влияния культурно-исторического контекста на цели, задачи, содержания и методы психотерапии.

Казалось бы, сегодняшней методологической и методической плюрализм в психотерапии автоматически решает проблему культурного и теоретического вакуума, в котором пребывала официальная психотерапия. К сожалению, современные психотерапевтические школы, направления и методы в своей часто высокоспециализированной форме дают предпочтение своим уникальным “текстам” перед общекультурным “контекстом” с такой последовательностью, что в конце XX столетия наследие традиций, грозит история вавилонской башни. Плюрализм психотерапевтических направлений, стремление многих психотерапевтов любой ценой создать свою “новую” оригинальную концепцию и завоевать популярность в ущерб общей концепции может подкопать интегрированность психотерапевтического метода как такового, доверие к его серьезности и эффективности. С другой стороны в практике преобладает смешанное использование различных методов в зависимости от конкретной психотерапевтической ситуации, творческой установки психотерапевта с теоретической тенденцией к интеграции.

Конечно, избежать многообразия используемых методов и направлений на нашей психотерапевтической сцене невозможно, поскольку каждый мыслящий, растущий и профессионально совершенствующийся психотерапевт в своей деятельности часто производит уникальный творческий синтез и использует методы, отвечающие актуальным потребностям психотерапевтической ситуации. В настоящее время растет интерес и к возможностям теоретической интеграции различных психотерапевтических школ. Эта же тенденция проявилась и на первом съезде Российской психотерапевтической ассоциации.

Возможно, для будущего успешного развития психотерапевтической школы большое эвристическое значение имело бы систематическое, концептуальное осмысление собственного опыта предыдущих десятилетий с целью преодоления острого “зазора” между отечественной психологической традицией (в частности, достижениями медицинской психологии или патопсихологии) с одной стороны и теорией и практикой психотерапевтической работы с другой стороны, в том числе и в области образования психотерапевтов. Конечно, не меньшее значение имеет и возвращение отечественной традиции в русло мирового развития психологии и психотерапии, поднятие ее до уровня подлинной духовной свободы, которая и сообщает ей истинное научное качество и возможность обогащения международной науки. Как когда-то заметил Н. Бердяев, беспокоясь о судьбах русской философии, “быстросменному увлечению модными европейскими учениями должна быть про-

тивопоставлена традиция, традиция же должна быть и универсальной, и национальной”.

Психоадаптивными и психогигиеническими свойствами обладают многие “метаязыки” и явления культуры (например, религия, этика, искусство), ибо упорядочивают, обогащают и развивают внутреннюю жизнь человека, выполняют воспитательные и социально-терапевтические функции, удовлетворяют гносеологические и аксиологически ориентированные потребности индивида, включают его в структуры, соотношенные с надындивидуальным смыслом, с атрибутами безопасности, долженствования, ценности, красоты, надежды. В соотношении с этими категориями, в акте творчества, веры, исполнения долга, любви человек утверждает их абсолютную психологическую реальность и наделяет атрибутом “объективного” существования в рамках индивидуального и общекультурного космоса. В этом смысле можно понимать и ахматовское “Знаешь, я читала, что бессмертны души” как соприкосновение с реальностью переживания, созданного стихотворением или как ностальгию по возможному, но почему-то утраченному состоянию.

Выдающийся представитель отечественной школы семиотики Ю. М. Лотман в своей книге “Культура и взрыв” цитирует своеобразное определение поэзии данное Карамзиным [9, С. 199]: “Ложь, неправда, призрак истины, — Будь теперь моей богиней”. Свойства вторичных знаковых структур таковы, что выражения “ложь” и “призрак истины” не противоречат друг другу, а указывают на такую возможность “удваивания” и “утраивания” реальности, которая делает ее не только переносимой и стимулирующей развитие (в случае психотерапии), но и прекрасной (в случае поэзии). Причем “вторая”, созданная реальность является для человека с субъективной точки зрения такой же “существующей” и реальной, как исходная. Вспомним пушкинское “... над вымыслом слезами обольюсь...” В этой связи приведем определение Л. С. Выготского художественного произведения, рассматриваемого как “совокупность эстетических знаков, направленных к тому, чтобы возбудить в людях эмоции” [3, С. 17]. Согласно Выготскому, “искусство систематизирует совсем особенную сферу психики общественного человека — именно сферу его чувства” [3, С. 26].

Психотерапия, как и искусство, систематизирует и преобразует эмоциональный мир человека, его внутреннюю жизнь, творит новые структуры, новые модели реальности, новые миры обитания для человеческой души. В этом отношении психотерапия отвечает определению художественного произведения, данному основоположником философской герменевтики Г. Гадамером: “И если то, что изображено в произведении, или то, в качестве чего оно выступает, поднимается до новой оформленной определенности, до но-

вого крошечного космоса, до новой цельности схваченного, объединенного и упорядоченного в нем бытия, то это — искусство”.

Психотерапия, как и художественное творчество, основана на творческом характере человеческой деятельности и в то же время требует освоения определенных технических приемов. Существует мнение, что искусство по сравнению с психотерапией более “интуитивно, не обусловлено рациональной причиной, не подчиняется требованиям реальности и полезности” [26]. Наранхо уподобляет процесс гештальт-терапии “процессу создания скульптуры мастером с использованием средств его искусства. В обоих случаях содержание выходит за возможности каждого инструмента, хотя инструменты и подбираются для его выражения” [10, С. 36]. “Это больше “терапия”, чем теория, больше искусство, чем психологическая система”, — охарактеризовал психотерапевт свой метод [10, С. 35].

Отличие психотерапии как специфического феномена от остальных языков и систем культуры (например, искусства и религии) заключается прежде всего в ее прикладном характере. В отличие от искусства, психотерапии не свойственна категория самоценности. Она является средством, а не целью. Произведения, возникшие например в процессе терапии искусством, заведомо не рассматриваются как творения, имеющие самостоятельную эстетическую ценность — в противном случае, как заметил Юнг, они бы потеряли свое психотерапевтическое значение. В отличие от религии психотерапия никогда не претендует на создание законченной аксиологической системы, усваиваемой в акте веры. В противном случае психотерапия не становится новой религией, а превращается либо в догму, либо в ревниво охраняемый культ, включающий в себя и ее создателей и учеников. Некоторые психотерапевтические направления и школы не избежали подобной судьбы. Ярким примером может быть выдающаяся личность и блестящий психотерапевт Фредерик С. Перлз, при жизни не избежавший позиции харизматического лидера и добровольной “гуруизации” и оставивший после себя настоящую гештальт-терапевтическую духовную империю.

Теорию Франкла можно понимать так, что человек в любой ситуации способен этой ситуации придать смысл. “Лишь позиция и установка дают ему возможность продемонстрировать то, на что способен один лишь человек: превращение, преобразование страдания в достижение на человеческом уровне” [15, С. 41]. И еще: “... пациент должен пробиваться вперед к конкретному смыслу своего собственного существ-

ования” [16, С. 19]. Утверждение Франкла “смысл должен быть найден, но не может быть создан” содержит описание структуры человеческих переживаний как характеристики самого бытия и уже выводит нас за границы герменевтического круга психотерапии, где человек создает Бога, который создает человека, а тот в свою очередь... изобретает психотерапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бердяев Н. А. Экзистенциальная диалектика божественного и человеческого. — Париж, 1952.
2. Вебер М. Наука как призвание и профессия // Самосознание европейской культуры XX века. М., 1991. С. 130 – 149.
3. Выготский Л. С. Психология искусства. — М., 1968.
4. Забродин Ю. Н., Похилько В. И. Теоретические истоки и назначение репертуарных личностных методик / С. Франселла, Д. Баннистер // “Новый метод исследования личности”. — Новосибирск??, 1987.
5. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. — М., 1965.
6. Кассирер Э. Опыт о человеке. Введение в философию человеческой культуры // Мир Философии. Т. 2. — М., 1991.
7. Квасовец С. В., Безносок Е. В. и др. Психотерапия пограничных психических и психосоматических расстройств с использованием современных технических психодиагностических и психокоррекционных средств (пособие для врачей). — М.: МЗ РФ, 1997.
8. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. — М., 1978.
9. Лотман Ю. И. Культура и взрыв. — М., 1992.
10. Наранхо К. Гештальт-терапия. Отношение и практика атеоретического эмпиризма. — Воронеж, 1995.
10. Ортега-и-Гассет Х. Дегуманизация искусства и другие работы. — М., 1991.
11. Перлз Ф. С. Внутри и вне помойного ведра. — СПб., 1995.
12. Роджерс Р. К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. — М., 1994.
14. Толстой Л. Н. Путь жизни. — М., 1993.
15. Франкл В. Человек в поисках смысла. — М., 1990.
16. Франкл В. Доктор и душа — от психотерапии к логотерапии. — СПб., 1997.
17. Фромм Э. Бегство от свободы. — М., 1990.
18. Фромм Э. Психоанализ и этика. — М., 1993. С. 17 – 191.
19. Хорни. Собрание сочинений. — М., 1997. т. 1. С. 271 – 488; т. 3. С. 235 – 684.
20. Юнг К. Г. Воспоминания, сновидения размышления. — Киев, 1994.
21. Ясперс К. Смысл и назначение истории. — М., 1994. С. 277 – 419.
22. Ясперс К. Общая психопатология. — М., 1997.
23. Foucault M. Maladie mentale et psychologie. — Paris, 1966.
24. Luborsky L., Singer B., Luborsky L. Comparative studios of psychotherapy: Is it true that “everone won and all must have prices”? // Arch. Gen. Psychiatr. 1975. V. 32. P. 99 – 1008.
25. Sechrest L. Foreword // Brenner D. / The Effective Psychotherapist. — N.Y., 1982.
26. Toffler A. Future Shock. — N.Y., 1970.
27. Trub H. He i lung aus der Begegnung. — Stuttgart, 1951.
28. Vymetal Jan a kol. Obecni psychoterapie. — Praha, 1997.
29. Watslawick P. Die Moglichkeit des Andersseins. Zur Technik der therapeutischen Kommunikation. — Bern, 1977.
30. Winnicott D. W. The theory of the parent-infant relationship // Int. J. Psychoanal. 1960. V. 41. P. 585 – 595.

Диагноз на кофейной гуще

Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза является наиболее сложной в практике судебных психиатров. Она ставит перед ними зачастую неразрешимые диагностические и экспертные проблемы, особенно в случаях, когда в материалах судебного дела отсутствуют данные о наличии очевидных психических расстройств у подэкспертных при жизни. И в таких случаях следует ожидать от экспертов вывода о том, что решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным.

Но... что невозможно одним, возможно другим.

Обратимся к акту № 59/з от 6 июля 1998 г. посмертной судебно-психиатрической экспертизы на Морозова О. А., проведенной в ГНЦССП им. В. П. Сербского, в гражданском деле о признании завещания недействительным.

“Из материалов гражданского дела, из медицинской документации известно следующее. Данных о наследственности, раннем развитии Морозова О. А. в материалах дела не содержится. Известно, что он работал звукорежиссером в Государственном Кремлевском Дворце Съездов. По данным характеристики “в период работы Морозова О. А. вплоть до 23.09.96 г. никаких видимых отклонений в его умственной деятельности и поведении не наблюдалось”. Морозов был трижды женат, от браков имел троих детей, из них дочь от первого брака является истцом, а сын от третьего брака ответчиком по данному делу. В 1992 г. ему был установлен диагноз: “Цирроз печени”. В 1993 г. с 15.07. по 20.08. он находился на стационарном лечении в ЦНИИГ, ему был установлен диагноз: “Цирроз печени вирусной этиологии, активный, декомпенсированный, отечно-асцитический синдром”. В последующем лечился амбулаторно. В июле 1996 г. он вновь был госпитализирован в ЦНИИГ. На лечении находился с 30.07. по 16.08, был установлен диагноз: “Цирроз печени адиментарной этиологии, отечно-асцитический синдром”. На фоне лечения отмечалась положительная динамика его состояния: уменьшение асцита, пахово-мошоночной грыжи. Был выписан под наблюдение районного гастроэнтеролога, рекомендовано амбулаторное лечение. 26.09.96 г. он в плановом порядке был госпитализирован в ГКБ № 81, установлен диагноз: “Портальный цирроз печени, стадия сосудистой декомпенсации, хроническая печеночно-клеточная недостаточность III ст., портальная гипертензия IV стадии”. Согласно записям врачей в истории болезни состояние Морозова было тяжелое, отмечалась заторможенность, слабость, на вопросы он отвечал односложно. При осмотре 14.10.96 г. было отмечено: “Состояние тяжелое, загружен, заторможен, но в сознании, адекватен”. В тот же день 14.10.96 г. Морозов, находясь в больнице, составил завещание, в котором указал, что принадлежащую ему квартиру завещает в равных долях каждому: Морозову А. О. (сын от третьего брака) и Маркарян М. Б. (третьей жене). 26.10.96 г. по настоянию родственников и по его просьбе он был выписан из больницы на амбулаторное лечение. 7 ноября 1996 г. Морозов О. А. умер. 8.05.97 г. дочь Морозова от первого брака обратилась в суд с иском о признании недействительным завещания от 14.10.96 г. В заявлении она пояснила, что отец в течение четырех лет страдал циррозом печени и перенес несколько операций по откачиванию жидкости, что ослабило его организм в целом, и что на момент составления завещания он

был неспособен понимать значение своих действий и руководить ими. В ходе судебного заседания представитель истца Морозова В. И. показала, что она является матерью истицы, до 1968 г. состояла в браке с Морозовым О. А., сообщила, что ее дочь периодически посещала отца. Также показала: “Когда я видела его последний раз 25 или 26 октября, он меня не узнавал, не понимал о чем я его спрашиваю, отвечал невпопад. Отказывался с нами разговаривать”. Ответчица в ходе судебного заседания показала, что Морозов О. А. заболел в 1991 г., с этого времени она ухаживала за ним, занималась организацией его лечения. Также показала, что никаких изменений в психике у него не было. На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что у Морозова О. А. на фоне соматического заболевания (цирроз печени) наблюдалось органическое поражение головного мозга (цирротическая энцефалопатия). Анализ материалов гражданского дела и медицинской документации указывает на то, что во время оформления завещания 14.10.96 г. у Морозова имелось выраженное психическое расстройство (ундулирующее нарушение сознания, загруженность, заторможенность) вследствие общесоматической интоксикации и общего тяжелого состояния, которое лишало его возможности в тот период времени понимать значение своих действий и руководить ими”.

Всякий грамотный психиатр, по-видимому, должен испытать недоумение при чтении этого судебного документа. Действительно, вывод экспертов о том, что на момент составления завещания у Морозова имелось “выраженное психическое расстройство, которое лишало его возможности понимать значение своих действий и руководить ими” сделан без какой-либо убедительной аргументации и в противоречие с описательной частью акта, где указано:

1. Из производственной характеристики: “В период работы Морозова вплоть до 29.09.96 г. (т.е. за несколько дней до составления завещания) никаких видимых отклонений в его умственной деятельности и поведении не наблюдалось”;

2. Из записей терапевтов в больнице в день составления завещания: “был в сознании, адекватен”.

Из этих записей эксперты намеренно и тенденциозно (а как же иначе квалифицировать их действия?) выдернули лишь то, что заявитель был “загружен, заторможен”.

Загруженность и заторможенность, если правильно понимать сделавших эту запись терапевтов, была обусловлена тяжестью **соматического** состояния Морозова, а не наличием у него **психопатологической** симптоматики.

Именно тяжесть соматического состояния и, по-видимому, горестное осознание близкого конца заставили Морозова составлять завещание. И в таком случае его действия следует считать обдуманными и целенаправленными.

Взята с потолка и притянута за уши ссылка экспертов на “ундулирующее сознание”: в описательной части акта указаний на это нет.

Показания сторон процесса в такого рода делах, как правило, противоречивы, и строить на них диагностические предположения нельзя. Нельзя согласиться и с тем, что у Морозова была цирротическая энцефалопатия.

Известно, что термин “энцефалопатия” применяется для обозначения **стойких и необратимых** психических нарушений, и в этом отношении он совпадает с понятием органического психосиндрома. Органический психосиндром (Bleuler E., 1916) — это сово-

купность симптомов органического поражения головного мозга, и в первую очередь это интеллектуально-мнестическое снижение. Различают два типа органического психосиндрома: дементный и характеропатический. Ничего такого у Морозова на момент составления завещания в акте не описано.

Все это так. Все это ясно нам. Но судьи безоговорочно верят жрецам Центра им. Сербского. И вот акт, эта недобросовестно состряпанная бумага, становится бесспорным судебным доказательством.

В. Г. Батаев

Закон нередко нарушается судом

В апреле этого года в общественную приемную НПА обратился гр. П. — родственник и доверенное лицо гр. Т., который на момент обращения находился в психиатрической больнице № 14, куда был помещен недобровольно. Родственник был уверен в необоснованности госпитализации: считал Т. совершенно здоровым, а его госпитализацию формой расправы с неугодным сотрудником.

Дело в том, что Т. работал инженером по программному обеспечению информационной сети в одной из крупных городских клинических больниц г. Москвы. С некоторых пор у него сложилась конфликтная ситуация с начальником расчетно-кассового отдела, и Т. было предложено уволиться по собственному желанию. Он отказался, была ссора. Через несколько дней несговорчивого инженера вызвали в кабинет главного врача, откуда по путевке психиатра-консультанта этой же больницы он был недобровольно стационарирован в ПБ № 14.

Утром этого дня он еще работал и общался с сотрудниками, заявления которых были представлены в НПА. Служивцы Т. свидетельствовали, что не заметили в его поведении чего-либо необычного, тем более представляющего опасность. Было и заявление самого Т. с просьбой разобраться в сложившейся ситуации.

К этому времени Т. находился в психиатрической больнице около 10 дней. Консультативно-экспертная комиссия признала госпитализацию обоснованной, было **начато лечение**, а документы поданы в суд для решения вопроса о недобровольном пребывании Т. в психиатрической больнице.

Мы не видели Т., но, исповедуя доверие к коллегам, пытались убедить его родственника прислушаться к мнению врачей. Тот настаивал, что Т. помещен в больницу без достаточных оснований и просил о помощи.

Следующим этапом в оформлении недобровольной госпитализации Т. был суд, куда мы и направили

гр. П. Мы дали ему Закон РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” и разъяснили, что согласно ст. 34 этого Закона, на судебном заседании будет присутствовать сам Т., а если его не могут доставить в здание суда, то суд состоится в больнице. Будучи доверенным лицом своего родственника П. также сможет принять участие в судебном заседании и предъявить суду собранные им свидетельские показания.

К сожалению П. опоздал: обратился в Нагатинский межмуниципальный суд ЮАО г. Москвы вечером после работы, а судебное заседание состоялось утром. Было вынесено постановление о госпитализации Т. в ПБ № 14 г. Москвы в недобровольном порядке на основании п. а ст. 29 (непосредственная опасность для себя и окружающих).

Обеспокоенный родственник в поисках справедливости встретился с судьей О. Л. Роциным, который рассматривал это дело, показал собранные им свидетельские показания, спросил какое впечатление произвело на судью поведение Т. Оказалось, что судья Т. не видел, а постановление вынес на основании документации, полученной из психиатрической больницы. Ему — судье — это и ни к чему, он же не врач, и в психиатрии ничего не понимает. Выяснить, присутствовал ли на заседании прокурор, так и не удалось: судья бормотал что-то невнятное, а, обнаружив, что П. знаком с некоторыми статьями Закона о психиатрической помощи, развел руками и сказал: “Что же, пишите жалобу”.

Из беседы П. с судьей О. Л. Роциным можно подумать, что последний плохо знаком с Законом о психиатрической помощи, однако постановление суда свидетельствует о другом. Вот что там написано: “Выслушав Т., представителя больницы, просившего удовлетворить заявление главного врача о госпитализации в психиатрической стационар Т. в недобровольном порядке, прокурора... На основании изложенного, руководствуясь ст.ст. 29, 33 – 35 Закона РФ от 2

июля 1992 г. “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, суд постановил госпитализировать Т. в ПБ № 14 г. Москвы в недобровольном порядке.” — Так что Закон судья знает и все оформил, как следует. В ответ на возмущение П. — “но ведь Т. на суде не было!”, судья, зачеркнув фамилию Т., сделал внизу надпись “зачеркнутое не читать”, расписался и поставил печать. — “Вот и всех делов-то!” (копия постановления есть в НПА).

А пока суть да дело, Т. из больницы выписали, не стали дожидаться рассмотрения его жалобы в Мосгорсуде. Может его уже вылечили? — Ведь он находился в психиатрической больнице три недели, и его лечили, несмотря на отсутствие согласия. Или выписали, чтобы не иметь лишних хлопот со строптивым пациентом? А может и опасности особой не было? Во всяком случае сказали, что психического заболевания не обнаружили, и в дальнейшем лечении он не нуждается.

Случай этот представляется нам достаточно серьезным и, к сожалению, не является единичным. Известен он стал лишь благодаря активности П., а если бы у Т. не было такого представителя, то — как знать? —

может его и сейчас продолжали лечить в психиатрической больнице.

Закон РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” дает людям возможность на защиту своих прав в суде в открытом судебном разбирательстве. Суд не должен решать вопрос о диагнозе — это прерогатива врачей, но обязан определить необходимость осуществления мер недобровольного характера. И для решения этого вопроса необходимо заслушать того, кого собираются этим мерам подвергнуть. Опасен ли человек для себя или окружающих, должны решать не врачи, а судьи — в этом смысл введения психиатрии в правовое русло. Когда об этом не думают те, кто призван вершить правосудие, это ужасно.

P.S. Нам стало известно, что 10 мая состоялось судебное заседание по кассационной жалобе в Мосгорсуде. Решение Нагатинского межмуниципального суда о недобровольной госпитализации Т. отменено. Вот только кто ответит за три недели недобровольного лечения нейролептиками?

Н. В. Спиридонова

В № I нашего Журнала за 1999 год, выходящем из-за финансовых трудностей в апреле, было помещено объявление:

ВНИМАНИЕ!
УНИКАЛЬНАЯ ВОЗМОЖНОСТЬ!
Если Вам нужно засвидетельствовать
что Вы психически здоровы,
что психической болезни у Вас
нет, не было и не будет,
обращайтесь к экспертам
“Международного независимого центра по психиатрии”,
успешно работающего с 1990 г.
под руководством М. Г. Царегородцева
под эгидой “Социалистические профсоюзы СССР, Московская
профсоюзная организация работников интеллектуального труда”

Мы поздравляем победителя нашего необъявленного конкурса — члена правления Института психотерапии и консультирования “Гармония” и директора Международной школы психотерапии, консультирования и ведения групп (С.-Петербург) доктора Александра Анатольевича Бадхена, первым угадавшего в помещении этого объявления первоапрельскую шутку. Приз нашего конкурса — бесплатная подписка на “Независимый Психиатрический Журнал” на 2 года.

Время от времени, не дожидаясь апреля и без специальных объявлений, мы будем публиковать материалы, в которых внимательный читатель сможет определить очередную грустную шутку. Если этим читателем будете Вы, то Ваше письмо с копией квитанции о подписке на текущий год, которое редакция получит первым, сделает Вас победителем — обладателем бесплатной подписки на последующие два года.

Редакция НПЖ

Всероссийский семинар к десятилетию НПА России

Организованный в ознаменование X-летия НПА России и приветствованный Всемирной психиатрической ассоциацией семинар **“Социальная реабилитация и права психически больных”**, проходивший в Клязьме 21 – 24 апреля 1999 г., вызвал большую заинтересованность во многих регионах страны. Вместо запланированных 50 участников приехало 86, в том числе главные врачи психиатрических больниц и диспансеров, заведующие и преподаватели кафедр психиатрии медицинских вузов из 30 регионов.

Идея семинара состояла в **мультидисциплинарном подходе** к теме социальной реабилитации, чтобы участники, получив самую свежую информацию от ведущих специалистов разного профиля, по-новому осмыслили эту центральную проблему практической психиатрии, чтобы она обрела новые импульсы, пути и перспективы развития.

Четыре дня интенсивных занятий по 12 часов никого не утомили, наоборот, вызвали настоящий энтузиазм. Эти 4 дня семинара были посвящены, соответственно: первый — **теории и практике социальной психиатрии**, второй — **правовым аспектам социальной реабилитации**, третий — **социологическим и социально-психологическим аспектам**, четвертый — **роли непрофессиональных общественных организаций и mass-media в процессе социальной реабилитации**. Лекции, круглые столы, обсуждения, информационные сообщения, клинический разбор проходили частично по секциям, чтобы дать возможность высказаться всем участникам, активно вовлечь их в обмен мнениями и дискуссии.

Вступительную лекцию, вводящую в проблему, прочел президент НПА России Ю. С. Савенко (этот текст, посвященный общему контексту и основным понятиям, в сокращенном виде публикуется в настоящем выпуске). Масштабную системно-динамическую концепцию социальной реабилитации развил на основании своего многостороннего опыта В. А. Галкин (заведующий отделением профилактики психических заболеваний, связанных с зависимостью, НИИ психиатрии МЗ РФ), многие годы работавший с проф. Д. Е. Мелеховым в НИИ психиатрии и ЦИЭТИНе. Действительно, только системная методология в состоянии полноценно интегрировать обширный, сложно разветвленный многоэтапный процесс социальной реабилитации, за который тем не менее многие принимают его результат. Сильное впечатление произвело заявление д-ра В. А. Галкина о вступлении в НПА России, с которого он начал свою лекцию. В эпоху стагнации и отката реформ публичное заявление такого рода одного из представителей руководства государственной психиатрии — значительный гражданский поступок.

Эпидемиологический аспект социальной реабилитации остро и полемично осветил В. Г. Ротштейн (заведующий отделением эпидемиологии и медико-демографических исследований ВНИЦПЗ АМН РФ). По его расчетам, если на учете состоит 3 млн. тяжело психически больных, то всего их около 45 миллионов плюс не менее 10 миллионов с по-

стратравматическим стрессовым расстройством. То есть, более трети населения России нуждается в социально-психиатрической помощи. Но условия в психиатрических больницах таковы, что больные рады, если их еженедельно моют и если с ними ежедневно разговаривает врач.

Кроме принятия Закона никаких реформ в психиатрии не произошло, а Закон не вполне адекватен, так как это фактически копия американского. В результате изъятия из текста Закона обязанности психиатрических учреждений защищать права больных, до 60 % одиноких больных, слабоумных и престарелых исчезло. Есть основания полагать, что многие были убиты. Создание в целях социальной реабилитации оранжерейных условий также является ошибочным: больные отказываются выписываться. Участковый психиатр может выписать бесплатных лекарств на 1,5 доллара. Реформам препятствует увязанность зарплаты главного врача, числа врачей и числа коек. С советской эпохи осталась общая установка социальной реабилитации — сделать больных полезными членами общества. Дорогостоящие реабилитационные программы западных стран, например, Скандинавии, ориентированы совершенно иначе: пусть больные будут просто счастливыми!

Социальной реабилитации в наркологии была посвящена лекция проф. А. Г. Гофмана (заведующий отделением наркологии НИИ психиатрии МЗ РФ), который уточнил, что реабилитация может быть только социальной. Это требует значительных средств. В США на наркологию тратится 86 млрд. долларов, на психиатрию — 76 миллиардов. Весь бюджет России составляет около 20 млрд. долларов. Наиболее эффективные реабилитационные программы у нас не работают, движение групп самоподдержки развито недостаточно. Как всегда, лекция проф. А. Г. Гофмана была насыщена большим количеством важных практических советов.

Различным формам социальной реабилитации в психиатрии были посвящены параллельно проводившиеся круглые столы: один — социальная реабилитация в условиях психиатрического стационара, другой — реабилитация в общесоматическом стационаре и системе внебольничной помощи (ведущие В. А. Галкин и В. Н. Прокудин). Был проведен клинический разбор (А. Ю. Магалиф).

Правовое обеспечение социальной реабилитации было рассмотрено в нескольких лекциях. А. В. Тихомиров (адвокат, член коллегии адвокатов МО, врач) — **“Охрана здоровья: медицинское право и медицинская этика”** — отметил серьезное значение отсутствия закона о здоровье как блага и презумпции блага, декларативный характер в этом отношении обязательств и обязанностей государства и его институтов, а также несостоятельность проекта закона о биоэтике. Юрист Всероссийского научного центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского С. Н. Шишков (**“Уменьшенная вменяемость и освобождение от уголовной ответственности”**), говоря о возрастной невменяемости и ограниченной вменяемости, обратил внимание на нередкое

несоответствие паспортного и фактического возраста. Т. И. Ростовцева (заведущая амбулаторной экспертной комиссией ПБ № 1 им. Алексеева) остановилась на «Принципах определения недееспособности при проведении судебно-психиатрической экспертизы» на богатом опыте ПБ № 1 им. Н. А. Алексеева. Лекция О. В. Зыкова (президент Фонда «Нет алкоголизму и наркомании») о ювенальной юстиции, теории и практике реабилитационного пространства печатается в настоящем выпуске. «Типовые конфликты в области прав психически больных» обсудила юрист-консультант НПА России, старший научный сотрудник Института укрепления законности и правопорядка Генеральной прокуратуры РФ Ю. Н. Аргунова. Эта тема вызвала большое количество вопросов и оживленную дискуссию. С «Международными системами защиты прав человека» и новыми возможностями защиты прав врача и больного познакомил участников семинара директор Московского исследовательского центра по правам человека Л. Н. Виноградова. О нередком произволе «Современной судебной практики» рассказала в последний день семинара известный адвокат по многим громким процессам против различных религиозных организаций Г. А. Крылова на свежем примере «Свидетелей Иеговы». Технология судебного произвола не ограничивается подбором своих экспертов, это использование двойного стандарта и простое неприобщение к делу материалов, неподходящих для предрешищенного заключения. Так не было приобщено к материалам дела масштабное исследование д-ра В. Е. Кагана (опубликованное в НПЖ 1999,1). Г. А. Крылова огласила серию документов, касающихся психиатрии и религии и не требующих комментариев.

В рамках **социологических и социально-психологических аспектов** социальной реабилитации была прочитана одна из наиболее ярких и информативных лекций «Демографическая катастрофа в России» ведущим специалистом в этой области В. А. Борисовым (доцент социологического факультета Московского педагогического государственного университета). С 90-х годов Россия вступила в демографическую катастрофу: количество смертей превысило количество рождений на 60 %. Миграция из стран СНГ временно сглаживает этот процесс. Но к иммигрантам отношение плохое, им не дают заниматься фермерством, поджигают хозяйства. С конца XIX века началась тенденция к снижению числа детей. У нас наиболее низкая рождаемость, лишь в 12 % семей по трое детей, а надо бы больше 50 %. Смертность у нас их в пять раз больше, чем в Европе. За послевоенный период в России было 26 «чернобылей» (в Восточной Сибири). В результате заселена лишь треть территории России.

Не менее безотрадную и широкую панораму относительно «Социологии брака и развода» обрисовал А. Б. Синельников (старший преподаватель факультета социологии МГУ, сотрудник кафедры социологии семьи). С 1994 года разводы впервые превысили 50 % рубеж. Каждый четвертый ребенок рождается вне брака. Эта давно и повсеместно наметившаяся тенденция достигла катастрофического уровня. Отсутствие веры в прочность брака привело к институту сожительства. Основные причины разводов — пьянство и постоянные измены с двойной моралью относительно мужчин и женщин. Все это не связано с экономическим положением. Дело в кризисе морали, неадекватности навязываемых социальных норм, в ориентации всех на очень высокие стандарты. Необходимо введение курса этики и психологии семейной жизни на уровне среднего образования, необходимо культивирование ценности семьи.

Насыщенная информация относительно реального положения дел в нашем обществе и тенденциях развития семьи как основного общественного института, полученная в этих двух лекциях кафедры социологии семьи МГУ, является необходимым условием разработки адекватных реабилитационных программ. Естественным продолжением была лекция Т. Д. Шевеленковой (доцент кафедры психологии личности ф-та психологии РГГУ) о «Семейной психотерапии в социальной реабилитации».

О международном конгрессе по психиатрической эпидемиологии в Тайбее рассказали заведующий психотерапевтическим отделением ГКБ № 36 В. Н. Прокудин (проблемы беженцев) и заведующая отделом Института вирусологии АН РФ Е. Н. Канторович-Прокудина (геном и окружающая среда). Роль различных специалистов в мультидисциплинарном подходе к лечению обсуждалась на круглом столе, который провела Е. Г. Щукина (заведующая психологической службой кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Архангельской государственной медицинской академии). С беседой о «Политической арт-терапии» выступил врач-психотерапевт из Челябинской области В. Г. Попов.

«Роль непрофессиональных общественных организаций в социальной реабилитации лиц с психическими расстройствами» активно и полемично обсуждалась на круглом столе (ведущие проф. В. С. Ястребов, заведующий отделом организации психиатрических служб ВНЦПЗ АМН РФ, и Ю. С. Савенко) Л. В. Бесединой (врач-психиатр, эксперт по вопросам реабилитации Благотворительного Дома «Душа человека»), В. Я. Евтушенко (зам. гл. врача Московской областной клинической психиатрической больницы), Л. Н. Виноградовой (медицинский психолог, член экспертной комиссии НПА России). Доцент кафедры психиатрии РГМУ, руководитель программы НПА «Психиатрия и религия» Б. А. Воскресенский подчеркнул роль духовной поддержки в социальной реабилитации. Эта также связанная с именем Д. Е. Мелехова традиция продолжена регулярными Мелеховскими семинарами НПА России.

«Принципы построения отношений со СМИ» проанализировал известный режиссер-кинодокументалист президент фонда «Защита гласности» А. К. Симонов. «Защищать можно то, чем располагаешь. — сказал он, — У нас нет свободы слова, потому что для этого мало гласности, нужна еще услышанность. Нам же приходится пока защищать саму гласность». Согласно последним социологическим данным, признание независимости и доверие прессе выражает 27 % населения, тогда как судам — всего 8 %. На примере неудачи с организацией бойкота шахматной олимпиады в Элисте, в связи с политическим убийством редактора оппозиционной газеты Л. Юдиной (откликнулось только 4 шахматиста), и удачной кампании в защиту военного журналиста Г. Пасько, А. К. Симонов показал, как следует работать с mass-media.

Заключительное обсуждение по итогам семинара состоялось на круглом столе «Непрерывность процесса реабилитации», продемонстрировавшем отрадную самостоятельность и активность коллег в регионах (Ростов-на-Дону, Екатеринбург, Нижний Тагил, Петрозаводск, Архангельск, Казань и т.д.). Подводя итоги семинара, Ю. С. Савенко, подчеркнул, что в нынешнее трудное для страны время, когда в психиатрических больницах не хватает не только лекарств, но даже пропитания, многообразие социотерапевтических методов дает возможность не только непрерывной, но даже дифференцированной терапии. Причем инициирование

создания различных непрофессиональных общественных организаций помощи психически больным и тесное сотрудничество с ними представляет огромный пласт незадействованной энергии. Конструктивное использование этих ресурсов для организованной самопомощи идет в унисон с естественными процессами общественного развития, когда и психиатрической службе и психически больным не стоит полагаться на государственную помощь, а следует стараться максимально обходиться собственными усилиями. На этом пути своеобразие условий в каждом регионе подскажет и отработает свои собственные модели, имеющие несомненный приоритет перед ученическим периодом имитации западных образцов.

Новацией образовательной программы НПА России явилось то обстоятельство, что проведенный семинар оказался встроенным в систему непрерывного курса на ту же тему, причем курса также мультидисциплинарного. Это осуществлено посредством превращения ежемесячных открытых клинических разборов на базе старейшей в Москве Преображенской психиатрической больницы им. В. А. Гиляровского в однодневные семинары по социальной реабилитации и правам психически больных. Вот лишь некоторые из тем, которые были разобраны на семинарах:

“Современное понимание социальной психиатрии” — Ю. С. Савенко;

“Международный опыт и тенденции развития службы социальной помощи” — В. С. Ястребов;

“Система социальной помощи психически больным в США” — Л. С. Драгунская;

“Социально-психологические аспекты социальной реабилитации” — С. Е. Ениколопов;

Социально-реабилитационные программы Благотворительного Дома “Душа человека” — Л. В. Беседина;

“Обновляющиеся возможности общественных организаций в социальной реабилитации лиц с психическими расстройствами” — Л. Н. Виноградова;

“Опыт работы семейных консультаций в проведении системной семейной психотерапии” — А. Я. Варга;

“Семейная психотерапия в клинической практике”; “Возможности семейной психотерапии в клинике психических заболеваний” — Т. Д. Шевеленкова;

“Институциональный кризис семьи: причины и последствия” — А. И. Антонов;

“Психически больные-инвалиды: права и льготы”;

“Зарубежное законодательство в области прав психически больных” — Ю. Н. Аргунова.

Если на семинаре в Клязьме аудитория состояла из представителей различных регионов страны, то на ежемесячных семинарах в ПБ № 3 собираются коллеги из Москвы, Московской области и ближайших регионов, а также курсанты факультетов последиplomного образования. Эта деятельность осуществляется в сотрудничестве с Московским комитетом здравоохранения, главным психиатром Москвы В. Н. Козыревым и главным психиатром Московской области В. И. Поддубным.

НПА России приносит благодарность за поддержку проводимых семинаров Правительству Швейцарской Конфедерации (через Ассоциацию “Дорога Свободы”), Европейскому Союзу (программа ТАСИС), Институту “Открытое общество”, Агентству США по международному развитию (через Фонд “Евразия”), а также Министерству здравоохранения Российской Федерации и главному врачу Преображенской психиатрической больницы им. В. А. Гиляровского Ларисе Степановне Лариной.

С момента проведения семинара в Клязьме в НПА России вступило более 30 новых членов.

Поездка в Екатеринбург и Нижний Тагил

Выполнение Независимой психиатрической ассоциацией России проекта “Права человека в психиатрии”, финансируемого Агентством информационного развития США через Фонд “Евразия”, в прошлом году подверглось серьезным испытаниям. Банковский кризис, банкротство банков и фактическая потеря грантовых денег заставили отменить запланированные поездки, заменить выездные семинары на занятия в Москве. Поэтому представившаяся вдруг возможность посетить 9 – 11 марта 1999 г. Екатеринбург и Нижний Тагил воспринималась представителями НПА России как приятный сюрприз.

Мы всегда рассматривали отношение к нашей ассоциации как некий тест на открытость новому, отношение к реформам, превращающим психиатрию из карательной в помогающую профессию. Так случилось и на этот раз. Нас радушно встретили в психиатрических больницах Екатеринбурга и Нижнего Тагила, показали все, что мы хотели посмотреть, организовали встречи с врачами больниц. Там читают журнал, знают о деятельности Ассоциации, искренне болеют за свое дело, и нам было легко найти общий язык с коллегами.

Екатеринбургская областная клиническая психиатрическая больница отметила в прошлом году свое 70-летие. Все здесь дышит стариной и традициями. С любовью со-

храняется сад, заложенный первым главным врачом, и домик, в котором он жил. Старые корпуса требуют немедленного ремонта, но поражают своей фундаментальностью.

Клиническая психиатрическая больница начинала со 100 коек, впоследствии разрослась до 1300, а в начале 90-х годов, в рамках кампании по переориентации на амбулаторную помощь, количество коек было сокращено до 750.

С 1991 г. больница существует в структуре лечебно-производственного объединения “Психиатрия”, в которое кроме ПБ вошли еще наркологическая больница и больница неврозов. Объединение нескольких лечебных учреждений в один комплекс позволило, во-первых, значительно сократить расходы на администрацию и создать большие финансовые возможности, а во-вторых, разграничить потоки больных и добиться большей дифференцированности в оказании помощи.

В областной клинической ПБ функционируют 4 блока: 1) центр социальной и судебной психиатрии; 2) 8 общепсихиатрических отделений, обслуживающих население 22 территорий; 3) детский центр и 4) отделения специализированной помощи.

Центр социальной и судебной психиатрии пока просто экспертный центр: амбулаторная и стационарная судебно-психиатрическая экспертиза, стражные и бесстражные отделения, специальные отделения для принудительного лечения (120 коек — мужское, 80 коек — женское). Есть и специальная палата для больных туберкулезом. В общем, все предусмотрено, только нет денег, и нечем кормить больных.

Детский центр — гордость больницы — осуществляет весь комплекс услуг от консультативного приема до стационарного лечения всех заболеваний и обучения тех, кто находится на лечении. Имеется специализированное логопедическое отделение (кому же заниматься логоневрозами, как не психиатрам?), заведующий которого Константин Юрьевич Ретюнский вот уже много лет успешно лечит заикание с помощью методики ритмизированной речи.

К специализированным отделениям относят геронтологическое (50 коек), оказывающее в том числе и платные услуги по уходу за престарелыми, инфекционные изоляторы и хорошо оснащенный реанимационный центр, имеющий аппарат “искусственная почка” и являющийся основой областного суицидологического центра. На базе последнего расположена кафедра токсикологии и профпатологии ФУВ Медицинской академии (зав. Валентин Геннадьевич Сенцов), которая помогает обеспечить работу на самом современном уровне. На содержание реанимационного центра уходит около 50 % всего бюджета больницы, однако администрация уверена, что в структуре больницы такая помощь необходима.

Больница неврозов (110 коек) расположена совершенно отдельно, в Сосновом Бору и оказывает прежде всего психотерапевтическую помощь. Здесь лечат неврозы (50 коек) и различные психосоматические заболевания, а также оказывают помощь больным в “кризисных” состояниях, в том числе тем, кого привезли в ПБ после суицидальной попытки. Стремление вводить платные услуги наталкивается на неплатежеспособность населения. 2-х недельный курс стоит около 600 рублей, однако в условиях промышленного города, где большая часть предприятий стоит в связи с отсутствием госзаказа, такие деньги может заплатить лишь весьма незначительная часть населения.

Наркологическая больница (120 коек), состоит из 4-х отделений, включающих мужское и женское отделения интенсивной терапии, отделение интенсивной терапии для детей и подростков, осуществляющее мультидисциплинарный подход, и смешанное наркологическое отделение, куда принимают как алкоголиков, так и наркоманов. Проблема наркомании пока не столь остра, как в Москве.

Уральская клиническая школа берет свое начало от Харьковской психиатрической школы (Кира Алексеевна Вангейгейм), а затем естественным образом сливается с традициями С.-Петербургской (Лев Николаевич Тимофеев) и Московской (Александр Сергеевич Тиганов, Григорий Яковлевич Авруцкий) школ. С самого начала больница практиковала классические методы лечения: наладила электро-судорожную терапию, применяла инсулин. В отличие от большинства московских больниц эти методы применяются и сегодня, хотя применение инсулино-коматозной терапии сильно сократилось из-за отсутствия инсулина. Сильно осложнил работу врачей новый Закон “О наркотических средствах и психотропных веществах”.

Когда-то существовавшие мастерские превращены в реабилитационный клуб, который по чисто бюрократическим причинам называется “медико-социальным учреж-

дением”. Несмотря на безденежье, там работают энтузиасты своего дела, которые помогают больным сделать большую жизнь более осмысленной и одухотворенной, заполнить свободное время творческим занятием. Вязание, макраме, различные поделки — все это используется потом в интерьере отделений, и некоторые вещи действительно радуют глаз.

Денег катастрофически не хватает. “Живых” денег нет совсем, а с начала 1999 г. отменены и взаимозачеты, и больница оказалась в критическом положении. Резко сократился ассортимент лекарств, на питание больных выделяется не больше 10 – 12 руб. в сутки. В результате рацион крайне скуден: утром каша на воде без масла и чай без сахара, днем — постный суп и картошка. Мяса не бывает совсем. Немного спасает положение подаренное спонсорами печенье, которого, как говорят, при экономном использовании может хватить аж на полгода. Впрочем, многим больным и такое питание кажется подарком, так как дома они голодают в прямом смысле слова.

“Драповое пальто, темно-коричневое, размер 48/3, сапоги, размер 35 – 36, б/у, но в хорошем состоянии, новую подушку, размер 80 на 85, поменяю на продукты”. “Помею (или совсем дешево продам) зимнее (с каракулем) и летнее пальто, размер 50 – 52, б/у, но почти новые, стабилизатор для телевизора, новую раковину для туалета на картошку”. — Такими объявлениями (“Вечерний Екатеринбург”, 11.03.99) ошеломляет столица Урала. Местное ТВ показывает голодающих уже неделю в знак протеста метростроевцев, в связи с невыплатой зарплаты в течение целого года. Горожане с возмущением рассказывают о нескольких миллионах долларов, которые губернатор на этом фоне вложил в резиденцию для предполагавшейся встречи Президента. У иных протест ищет козла отпущения. На одной из оград в центре города надпись: “У нас жидовское правительство”. Но те горожане, с которыми мы разговаривали, — самые простые люди — судили обо всем вполне самостоятельно и здраво...

В старых корпусах особенно мрачно: палаты на 20 человек, обваливающиеся потолки, узкие металлические кровати с тонкими давно требующими замены матрасами и ветхим бельем. Между тем участились случаи, когда люди отказываются забирать своих больных родственников из больницы, и больные содержатся там многие месяцы и годы, а некоторые в результате даже получают прописку. Интернаты переполнены, и ждать очереди приходится чрезвычайно долго.

Зарплата врачей — от 1100 до 1700 руб., да и ту не выплачивали вот уже полгода. Отказывать в медицинской помощи не позволяет клятва Гиппократова, но терпение на исходе. В Нижнем Тагиле в прошлом году врачи уже объявляли голодовку. Сколько еще можно испытывать их терпение?

Валентина Степановна Ленская, показывавшая нам больницу, и директор Объединения “Психиатрия” Игорь Николаевич Канарский неформальным отношением к своему делу, трезвым взглядом на переживаемые трудности и новомодные увлечения, верностью лучшим традициям и своим высоким уровнем невольно вызвали спокойствие за судьбу больных. Интересно, что этот высокий уровень не связан с тем, что Объединение является базой кафедры психиатрии (проф. Трифонов) и кафедры психотерапии и медицинской психологии ФУВ (доцент О. В. Кремлева). Независимо от активной работы этих кафедр,

решающей оказывается преемственность традиций, давно заложенных К. А. Вангенгейм.

Новшеством является открывшийся в больнице православный Храм Святого целителя Пантелеймона, священник которого о. Дмитрий Байбаков, в прошлом врач-психиатр, после нескольких лет исканий установил продуктивное сотрудничество с рядом отделений больницы.

Профессиональная жизнь весьма разнообразна и интересна. Только что прошел недельный российско-британский семинар по проблемам детства, который в силу актуальности темы широко освещался в местной печати. Сотрудничество с российскими коллегами оказалось для британских детских психиатров столь перспективным, что они решили продлить финансирование по крайней мере до 2000 года. 10 марта 1999 г. состоялась совместная конференция психиатров и невропатологов по эпилепсии, на которую приехала ведущий специалист в этой области А. Л. Максудова.

Отношение к различным общероссийским профессиональным организациям довольно прохладное: Российское общество психиатров воспринимают как некую “бумажную” структуру, за деятельностью Независимой психиатрической ассоциации России предпочитают наблюдать со стороны, к Профессиональной психотерапевтической лиге (президент В. В. Макаров) отношение полярное (от “конечно, вступили” до “я к этому не имею никакого отношения”). Несколько лет назад создана и успешно работает Урало-Тюменская ассоциация психиатрических и наркологических учреждений. Главные врачи Тюмени, Екатеринбурга, Челябинска, Кургана, Перми, Нижнего Тагила и других городов региона решили объединить свои усилия по реформированию психиатрической службы. 2 раза в год они проводят конференции (всякий раз в новом месте), на которых обмениваются опытом и обсуждают актуальные проблемы практического здравоохранения. Тему определяет принимающее учреждение, а вклад каждого зависит от наличия опыта и идей в данной области.

Из почти трех миллионов жертв политических репрессий за 1917 – 1992 гг. по Свердловской области большинство — жители Нижнего Тагила. Более трети населения этого города, отметившего в 1997 г. свое 275-летие, — бывшие спецпереселенцы и их потомки. Городом репрессированных Нижний Тагил стал еще до войны. В период войны здесь был создан гигантский Тагилстрой-Тагиллаг НКВД, в котором трудились и гибли высланные сюда немцы, поляки, узбеки, с 1943 г. военнопленные немцы, итальянцы, австрийцы, венгры, японцы, после войны — жители Восточной Пруссии. Через Тагиллаг за 1941 – 1953 гг. прошло более 140 тысяч узников. Среди них акад. Б. В. Раушенбах, проф. О. Н. Бадер, хирург Т. А. Грасмик и многие другие известные деятели науки и культуры. “Но и в 1960 – 1980 гг. город продолжал быть местом ссылки и заключенных. К началу 1992 г. в городе насчитывалось 7 ИТЛ и несколько спецкомендатур... Сюда попадали жертвы кампании против космополитизма и многие инакомыслящие, преследуемые за убеждения. В начале 1960-х годов в Тагиле прошла крупная антирелигиозная кампания, жертвами которой стали так наз. “ректанты”. На самом деле это были люди искренней веры, незаурядного личного мужества и честности (например, нынешний пресвитер Евангелических христиан-баптистов И. П. Аксенов, которому довелось провести в ГУЛАГе в общей сложности 17 лет)”. Некоторые жерт-

вы политических репрессий попадали в 1960 – 1970 гг. в психиатрические больницы (А. П. Ворона, В. Ф. Морозов, скончавшийся в ПБ в 1989 г.)¹.

Сегодня Нижний Тагил, еще недавно крупнейший центр оборонной промышленности Урала, 2-й по величине город Свердловской области, со своими высшими учебными учреждениями и развитой медициной, переживает тяжелые времена. Стоят оборонные предприятия, остались без работы тысячи высококлассных специалистов.

В Нижнем Тагиле, вместе с близлежащими пригородами, проживает около 1 млн человек. Обслуживает все это население муниципальное лечебно-производственное предприятие “Психиатрия” (директор Вячеслав Юрьевич Мишарин). Администрация города с пониманием относится к проблемам психиатрической службы. С 1997 г. действует областная целевая программа “Психическое здоровье”, в марте этого года ожидается утверждение региональной программы на 1999 – 2006 гг., в которой предусмотрен ряд очень важных мер по сохранению и развитию опыта местной психиатрической службы.

Лечебно-производственное предприятие представляет собой уникальный комплекс, где лечение больных совмещено с работой в настоящих производственных цехах. Комплекс имеет свою котельную и другие службы самообеспечения, так что может существовать совершенно автономно. Есть подсобное хозяйство, где выращивают овощи, а в Черноисточинской больнице (гл. врач Анатолий Данилович Карманович) держат 20 коров, есть лошади и свиньи. Долгое время силами больных обслуживался городской комплекс химчистка-прачечная, однако эту связь не смогли сохранить из-за отсутствия оплаты со стороны Минздрава области. Было развито и швейное производство. В результате тяжело больные из обузы превращались в кормильцев, что конечно улучшало внутрисемейные отношения.

Почти законченное высшее экономическое образование директора объединения (“не доучился полгода”) помогало сполна использовать потенциал крупного промышленного города, а сейчас успешно решать проблемы выживания больницы. Еще в 1996 г. на съезде Российского общества психиатров в Москве был сделан доклад об опыте организации психиатрической службы в условиях крупного промышленного города, однако дальше публикации в сборнике этот материал не пошел. Между тем опыт поистине бесценен.

Финансовое положение объединения заметно лучше, чем других психиатрических учреждений области. Недавно проведен капитальный ремонт, в процессе которого большие палаты разделили перегородками и превратили в более пригодные для лечения. Везде чисто, светло, уютно и приветливо. На бумаге финансирование больницы осуществляется по полной программе. На питание больных в 1998 г. было израсходовано 109 % (!) необходимых средств, однако в основе такой арифметики лежат взаимозачеты. Кормят действительно неплохо. Больные хвалят. Говорят: “Дома мы мясо не едим, а здесь котлеты дают”. Проблему медикаментов решают путем установления прямых связей с фармакофирмами.

В предыдущие годы 230 больных работало в специализированных цехах, сейчас — 40. Цех превратился в самостоятельную структуру, однако сохраняет тесную

¹ Книга памяти / Сост. и вступ. ст. В.М.Кирилова. — Екатеринбург: УИФ “Наука”, 1994.

связь с больницей. Есть и коммерческая структура — ТОО «Ива» — занимающаяся производством шпаклевки и фасовкой строительных материалов, в которой по направлению ПБ работают инвалиды II группы, составляя 64 % от всех служащих фирмы. Сотрудники администрации относятся к работающим инвалидам с большой теплотой, довольны их работой и говорят, что за несколько лет существования фирмы не было ни одного случая невыхода на работу по неуважительной причине, без предупреждения. Конечно, длительные отпуска без сохранения заработной платы здесь довольно часты, особенно в весенне-осенний период, но рабочее место при этом сохраняется. Предприятие освобождено от уплаты налога на добавленную стоимость и 50 % налога на прибыль. Все остальные налоги перечисляются в бюджет в полном объеме. Зарплату не задерживают.

Сегодня в МЛПП «Психиатрия» 610 коек (было 820), 170 из которых находятся в Черноисточинской больнице, а остальные — в городе. В 1998 г. сократили 100 коек и считают, что вышли на оптимальный уровень для региона: снижается потребность в стационарной психиатрической помощи, развивается амбулаторная служба, в соматических больницах открываются психотерапевтические отделения и кабинеты. Одновременно планируется дальнейшее развитие и специализация. Так уже в марте — апреле будет открыто отделение интенсивной терапии, планируется создание геронтологического отделения. В отличие от многих других больниц, в Нижнем Тагиле имеется общая столовая, куда ходят больные всех отделений. Они сами накрывают на стол, а дежурные моют потом посуду. Это вносит разнообразие в монотонный режим больничной жизни и препятствует утрате навыков самообеспечения.

Помимо обычных психиатрических отделений в структуре МЛПП «Психиатрия» действует психотерапевтический центр (120 коек), детское отделение (30 коек) и психологическая лаборатория. Психологи занимаются как психодиагностикой, так и психокоррекционной работой. К сожалению, введение платных услуг идет медленно. Сегодня они составляют лишь 2 % бюджета больницы. В основе — все та же неплатежеспособность населения. Администрация ищет новые формы работы, и в прошлом году заключила договоры с несколькими фирмами об оздоровлении сотрудников. Психотерапевтические отделения работали по принципу ночного стационара. К 16 часам, после рабочего дня, люди попадали в комфортные условия психотерапевтических кабинетов, гипнотариев, массажных и тренажерных залов. Все, кто прошел такой 2-х недельный курс, отметили заметное улучшение самочувствия и повышение работоспособности, а больница получила существенную прибавку к бюджетным средствам. Разразившийся экономический кризис, банкротство многих предприятий заставили приостановить программу, однако сама идея оценивается как весьма перспективная и ждет своего часа.

В детском отделении работает многопрофильная бригада специалистов. Врачи стали ближе к реальной жизни, видят результаты своей деятельности и работают с энтузиазмом. Кабинет амбулаторной детской службы скоро отметит новоселье в отдельном здании и сможет существенно расширить объем помощи. Сказко-терапия, глино-терапия, музыка-терапия, тренинг общения — лишь

некоторые формы работы с детьми и подростками. Есть здесь свой логопед, дефектолог, педагоги-психологи и социальные работники. Но начинается все с визита к врачу-психиатру. Именно он, а вернее она (Наталья Николаевна Спиридонова) первая встречается с ребенком и его родителями и определяет, куда направить обратившегося.

Проблемы с персоналом в целом решены. Если в 1997 г. больница была обеспечена врачами лишь на 60 %, то сейчас приходят молодые врачи, и в 1999 году штат будет укомплектован полностью.

Интернатуру врачи проходят на базе Екатеринбургской областной клинической психиатрической больницы, где вот уже несколько десятилетий подготовкой молодых врачей занимается Ирина Михайловна Ковалевская, о которой с уважением говорят практически все врачи области, так как около 200 из них — ее ученики. Подготовка интернов оплачивается из бюджета направляющего их медицинского учреждения, которому приходится считать каждую копейку. В результате в этом году молодые врачи больницы проходят подготовку в Екатеринбургской больнице, а экзамен сдают на кафедре Челябинского медицинского университета — так дешевле.

Средний медицинский персонал готовят на месте, в Нижне-Тагильском медицинском училище. Уровень подготовки высок, а желающие могут впоследствии продолжить обучение в области социальной помощи. Согласно действующей областной программе, подготовка социальных работников в психиатрии осуществляется из медицинских сестер, которые проходят 2-годичную подготовку в областном колледже, а затем — 2 года учатся в педагогическом университете. Полученное в результате образование как нельзя лучше подходит для работы в психиатрии, и медицинские учреждения охотно посылают свой средний медперсонал на учебу.

В больнице работает 1 юрист, но этого явно недостаточно. Остро ощущается потребность в юристе по общим делам. Было уже несколько случаев возврата квартир, потерянных одинокими душевно больными в результате их неадекватных действий.

Закон о психиатрической помощи, конечно, знают, но познакомиться с ним — как гласит надпись на доске объявлений диспансерного отделения — можно только в кабинете врача, ведущего прием (заведующего диспансером). Иногда складывается впечатление, что и сам доктор открывает закон лишь тогда, когда обратится какой-нибудь докучливый пациент. Так, например, недобровольных освидетельствований в Нижнем Тагиле нет совсем. «Если возникает такая проблема, мы направляем в стационар. Там много врачей, три дня понаблюдают и решат. А мы что можем?»

Отрядным фактом является организация в Нижнем Тагиле одного из первых в стране Клубного дома «Окно в мир», президент которого Александр Петрович Шестаков, врач-психиатр детского кабинета, вполне самостоятельно и интересно ведет свое дело. Нижнетагильская модель Клубного дома отличается от западных, максимально приближена к условиям нашей реальной жизни и имеет хорошие шансы на распространение. На первый план вынесена правовая помощь больным-инвалидам и их трудоустройство.

Л. Н. Виноградова

На VIII Конгрессе международной федерации психиатрической эпидемиологии “ГЕНОМ И ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА: роли и взаимодействие в психиатрической эпидемиологии”

Этот представительный Конгресс со звучным названием “Genome and Envirome” (слово *envirome* — неологизм организаторов Конгресса, производное от *environment* — окружающая среда) проходил с 6 по 9 марта 1999 года в г. Тайбэе на острове Тайвань в международном центре Academia Sinica.

Международная федерация психиатрической эпидемиологии (IFPE) — это научная организация, целями которой являются содействие эпидемиологическим исследованиям в области психиатрии и психического здоровья, а также развитие международных связей среди ученых в этой области. Основанная в 1985 году, федерация является автономной, некоммерческой. Ее бюджет полностью опирается на ежегодные взносы членов IFPE. В этой федерации имеются индивидуальные и общественные члены, филиалы входящие в национальные общества в Канаде, Франции, Италии, Португалии, Испании и Швейцарии, а также Северная Ассоциация по психиатрической эпидемиологии, которая охватывает Скандинавские страны.

Одной из главных видов деятельности IFPE является проведение международных научных встреч в различных частях мира. В выборе места проведения таких встреч преимущество отдается центрам и регионам мира, где развивается психиатрическая эпидемиология. Конгресс в Тайбэе является 8-м по счету с момента основания IFPE и первым, который проходил в Азии. Исполком IFPE активно спонсирует тематические конгрессы, симпозиумы и семинары. Конгрессы IFPE прошли: в Сантьяго де Компостела (Испания, 1996 год) на тему “Проблемы психического здоровья в изменяющихся обществах: эпидемиологические подходы”; в Лейпциге (1997 год) на тему “Психические расстройства и насилие”; в Мельбурне (1997 год) на тему “Содействие психическому здоровью и предотвращение психических расстройств”. Пленарная сессия по психиатрической эпидемиологии и семинар по эпидемиологическим и статистическим методам, организованные IFPE, были проведены в рамках XVI Конгресса Всемирной Ассоциации Социальной Психиатрии в Ванкувере (1998).

Исполком IFPE считает своей целью дать возможность участникам своих конгрессов с различными профессиональными и культуральными основами провести плодотворные дискуссии, развить различные аспекты эпидемиологии в психиатрии. IFPE придает большое значение высокому научному уровню своей деятельности, продвижению к лучшему пониманию и кооперации между эпидемиологами, клиницистами и социологами.

Местом проведения конгресса в Тайбэе очень удачно был выбран живописно расположенный на окраине этого 3-миллионного столичного мегалополиса академический городок Academia Sinica с 24 научно-исследовательскими институтами, изучающими основные гуманитарные, социальные и биологические дисциплины. Конгресс проходил под эгидой Института биомедицинских наук этой Академии. Открывали Конгресс президент IFPE проф. Б. Купер (Англия), президент Academia Sinica Юан Це-Ли, министр здравоохранения Тайваня Чи Шен-Чен, председатель Оргкомитета Конгресса проф. Андре Ченг. В своем приветствии президент Academia Sinica кратко охарактеризовал особенности экономического развития своей страны, которую он назвал “быстро развивающейся страной с давними традициями”. На конгрессе с ярким докладом, посвященным международным психиатрическим исследованиям прово-

димым под эгидой ВПА, выступил Президент ВПА профессор Н. Сарториус. Он, в частности, отметил большие трудности в интеграции международных психиатрических исследований и в реализации роли ВПА в этом процессе. В официальном списке участников конгресса числилось 311 докладчиков со всех частей света.

Конгресс имел следующую программу. Семинар по методам генетической эпидемиологии. Пленарные заседания были посвящены: геном и окружающая среда; проблемы продолжительности жизни; гено-средовое взаимодействие в этиологии психических расстройств; эпидемиология психических заболеваний и оценка службы психического здоровья; исследования в рамках международного сотрудничества. Параллельно проходили сессии, на которых рассматривались популяционно-генетические, близнецовые исследования, биология функциональных психозов, популяционные паттерны злоупотреблений психоактивными веществами; психические расстройства у пожилых, исследования распространенности психических расстройств в мире. Рассматривались также проблемы: шизофрения (факторы риска и общество); аффективные расстройства (распространенность и исходы); детские и подростковые расстройства (популяционные паттерны). Состоялся симпозиум по SCAN (шкале клинической оценки в нейропсихиатрии).

Большой интерес представляло 1-е пленарное заседание, на котором председательствовал президент IFPE проф. В. Соорег, а с программным докладом “Движение от устаревшей дихотомии: “природа или воспитание” (геном или окружающая среда) к перспективе, очерченной “судьбой” выступил проф. S. Rose. Докладчик отметил, что несмотря на безрезультатность более чем вековых дебатов на тему “природа или воспитание”, эта тема все еще продолжает обсуждаться и в настоящее время. Но многие исследователи предпочитают называть себя в этом отношении не “детерминистами” а сторонниками взаимодействия “природы” и “воспитания”. Сюда относятся и те, кто объединяют обе возможности и те, кто разрабатывает методы бихевиоральной генетики, и те кто считает все наследственным: от интеллигентности, алкоголизма, сексуальной ориентации и физических недугов до религиозности и склонности к разводам. Важно то, что совокупность этих взглядов дала основания для нового “витка” понимания этой проблемы, полагающего, что наши гены предрасполагают нас к изменению окружающей нас среды. В этом аспекте даже случайности на являются случайными, а являются проявлением унаследованных генов “обуславливающих риск”. Таким образом, “окружающая среда” как бы утилизируется конкретным “геномом”. По мнению автора, так называемая, “life-line perspective” (судьба) является суммарным результатом биологических, исторических и социальных факторов. Такой взгляд опровергает аргументацию о наличии, например, “генов эгоизма”, а предполагает развитие индивидуума в открытом биологическом взаимодействии с физической и социальной окружающей средой. J. Antony (США) в докладе “Геном и окружающая среда концепции и создание схем”, расценивает геном как совокупность “благоприятных” и “неблагоприятных” генов с точки зрения факторов риска для развития психических расстройств. Факторы окружающей среды можно также рассматривать как “благоприятные” и “неблагоприятные”. По мнению автора, перспективным можно считать создание некой суммарной схе-

мы — карты, включающей как генетические факторы, так и факторы окружающей среды. Создание такой карты позволит квалифицировать факторы генома и окружающей среды, как позитивные или негативные и усиливая одни и ослабляя другие, регулировать психическое здоровье популяции. Проф. R. Ottman (США) в докладе “Генно-средовое взаимодействие при нейropsychиатрических расстройствах” рассмотрел одну из наиболее интригующих проблем психиатрии: каково относительное влияние генетики и окружающей среды в возникновении и течении психических заболеваний. Совокупность докладов на эту тему позволяет считать, что на сегодняшний день эта проблема остается достаточно дискуссионной. Известно, в частности, что у больных болезнью Альцгеймера имеется специфический генотип, характеризующийся наличием гена некоего белка апополипротеина-Е. Однако, оказалось, что не все люди, имеющие этот ген болеют данной болезнью. Создается впечатление, что некоторые носители этого гена резистентны к нему. Любопытно, что степень резистентности может быть настолько велика, что некоторые носители этого гена могут сохранять высокий интеллектуально-мнестический уровень в возрасте свыше 90 лет. Кстати, в возрастном диапазоне 60 — 70 лет заболеваемость болезнью Альцгеймера по представленным на конгрессе данным выше, чем в возрасте 80 лет и старше. Так или иначе, генетическая основа для болезни Альцгеймера установлена. Интересны данные по влиянию внешних факторов на течение этой болезни. На конгрессе, в частности, были представлены данные о выраженном благотворном влиянии интеллектуальных занятий в раннем детстве и умеренном благоприятном влиянии интеллектуальной деятельности в течении всей жизни.

Попытки связать генотип человека с заболеваемостью шизофренией пока нельзя считать удачными. На конгрессе была представлена серия исследований с монозиготными близнецами, которые демонстрируют дискордантность по признаку заболеваемости: один близнец заболевает, другой — здоров. Данные случаи ставят под сомнение абсолютную роль генома в возникновении шизофрении. В то же время, представлена серия данных, свидетельствующих о существенной роли неких внешних факторов, в частности, повреждений мозга в пренатальном периоде. Недоразвитие мозга считается высоким фактором риска для возникновения шизофрении. Придается большое значение величине окружности головы новорожденного. Низкие показатели свидетельствуют о внутриутробном недоразвитии мозга и являются фактором риска. Отмечена относительно высокая частота заболеваемости шизофренией у недоношенных. Интересно, что по данным ядерно-магнитного резонанса и по секционным исследованиям, больные шизофренией характеризуются деформацией гиппокампа. Ранее было известно, что среди больных шизофренией много родившихся в конце зимы — начале весны, что традиционно связывалось с погодными и климатическими условиями, сопровождающими внутриутробный период. Однако, на конгрессе были представлены данные полученные в Сингапуре, где отсутствуют погодные колебания, характерные для северного полушария. Несмотря на монотонность погоды в течении всего года в Сингапуре, там имеет место та же закономерность: большая частота рождаемости больных шизофренией в конце зимы — начале весны.

Не меньший интерес представляла и 5-я пленарная сессия, посвященная результатам международных исследований в психиатрии, на которой сопредседательствовали проф. N. Sartorius и проф. A. Cheng. С программным докла-

дом здесь выступил проф. D. Wiersma (Нидерланды) “Международное исследование шизофрении: распространенность и заболеваемость шизофренией и родственными расстройствами в 12 странах”. Это исследование 1633 больных шизофренией в течении 15 — 26 лет было координировано N. S. Kline Institute и осуществлено в 17 исследовательских центрах сотрудничающих с ВОЗ. В результате почти четвертьвекового наблюдения за когортой больных шизофренией оказалось, что 60 % из них работала на производстве, часть — на дому. Только 17 % оказались полностью нетрудоспособными. Пол, возраст, начало, длительность нелеченных психотических состояний или виды ремиссий в течении первых двух лет с момента проявления болезни не являются прогностически значимыми для исхода в нетрудоспособность.

Интерес представила и параллельная сессия на тему: “Суицид в глобальной перспективе”, на которой с программным докладом выступил проф. G. Murphy (США) (“Суицид: через культуры и во всем мире”). В докладе отмечается, что количество суицидов варьирует в различных культурах и в разных частях света. Обнаружилось, что переселенцы в США и в Австралию выявляют уровень риска суицида, сравнимый с таковым в стране из которой они переселились. Психические расстройства найдены у суицидентов почти во всех случаях. “Большая депрессия” оказалась наиболее часто сопутствующей, за ней следуют алкоголизм, токсикомании и наркомании. Официальные цифры суицидов у женщин континентального Китая равны или даже выше, чем у мужчин. Культуральные факторы, такие как заниженный статус женщин предположительно играет важное значение.

На конгрессе были представлены 3 доклада российских психиатров. И. Логинов и А. Борисов (кафедра психиатрии Дальневосточного государственного медицинского университета, Хабаровск) выступили с сообщениями “Симптомы отмены и успех лечения опиоидной наркомании в зависимости от пути введения наркотика” и “Экономический кризис как средовой фактор влияющий на выбор наркотика”. В. Прокудин (член Исполкома НПА, доцент кафедры психиатрии факультета усовершенствования врачей Российского государственного медицинского университета) представил доклад “Психо-социальная реабилитация беженцев из Чечни, Таджикистана и Азербайджана с социально-стрессовыми расстройствами (вариант посттравматических стрессовых расстройств)” в соавторстве с А. П. Музыченко, С. А. Ганнушкиной и Л. И. Графовой).

По просьбе российских участников конгресса было организовано ознакомительное посещение Тайбэйского психиатрического госпиталя, входящего в Центральный городской госпиталь. Последний имеет почти вековую историю, разместился в прекрасных корпусах, оснащен современным медицинским оборудованием и даже эскалаторами в подземных переходах между корпусами. Психиатрический госпиталь насчитывает почти 80 лет своего существования, тоже прекрасно оборудован, компьютеризирован, имеет наряду с острыми отделениями отделения санаторного типа, лечебно-производственные мастерские, большой штат хорошо обученного врачебного, среднего и младшего медицинского персонала. Здесь же располагается амбулаторная служба госпиталя. Каждое рабочее место врача оснащено компьютером с сенсорным оборудованием мониторов, что позволяет врачам свести до минимума рукописные записи в медицинской документации.

В. Н. Прокудин

Любая наука должна не только заботиться о чистоте своих понятий, но также четко определить сферу их применения. Именно эта идея и стала одним из главных итогов XII городской научной студенческой конференции “Баженовские чтения”, состоявшейся в апреле этого года.

Конференция, названная в честь основателя кафедры психиатрии и медицинской психологии РГМУ Н. Н. Баженова (1857 – 1923 гг.), ежегодно привлекает внимание представителей разных институтов. Обсуждается самый широкий круг не только медицинских, но общекультурных и философских проблем (“Психиатрия и религия”, “Бред” и др.).

В нынешнем году тема конференции была связана со знаменательным событием: сто лет назад, в ноябре 1898 года, на съезде психиатров в Гейдельберге прозвучал знаменитый доклад Э. Крепелина о “раннем слабоумии”. Столетию выделения *dementia praecox*, не привлекающему в разных кругах должного внимания, и были посвящены последние Баженовские чтения.

Пожалуй, ни одно понятие в психопатологии не вызывает такого интереса и в среде врачей, и среди философов, психологов, историков, социологов и даже филологов и искусствоведов, как понятие “шизофрения”. Среди самих психиатров вопрос о границах шизофрении решался неоднозначно, учитывая существование разных школ, а теперь и принятие МКБ-10 в нашей стране, прошедшей путь от той ситуации, когда “все стало шизофренией”, до “шизотипического развития личности”.

Между тем, концепция шизофрении имеет свою эволюцию, рассмотрению которой и было посвящено центральное сообщение на конференции (А. Павличенко, РГМУ). От идей Мореля, Кальбаума и Маньяна к докладу Э. Крепелина в 1898 г, от *dementia praecox* до *schizophrenia* Э. Блейлера, представления “механицистов” и “персоналистов”, К. Шнайдер и симптомы I и II ранга, работы А. Кронфельда и современная классификация — таков далеко не полный перечень обсужденных вопросов.

Каждое из представленных сообщений — “Шизофрения в наркологической практике” (Д. Данилов, ММА им. Сеченова), “Латентная шизофрения” (В. Савко, РГМУ), “Варианты синдрома деперсонализации по МКБ-10” (Ж. Есяян, ММСИ) и др. — сопровождалось интересной дискуссией и постановкой серьезных проблем. Так, при обсуждении понятия “латентная шизофрения”, до сих пор вызывающего существенные разногласия в среде психиатров, особое внимание было уделено тому, что есть вялотекущая и латентная шизофрения, каковы границы латентной шизофрении и др. Об этом очень важно было сказать именно сейчас, когда при определении этого понятия акцент смещается в сторону расстройства личности, в то время как в действительности лишь в части случаев при латентной шизофрении расстройство выходит на психотический уровень. Таким образом, есть необходимость противопоставить разграничение психотических и непсихотических форм латентной шизофрении (Ю. С. Савенко, 1992) ее фактическому исчезновению. В докладе о синдроме деперсонализации было подчеркнуто, что диагноз ста-

вится не на основании простого перечисления признаков, но благодаря наличию целостной картины измененной психики (для деперсонализации это то “постигаемое целое”, в котором воссоединяются самоотчуждение и часто тревога, болезненное переживание своего состояния и попытки его подробно описывать и анализировать, использование образных сравнений и др.). Действительно, если клиническая психиатрия рассматривает закономерности изменения душевной деятельности, то задача психиатра — увидеть, как “функционирует” психика больного, как изменяется или “переформируется” его личность (Б. А. Воскресенский, 1992), а не ограничиться выявлением набора признаков или критериев. Тот факт, что индейцы вишу в Калифорнии рассматривают себя как сгущения, переходящие в другие объекты (Т. Шибутани, “Социальная психология”), вовсе не указывает на их деперсонализацию.

Проблема применимости разных классификаций в психиатрии перекликается с последним сообщением: “Исчезающая шизофрения: антипсихиатрия и парадоксы мышления XX века”. И. Журавлев (РГМУ) несколько оживил аудиторию постановкой ряда вопросов: имеют ли смысл любые понятия вне определенных концептуальных рамок? можно ли познать человека? правомерно ли редуцировать личность до совокупности теоретических понятий? как возможно понимание Другого? Без ответа на последний вопрос, кстати, вообще немислимо говорить о каких-либо диагностических процедурах. В этом докладе были рассмотрены вопросы философии науки в связи с работами М. Фуко, границы понятия антипсихиатрии и ее истоки, “экзистенциальная феноменология” и основные работы Р. Лэйнга, пределы компетенции психопатологии с одной стороны и недопустимость смешения психопатологических, психологических, философских и религиозных понятий с другой, способы концептуализации психического расстройства и необходимость феноменологического метода, понятие *praecox-gefühl* и итуция в психопатологии.

При большой содержательности докладов и широком спектре рассмотренных на конференции проблем не было упущено главное: необходимость феноменологического подхода, не допускающего навязывания объекту способов его рассмотрения исследователем. Непонимание этого обычно приводит к замене психического расстройства нарушением высшей нервной деятельности, дезадаптацией, измененным процессом означивания и т. п. Феноменология же подразумевает необходимость “отбросить все предвзятости, которые приведут к приписыванию психическим процессам качеств, которые нельзя увидеть” (О. Виггинс, М. Шварц, НПЖ № 1, 1998). Это — чистота, не совместимая ни с построением “универсального” знания о человеке, ни, тем более, с образованием социальных движений (напр., антипсихиатрии).

Как известно, великие научные достижения возможны благодаря тому, что та или иная теория привлекает сторонников и “обречена” на существование не только из-за

“внутренней красоты”, но и вследствие поистине “архетипической” силы, побуждающей к дальнейшему развитию. Однако нужно отдавать себе отчет в том, что в психопатологии попытки выявить глубинную основу “человеческого” или выдвинуть какой-либо принцип в качестве ориентира бесперспективны (К. Ясперс, “Общая психопатология”), а сущность каждой человеческой личности так же умонепостижима, невыразима, непричастна, как и божественная сущность (св. Григорий Палама). Как отметил в заключительном слове организатор Чтений доцент кафед-

ры Б. А. Воскресенский, хороший психиатр — тот, кто помнит о частности своего знания.

“Господин доктор, сегодня ночью я продезинфицировал сулемой все небо и при этом не обнаружил никакого Бога”, — сказал один из пациентов К. Юнга. А попытка раз и навсегда вместить человека в рамки какой-либо классификации не есть ли “дезинфицирование неба”? И можно ли радуго заменить рефлекторной дугой?!

И. В. Журавлев

Сложная ситуация в отечественной психотерапии

6 – 8 мая 1999 г. в Москве состоялась очередная конференция общероссийского общественного объединения “Профессиональная Психотерапевтическая Лига” (ППЛ, президент В. В. Макаров) “Психотерапия на рубеже тысячелетий — опыт прошлого, взгляд в будущее”. Конференция, в которой приняли участие 250 человек, завершилась тремя днями тренингов. Обсуждались вопросы, связанные с преподаванием психотерапии в РФ и соответствия уровня российских стандартов европейским. Этот вопрос очень актуален сегодня, так как Европейская ассоциация психотерапевтов (ЕАП) проявила значительную заинтересованность во вхождении отечественной психотерапии в лице ППЛ (“представителя России в ЕАП”) в программу европейского сертификата по психотерапии. На конференции работали тематические дискуссионные круги, а закончилась она большим психотерапевтическим балом в ночном клубе. Прошел вечер психотерапевтического анекдота, песни и танца. Большой интерес вызвали разнообразные выставки, особенно психотерапевтической фотографии Б. М. Копировского.

25 – 28 мая 1999 г. в г. Иваново состоялась конференция Российской психотерапевтической ассоциации (РПА, президент Б. Д. Карвасарский) “Психотерапия и клиническая психология в общемедицинской практике”. На пленарных заседаниях и круглых столах, заседаниях Координационного Совета и Проблемной комиссии “Медицинская психология” обсуждались состояние и тенденции развития психотерапии, интеграция клинической психологии в теорию и практику медицины, состояние и перспективы психоанализа в России, проблемы психологического выживания в условиях социального стресса и др. Прошли выборы Совета супервизоров РПА, были вручены удостоверения “Супервизор РПА”. Проведенные учебные программы привлекли большое количество участников.

Подведением итогов этих конференций стал Пленум Российского общества психиатров, состоявшийся 3 июня 1999 г. На Пленуме была достаточно откровенно обозначена создавшаяся коллизия: “если РПА жесткой позицией относительно психотерапевтических сертификатов привела психотерапию к стагнации, то ППЛ, открыв дорогу всем желающим, даже без базового образования, способствует ее девальвации”. Как сказал в своем заключении проф. И. Я. Гурович, в остроте сложившейся ситуации немалую роль сыграл проф. Б. Д. Карвасарский, который лишь недавно (после принятия соответствующего решения германскими коллегами) согласился с возможностью проведения психотерапии психологами. В докладах А. Б. Холмогоровой и Ю. С. Шевченко (в отношении детской психотерапии) и в выступлениях в прениях была показана нелепость существую-

щей практики как в прошлом, так и в настоящее время: если раньше было достаточно пройти двух месячные курсы в ЦИУ у проф. В. Е. Рожнова, то теперь для получения европейского сертификата психологу необходимо до 14 лет дополнительного обучения, а психиатру 3 года, после чего врач получает невысокий статус ко-терапевта и автоматически лишается всех психиатрических льгот. Отсутствие таких льгот для психологов уже привело к их уходу из медицины. Интересно, что европейский сертификат имеет только 17 % австрийских психотерапевтов. Пленум принял решение в старой советской формулировке: “просить МЗ принять нормативный документ о статусе психотерапевта” вместо “подготовить нормативный документ для утверждения его Минздравом”.

Пленуму РОП явно не хватало социолога, хотя даже без него было видно, что перед нами меж- и внутрикорпоративные разборки, что идет передел сфер влияния. Очень выразительным было контрастирование этой прозы жизни с высоким существом психотерапии как таковой. Не прозвучала очевидная вещь: психологи давно владеют психотерапевтическими техниками значительно более профессионально (ad mass), чем врачи. Причем это произошло как раз в силу упорной дискриминации психологов. В результате обойденными оказались как те, так и другие. Еще 8 лет назад двух месячные платные курсы экстрасенсов для любого человека с улицы с выдачей диплома собирали туго набитые залы пестрого сброда, вплоть до квадратных затылков в маскировочной униформе. Два месяца вместо 7 – 14 лет тяжелой учебы и несопоставимые заработки. С другой стороны в Россию едут по большей части зарубежные специалисты по мало признанным или исчерпавшим себя методам, например, НЛП или психоанализу. Выступление В. М. Шкловского очевидным образом продемонстрировало приоритет артистизма в психотерапии. В результате возникает опасность распространения ложных идей, преподанных в изящной упаковке. Например, В. М. Шкловский говорил о том, что “психотерапия — это безусловно наука, методы которой дают структуру личности”. Между тем, на далеко обогнавшем нас Западе нет общепринятого понимания, что это за область знания. Более того, там сложился стереотип психотерапевта, как вредного и малокомпетентного манипулятора. Преобладает мнение, что психотерапия — это метод лечения, осуществляемый особой гуманитарной профессией.

Интерес представляют прозвучавшие на Пленуме цифры (Ю. П. Бойко): даже в Москве, при утвержденной норме в 1200, имеется всего 160 “государственных” психотерапевтов (90 в общесоматических и 70 в психоневрологических учреждениях) и 300 в коммерческих структурах.

VII ежегодная международная конференция по разрешению конфликтов (в поисках личной и общей гармонии)

Традиции складываются медленно, но, судя по всему, в этих конференциях, организуемых Институтом "Коммон Бонд" (США) и Институтом Психотерапии и Консультирования "Гармония" (С.-Петербург, Россия) и проходящих с 1993 г., мы имеем дело как раз со складывающейся традицией. VII-я Конференция проходила 7 – 12 мая 1999 г. в Дюнах на берегу Финского залива под С.-Петербургом и собрала более 150 участников, в том числе более 50 — из зарубежных стран (Албания, Аргентина, Босния и Герцеговина, Великобритания, Германия, Канада, США, Украина, Хорватия, Швейцария, Эстония, ЮАР, Югославия). Особое место среди зарубежных гостей занимали представители коренных народов американского континента — индейцы: Wallace Black Elk — потомок легендарного Nicolas Black Elk, старейшина и носитель духовных традиций племени Лакота; Marilyn Youngbeard — практикующий целитель, педагог, лектор и фасилитатор; Robin Milstead, Ph. D. — член правительства племени Оттава и Чиппева, альтернативный врачеватель; Carlo Hawk Walker Carlino — духовный наставник, целитель, жрец Святыни Земного Круга, скульптор и художник, ветеран вьетнамской войны; Diane Woman Who Leads Dee — учитель гомеопатии, хранительница устного творчества и традиций коренных народов Америки. Присутствие и активное участие этих людей в работе конференции, их глубинная мудрость, искреннее дружелюбие и выстраданная терпимость к инаковерующим, инакомыслящим и инакочувствующим (то, что Алексей Симонов называет интеллигентностью) сообщали ей тот дух подлинности, которого так часто недостает в больших собраниях профессионалов.

Конференция носила мультидисциплинарный характер и предназначалась — процитирую программу: "Для психологов, педагогов, менеджеров, консультантов, дипломатов, теологов, бизнесменов, психотерапевтов, научных и творческих работников, медиков, политологов, общественных и социальных работников, юристов, студентов и всех тех, кому небезразлична судьба нашей планеты". Насколько это действительно так, показывает, например, то, что в работе многих групп участвовали и бывшие на конференции дети. Проводилась конференция по модели семинаров, воркшопов и круглых столов, которых только в пределах официальной программы было более сорока, и не менее 10 – 12 — в вечерние часы, уже по завершении официальных дневных программ. Все это давало возможность участникам следовать своим интересам и запросам вместо скушного отсиживания обязательных для всех часов.

Приведу названия лишь некоторых презентаций, которые дают представление о широте затрагиваемой тематики. Adriane Wolfe (Великобритания) — Роль диалога в разрешении конфликтов, Sandra Klimartin (Канада) — Экономика управления конфликтами, связанными с общественными проектами, финансируемыми за счет частных фирм, Ирина Каган (С.-Петербург) — Психология "Троицы" Андрея Рублева, Дмитрий Леонтьев (Москва) — Мировоззрение как проекция личностного мифа, Sandra Sheldelin (США) —

Стратегия вмешательства в насилие и конфликты на рабочем месте, Галина Миккин (Эстония) — Основы психологической поддержки (первая и кризисная помощь), Елена Калитеевская — Ресурсы несовершенства, Виктор Каган (С.-Петербург) — Психиатрия в гуманистической перспективе, Анатолий Северный (Москва) — Межпрофессиональный конфликт в работе с дизадаптированными детьми, Нина Иовчук (Москва) — Конфликт ученика и учителя: истоки, последствия, попытки преодоления, Elizabeth Alberda (США) — Шаманический опыт, Ranko Vucinic (Хорватия) — Искусство и культура — виртуальная революция или всемирная коммуникация без границ, Lubica Stojanovic и Daniel Orcic (Югославия) — Духовная энергия и энергетическая медицина, Kris Donley (США) — Конфликты на улицах: разрешение конфликтов и уличная полиция, Denise Williams США) — Трансформация конфликта: от работы с гневом к программе действий, Елена Ларионова и Ольга Платонова (С.-Петербург) — Арт-терапевтический подход к работе с детскими страхами. Этот список можно было бы продолжать...

Нельзя не отметить возрастающий интерес к психолого-психиатрической тематике. Это радует, хотя участие психиатров могло бы быть шире и, безусловно, могло бы украсить конференцию и стать началом более интенсивного межпрофессионального диалога, который так необходим психиатрии.

Во время работы конференции прошло совещание представителей Ассоциаций Гуманистической Психологии, которое провел Steve Olweas — международный директор и president-elect Американской Ассоциации Гуманистической Психологии. Центром обсуждения здесь было международное сотрудничество и создание международных рабочих сетей гуманистических психологов, существующие пробелы и идеи в этой области, перспективы, связанные с конференцией Saybrook-II, которая будет проходить летом этого года (на конференции Saybrook-I в свое время была создана Ассоциация Гуманистической Психологии).

Круглые столы были посвящены таким темам, как "Балканы: возможности трансформации конфликта", "Культура коренных народов" (коренные народы Северной и Южной Америки, Сибири, русского Севера), "Диссоциация и работа с ней".

Следующая конференция намечена на 12 – 17 мая 2000 г. "Круглая дата" обязывает — VIII-я конференция обещает быть еще более насыщенной и интересной. Желающие участвовать в ней специалисты разных профилей из России и стран СНГ и Балтии могут обратиться по адресу:

Россия, 196066, С.-Петербург, ул. Гастелло, д. 9, Институт "Гармония"; тел./факс: (812) 293-1330; эл. почта: badkhen@harmony.harmony.spb.su или pevzner@training.spb.su.

В. Е. Каган

До Всемирного конгресса по психиатрии в Гамбурге осталось всего несколько недель, однако Исполком ВПА не забывает о своих повседневных обязанностях: ведет переписку с обществами-членами, информирует о текущей деятельности.

Мы уже писали об опросе, проведенном Исполкомом ВПА среди обществ-членов, научных секция, комитетов и т.п., относительно оценки работы различных структур Всемирной психиатрической ассоциации (НПЖ, 1998, № III). По результатам опроса был разработан план действий, которым может воспользоваться и следующий состав Исполнительного комитета, избранный в Гамбурге. План касается различных направлений деятельности. Вот некоторые его положения.

1. Продолжить разработку этических норм и совместных заявлений, принимаемых на основе консенсуса в области психиатрии.

2. Изучить важнейшие заявления обществ-членов и международных организаций с точки зрения их адаптации и принятия ВПА. Рассмотреть заявления, представленные обществами во время последнего опроса ВПА.

3. Просить Комитет превентивной психиатрии разработать предварительный вариант заявления о профилактике психических заболеваний, а Этический Комитет ВПА — руководство по правам врачей-психиатров.

4. Расширить поддержку психиатрии в развивающихся странах (распространение образовательных программ, оснащение библиотек, подготовка региональных съездов).

5. Организовать встречу президентов членов-обществ и зональных представителей для анализа и обмена информацией о полезном опыте и обсуждения плана совместных действий.

6. Помогать членам обществ в их усилиях улучшить национальную политику в области здравоохранения.

7. Расширить партнерство с национальными и международными государственными и общественными организациями с целью усиления влияния на политику в области психического здоровья (в том числе, изучить возможности осуществления совместной программы здравоохранения ВПА/ВОЗ в сотрудничестве с РФ).

8. Улучшить взаимодействие со СМИ с целью более полного представления позиции ВПА.

9. Продолжать подготовку новых и обновление тех уже существующих образовательных программ, которые вызывают большой интерес (например, по шизофрении — Teaching and Learning about Schizophrenia).

10. Просить общества-члены перевести образовательные программы ВПА для использования в своих странах.

11. Изучить образовательные программы, разработанные обществами-членами, научными секциями и другими структурами ВПА, для возможного исполь-

зования и адаптации. Просить общества-члены направить разработанные ими программы в Комитет по образованию.

12. Шире информировать о деятельности научных секций и Комитетов ВПА, стимулировать издание журналов, собрания секций на региональных съездах и всемирных конгрессах. Привлекать Комитеты к разработке образовательных программ и подготовке различных заявлений. Подготовить отчет о деятельности секций и Комитетов к Конгрессу ВПА в Гамбурге, с тем, чтобы дать соответствующие предложения.

13. Помогать обществам-членам и зональным представителям в подготовке и оценке съездов и конференций; выпустить и распространить руководство “Как организовать конгресс по психиатрии”, по возможности проводить во время региональных и всемирных конгрессов семинары по организации научных съездов.

14. Активизировать издательскую деятельность, подготовить к Конгрессу в Гамбурге выпуски серий “Evidence & Experience in Psychiatry”, “Images in Psychiatry” и “Current Opinion in Psychiatry”. Опубликовать тезисы докладов IX Всемирного конгресса по психиатрии в Гамбурге в качестве приложения к регулярному изданию “Current Opinion in Psychiatry”.

15. Продолжить усилия по переводу и распространению Мадридской Декларации. К настоящему времени она переведена на арабский, китайский, чешский, финский, немецкий, греческий, итальянский, японский, корейский, румынский, русский, испанский и шведский языки.

16. Подготовить издания по истории деятельности ВПА в области этики, культуры и психиатрии.

17. Сформулировать дополнительные этические руководства для особых ситуаций, принимая во внимание культурные рамки.

18. Обеспечить высокий уровень образовательной деятельности по этике и психиатрии на конгрессах ВПА.

19. Инициировать разработку программы по обучению этике для медицинских студентов, организовав сотрудничество между Комитетом по этике и Комитетом по Праву, этике и психиатрии.

20. Содействовать взаимодействию Комитета по этике и анализу психиатрических злоупотреблений с обществами-членами с целью улучшить информированность по этическим вопросам, принятию этических кодексов и учреждению постоянных этических комитетов, связанных с обществами членами.

Как видно, Исполком ВПА стремится не только разрабатывать новые программы, этические нормы и заявления, но и постоянно стимулирует общества-члены к ответной активности. К сожалению, пассивность коллег удручает. Так, например, на последнем семинаре НПЖ в проведенном анкетировании по поводу “Независимого психиатрического журнала” многие отметили, что хоте-

ли бы видеть в журнале больше публикаций о психиатрической службе регионов. Между тем почти все предложения редколлегии поделиться опытом практической работы на страницах журнала закончились неудачей: "нет времени", "ничего особенно интересного" и даже "как к этому отнесется наше руководство?"

Секретарь по финансам проф. Марианна Каструп подготовила финансовый отчет за 1998 г. В отчете отмечается, что в настоящее время сложилась ситуация, при которой доходы ВПА являются недостаточными, чтобы удовлетворить те ожидания, которые выражают общества-члены, индивидуальные члены и другие структуры ВПА (например, в последнем опросе). Доходы ВПА складываются из членских взносов (почти наполовину), поступлений от образовательной деятельности, проведения съездов и конгрессов и т.п.

ВПА — быстро растущая организация (сегодня это 112 членов-обществ и 50 научных секций и комитетов) с постоянно расширяющейся сферой деятельности. Между тем членские взносы остаются неизменными (2,5 доллара с человека) с 1989 г. Серьезная проблема — собрать взносы. Многие общества постоянно просят об отсрочке. Есть и такие, что, подписав в 1996 г. в Мадриде обещания об уплате членских взносов, до сих пор их не выполнили. Указанные трудности отражают экономическую ситуацию в этих странах и подкрепляются отсутствием дифференциации в уплате членских взносах. В результате общества часто декларируют меньшее количество членов, чем есть на самом деле, и, таким образом, уменьшают свой годовой взнос.

Секретарь финансового комитета проф. Марианна Каструп и генеральный секретарь ВПА проф. Хуан Мезич выступили с предложением изменить существующую структуру членских взносов, с тем чтобы она в большей мере отражала экономическую ситуацию в мире. Эти предложения будут обсуждаться на сессии Генеральной Ассамблеи в Гамбурге.

Количество индивидуальных членов существенно возросло с последнего Всемирного конгресса в 1996 г., однако после принятия решения об увеличении ежегодного взноса с 40 до 120 долларов, начались трудности с уплатой членских взносов. Всемирные конгрессы ВПА — другой важнейший источник доходов для организации, но на региональных съездах приходится снижать

регистрационный взнос чтобы облегчить участие коллег из слабо развитых стран.

Среди новых расходов — средства, выделяемые на работу зональных представителей и специальные проекты научных секций и Комитетов ВПА. Постоянно растут и расходы членов Исполкома (почта, факс, телефон, секретариат и т.п.), что связано с расширением сферы их деятельности.

Итак, доходы ВПА в 1998 г. составили 274 тыс. долларов, что составляет 77 % от запланированной суммы: лишь на 38 % был выполнен план по сбору индивидуальных членских взносов, не поступило достаточно средств от образовательных программ ВПА и от фонда ВПА. Между тем расходы составили 356 тыс. долларов, что примерно соответствует запланированной сумме. На обеспечение планов зональных представителей было потрачено 13 тыс. долларов (80 % от бюджета), на работу секций — 10,5 тыс. долларов или 50 % от бюджета. Согласно утвержденному Исполкомом ВПА сбалансированному бюджету на 1999 г., доходы и расходы должны составить 356,5 тыс. долларов США.

Уже разработаны программы заседаний Генеральной ассамблеи Всемирной психиатрической ассоциации. Внеочередная сессия, посвященная обсуждению изменений и дополнений к Уставным документам ВПА, начнется 8 августа 1999 г. в 9 часов утра, а сразу вслед за ней откроется очередное заседание Генеральной Ассамблеи, на котором должны присутствовать все официальные представители ВПА и президенты обществ-членов. В программу включены отчеты всех членов Исполкома, отчеты о деятельности всех Комитетов ВПА, обсуждение 3-летнего стратегического плана ВПА, а также финансового плана и новой структуры членских взносов, обсуждение и принятие совместных заявлений, выборы новых членов-обществ и членов Исполкома и многое другое. В 1996 г. на Всемирном конгрессе в Мадриде сессия Генеральной Ассамблеи продолжалась около 18 часов, закончившись в 2 часа ночи. Сколько времени потребуется на этот раз?

В заключение предлагаем Вашему вниманию подготовленное Американской психиатрической ассоциацией заявление, которое будет обсуждаться на Генеральной Ассамблеи в Гамбурге. Если оно будет принято, российским психиатрам придется пересмотреть свои позиции и начать активную деятельность в защиту гомосексуалистов. Готовы ли мы к этому?

Заявление о гомосексуализме, представленное АПА

для голосования на сессии Генеральной Ассамблеи ВПА в Гамбурге, август 1999.

Принимая во внимание, что еще в 1992 году, на основе большого количества научных исследований, Всемирная организация здравоохранения исключила гомосексуализм из Международной классификации болезней (ICD-10), выступив с заявлением, что "сексуальная ориентация сама по себе не должна рассматриваться как расстройство", Всемирная психиатрическая ассоциация призывает своих членов, как коллективных, так и индивидуальных, добиваться того, чтобы из всех ме-

дицинских и психиатрических учебников и нозологических систем было исключено упоминание о гомосексуализме как о расстройстве. Кроме того, Всемирная психиатрическая ассоциация призывает психиатрические общества и отдельных специалистов сделать все возможное, чтобы противостоять любой психиатрической оценке или лечению, которые основаны на предположении, что гомосексуализм *per se* является психическим расстройством.

Светлая память

18 декабря 1998 г. после тяжелой болезни скончался Григорьевских Владимир Степанович, известный ученый и педагог.

Вся его жизнь, научная и педагогическая деятельность была связана с Южным Уралом. Он родился в 1939 г. в Курганской области. В 1963 г. окончил Челябинский медицинский институт и затем работал в г. Оренбурге врачом-психиатром, клиническим ординатором, ассистентом, а в последующее время — доцентом и заведующим кафедрой психиатрии Оренбургского медицинского института. В 1969 г. защитил кандидатскую диссертацию. В 1988 г. избирается зав. кафедрой психиатрии, психотерапии и мед. психологии Челябинской медицинской академии. В 1992 г. Владимир Степанович защитил докторскую диссертацию, а в 1993 г. ему присваивается звание профессора. С 1992 г. он член НПА России.



В. С. Григорьевских вел большую педагогическую и консультативную работу. Его лекции, клинические разборы и семинары отличались лаконичностью и красотой изложения. Студенты и практические врачи слушали его, затаив дыхание. Владимира Степановича отличали высокая эрудиция, прекрасное знание психиатрии, психотерапии, наркологии, медицинской психологии, патопсихологии, психофизиологии. Он подготовил сотни врачей, был консультантом в ряде лечебных учреждений города и области, являлся вице-президентом ассоциации психотерапевтов страны.

Владимир Степанович вел и большую научную работу. Его перу принадлежит почти 100 научных трудов, в том числе и монография. Он подготовил 10 кандидатов медицинских наук, являлся автором ряда серьезных лечебных разработок и изобре-

Мы еще, может быть, не скоро пришли бы к решению, что нам необходимо заявить себя как конкретную научную группу, которая, опираясь на лингвистический метод — **вербальная мифологизация личности**, и междисциплинарную науку — **суггестивная лингвистика**, разработала и внедряет в психотерапевтическую практику метод **вербальной мифологизации и инициации личности**, а также проводит исследования мета-возможностей языка и внедрения огромного потенциала мифологии в психотерапию с целью обоснования нового подхода в психотерапии — **суггестивно-лингвистической психотерапии**, но трагическое событие заставило нас пересмотреть отношение к динамике своей деятельности: **18 декабря 1998 года ушел из жизни наш друг, учитель, наставник — профессор Владимир Степанович Григорьевских.**

Только благодаря этому замечательному человеку, его открытому сердцу, творческому уму и организаторским способностям, группа исследователей встала на путь, открывающий таинственные горизонты уникальной сферы человеческого бы-

тений. Организовал при медицинской академии защитный Совет кандидатских диссертаций по специальности «Психиатрия», председателем которого он был.

Человек неутомимой энергии, профессор В. С. Григорьевских занимался и большой общественной и организационной деятельностью. Он стоял у истоков создания системы хосписов в области, возглавлял областную ассоциацию психиатров и наркологов, регулярно выступал по областному телевидению и радио. Являлся председателем секции медицинской психологии челябинского отделения Российского Психологического Общества.

Владимира Степановича хорошо знали в Челябинском государственном университете, Педагогическом Университете, Южно-Уральском государственном университете и других вузах города.

Профессора В. С. Григорьевских знали врачи и ученые в Москве и Сургуте, С.-Петербурге и Кургане, Перми и Екатеринбурге, Узбекистане и Казахстане, Германии и Англии.

Светлая память о Владимире Степановиче навсегда сохранится в наших сердцах. Его жизнь — пример самоотверженности и гуманизма.

Шамуров Ю. С., Буторина Н. Е., Занин Е. Б., Калев О. Ф., Долгушин И. И., Турыгин В. В., Батурич Н. А., Буйков В. А., Суханов В. С., Мовчан Н. Г., Андриевских И. А., Дедкова С. Ф., Назмутдинов А. Р., Атаманов А. А., Мамин Г. В., Перерва И. Г., Мовчан В. Н., Глинкин А. А.

тия — мифологической реальности. Учителя нет, но мы ощущаем, что он по-прежнему рядом с нами, ощущаем его силу, ощущаем, что теперь обязаны стремительно продвигаться вперед, чтобы успеть сделать все, что он перед нами наметил.

Вопросы, которых касался Владимир Степанович, на первый взгляд, выходят за пределы привычной для науки сферы приложения — организация Центра игр коррекции, адаптации и развития детей и подростков, участие в организации экспериментального детского сада, организация арт-галереи, особых обрядовых праздников и арт-дней, с целью развития терапии инструментами художественного, первобытного и мифологического мышления, организация актов групповой динамики, обеспечивающих мифологическую вербализацию и инициацию личности.

Представляемая здесь научная группа — команда — один из итогов работы нашего Учителя.

Быков С. И., Давидович Д. Н., Тесас Г. П.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Карл Ясперс. Стриндберг и Ван-Гог. — СПб, 1999.

Клаус Дернер, Урсула Плог. Заблуждаться свойственно человеку. Учебное пособие по психиатрии и психотерапии. — СПб, 1997.

Кискер К. П., Фрайбергер Г., Розе Г. К., Вульф Э. Психиатрия, психосоматика, психотерапия. — М., 1999.

Милтон Эриксон. Стратегии психотерапии. — СПб., 1999.

Ноэль Шихи, Энтони Чэпмен, Уэнди Конрой. Психология. Биографический библиографический словарь. — СПб., 1999.

* * *

Пол Куртс. Искушение потусторонним. — М., 1999.

Хоружий С. С. Заметки энергичной антропологии. “Духовная практика” и “отвержение чувств” // Вопр. филос. 1999. № 3. С. 55 – 84.

Зубков В. И. Риск как предмет социологического анализа // Социол. исслед. 1999. № 4. С. 3 – 8.

Ярская-Смирнова Е. Р. Социальное конструирование инвалидности // Ibid. С. 38 – 45.

Балабанова Е. С. Социально-экономическая зависимость и социальный паразитизм: стратегии “негативной адаптации” // Ibid. С. 46 – 57.

Антонов А. И. Демографическое будущее России: депопуляция навсегда? // Ibid. № 3. С. 80 – 86.

* * *

Разум и экзистенция (анализ научных и вненаучных форм мышления). — СПб., 1999.

Карл Поппер. Квантовая теория и раскол в физике (из постскрипума логики научного открытия). — М., 1998.

Джузеппе Кальоти. От восприятия к мысли. — М., 1998.

Ганс Йонес. Изменившийся характер человеческой деятельности // Человек. № 2. С. 5 – 19; № 3. С. 5 – 19.

Бенедетто Кроче. Антология сочинений по философии. — СПб., 1999.

Эммануэль Левинас. Время и другой. Гуманизм другого человека. — СПб., 1998.

Романовский Н. В. Социология и социологи перед лицом глобальных катаклизмов // Социол. исслед. 1999. № 3. С. 3 – 10.

Феофанов К. А. Социология организаций Никласа Лумана: коммуникация власти и доверия // Ibid. С. 126 – 128.

Ньюман Л. Полевое исследование. // Ibid. № 4. С. 110 – 121.

* * *

Вехи. Pro et contra (антология). — СПб., 1998.

Кантор В. К. Федор Степун: российская мысль в контексте европейских катаклизмов // Вопр. филос. 1999. № 3. С. 112 – 136.

Степун Ф. А. Борьба либеральной и тоталитарной демократии вокруг понятия истины // Ibid. С. 137 – 144.

Смирнов А. В. Соизмеримы ли основания рациональности с разных философских традициях? // Ibid. С. 168 – 187.

Даниел Белл. Грядущее постиндустриальное общество. — М., 1999.

Новая постиндустриальная волна на Западе (антология). — М., 1999.

Шмуэль Эйзенштадт. Революция и преобразование обществ (сравнительное изучение цивилизаций). — М., 1999.

* * *

Вадим Руднев. Психотический дискурс. // Логос. 1999. № 3. С. 118 – 132.

Вадим Руднев. Шизофренический дискурс. // Логос. 1999. № 4. С. 21 – 34.

Social psychiatry, social rehabilitation and sociotherapy (from the lecture at the All Russian seminar devoted to the 10-th anniversary of the IPA of Russia)

Yu. S. Savenko

To the subject of social psychiatry belong thoroughly and for a long time being elaborated by the IPA of Russia problems, such as psychiatry and human rights, psychiatry and power (politics), psychiatry and religion and many others.

And what is social psychiatry? This extremely complicated question for the last two decades became even more complicated due to the crisis in sociology itself.

In 1995 at the Congress of the Russian Society of Psychiatrists on behalf of the State Center of Social Psychiatry and the Chair of Social psychiatry, the single one in the country the following definition was put forward: "Social psychiatry means studying an influence on mental health by **only** proper social, cultural, ethnic and ecological factors and studying mental disorders themselves, originated **only** in connection with the above mentioned social factors" [1]*. Actually this is the repetition of the WHO of the year of 1958, when social psychiatry was recognized as an independent direction, embracing social ethiology and social pathology. But this is a hopelessly out-dated notion and out-dated in the paradigmatical sense. It contains the old notion of causality and the subject of science itself. It has been substantiated long ago that the subject of science consists of not in causes and not of sources but of a special aspect of consideration. The essence of the social factor is not in causal but in probabilistic approach. The social factor mediates any pathological factor, but no-pathological factors too.

In 1998 in the third issue of Independent Psychiatric Journal we put forward our own definition of social psychiatry [2], and several months later in the fourth issue of *Journal Social and Clinical Psychiatry* its Editor-in-Chief Prof. I. Gurivitch contributed the review of modern Western literature up to 1998 on social psychiatry [3], defining it, after Prof. L. Ciompi as an integral part of general psychiatry, which deals with social aspects of any illness [4]. But the term "social aspects" was not discussed and it is still not clear.

We also share the attitude of Prof. Ciompi, but we do not consider it right to be limited by reviews of literature in regard to definition of the concept of social psychiatry. It is necessary to view the problem independently without entrusting this work to our foreign colleagues as media-

tors. All this work inevitably includes fundamental principles, but foreign theoretical attitudes are extremely various. Among them the substantial place is taken by two opposite attitudes — hyperbolization and even absolutization of social factor and refusal of the concept of social psychiatry itself as multiciphered, insipid and simply fashionable. This is a natural consequence of the same absolutization. On the other hand we don't think that it is correct to copy mechanically the western experience of practice of social psychiatry. One should keep in mind lessons of the American experience:

- extremes of legal model instead of balance with medical one;
- extremes of antipaternalistic orientation despite eternal tradition of medicine;
- extremes of deinstitutionalization, already engaged in economic mechanism (homeless, mainly the mentally ill, settle in prisons, where their upkeep is substantially cheaper);
- extremes of sociologization of clinical psychiatry, which penetrated even in the definition of delirium;
- extremes of naive americocentrism, that is considering their models as universal ones.

So, what is the concept of "the social"? The long standing mistake is to consider the social as the ontological layer together with biological and psychic ones. This is the consequence of the Soviet epoch, when the category "the social" has supplanted "the spiritual" category. It can be said that all the spiritual is social, but not all social is far from being spiritual. The utopia notion of the social stems in particular from their incompetent identification. Meanwhile the social is present in the biological and the psychic, which ensures its special well-grounded character. Hence awkwardness of combination of words "biopsychosocial," which not only slurs over different level of this triad, but invisibly conserves hypostazation (objectivization) of these categories. Human being is social constitutionally and is constructed by nature as social creature. Nevertheless human being does not come to the social.

That is why beside the **macrosocial level** (public institutions: culture, language, religion, nationality, citizenship, party membership, profession and so on) and the **microsocial level** (belonging to a great number of small groups of different type), **the social** is not limited by the third **individual level** (various identifications of personal-

* For references see page 28.

ity). **The proper social** is not in any concrete limited unites, which can be watched outside. The fourth, **core, the proper social level is represented by specific communications**, the totality of many of them comprise clinical reality.

In the last decades the new factors characterizing sociology have been expressed in transition from the notion about human being as absolutely passive object of social forces to the notion of "active human being" (Alen Tourain) but outside voluntarist extremes. Taking into account of this active origin and feeble hope for its increasing role in history (the civilized human being at least has a tendency to a greater autonomy from the element of environment, although periodically he degrades in totalitarian epochs) this time were not the results of secret desire to save this last refuge of our optimism, but of real prognostic insolvency of concepts which ignore this factor.

What does it mean to see, think and understand sociologically?

It means — purely rationally, outside any prejudices, all reputations and all values except own scientific background and all which can be substantiated rationally without discrepancies.

The definition "social" in sociological sense is limited by meaning of "interaction" and more correctly according to Max Weber by "orientation in one's action to others". The sociological approach means concentration on human relations, on the way of their organizations into various societies, institutions, on collective ideas, which determine activities of people and on the way of working system as a whole from positions of all competing parties.

Everyone of us originally, spontaneously is a sociologist. Because sociology is "knowledge necessary for communication with other people" (Z. Bauman). The sociological aspects is the **rational sense of human rights relationship, is a critical common sense**, common sense converted into science. It differs from ordinary common sense by clear-cut differentiation of responsible and unconfirmed opinions, by basis on common and not only own individual experience, by refusal of demonization and personification of events and by constant readiness for changes in interpretation of ordinary experience [9].

Sociology unites two attitudes, two views on society: man in society and society in man. According to Emil Durkheim, "the subject of sociology is **the social reality consisting of social factors, that is all possible means of actions, capable to exert outside influence on an individual independently of his individual manifestations**" [10]. Social facts are "things" as objective as "natural phenomena"/"Things is something like a brick wall, against which, as they say, one may be up as much as he can. Such attitude, which accentuate various institutions of society and objectivate them, for a long time was predominant in this country. Western sociology long ago balanced this extreme by the concept of interiorization and by all that, which was often unjustifiably called social psychology. The most popular remained the heritage of Max Weber, according to which the subject of sociology is "**social ac-**

tion, that is behavior, oriented on others and connected with subjectively implied sense". This is semantic connection of behavior, but not social total features of type of society, state and notion. Only separate individuals can be the subject of action [11].

The fatal role for the post-war Soviet psychiatry was played by widely spread and characteristic for it mistake to consider sense and understanding as a subject of psychology. Hence ridiculous criticism for psychologism and exclusion from the clinical practice of outstanding criteria for intelligibility by Jaspers, the introduction of which had allowed to objectivize differentiation of paranoial development of personality and paranoial delirium — the typical diagnosis of political dissidents. Ridiculousness of criticism consisted in the fact that it had been addressed to the most radical anti-psychologism.

Namely separation of sense as the objective content of consciousness and subjective psychic actions is the common ground of utmost antipsychologism of the most reputable philosophic trends of our time — phenomenological, beginning from Edmund Husserl and analytical philosophy, beginning from Gotlob Frege. Sense is the subject of the noem theory and semiotics, but not psychology [12]. The attitude of Max Weber (On some categories of understanding sociology," 1913) is analogical. He exercised greater influence than Husserl on Karl Jaspers, for whom M. Weber was the embodiment of a real philosophy and personal example [13].

After our criticism Prof. A. Smulevitch confined himself only to removal of the relevant paragraph from recent (1998) English edition of his monograph on paranoia, which played significant part in rudely widening diagnostics of paranoial delirium [14].

The modern definitions of sociology remain in the framework formulated by Max Weber, accentuating contribution to sociology of the phenomenological orientation by Alfred Shutz and symbolic interactionism by Herbert Mead [15]. The subject of sociology — **knowledge and understanding, defining behavior of ordinary members of society in everyday life or "socially constructed reality"** (Peter Berger, Thomas Luckmann) [16]. Accordingly, in the most general aspect **the subject of social psychiatry may be defined as mechanisms of deformation destruction and restoration of social reality.**

Demarcation of social psychology and sociology is still uncertain sphere for many modern sociologists and social psychologists. Many monographs on "social psychology" don't correspond to its title and represent mainly section of sociology. Vagueness of interrelations of these two sciences is fraught with serious consequences. Meanwhile, three quarters of the century ago, in 1926 the outstanding philosopher, the father of national phenomenology Gustav Gustavovitch Spet, original follower and friend of Husserl (shot dead in 1937) in his monograph "Introduction to ethnic psychology" [17] discussed that problem may be in the most demonstrative and deep manner.

If we begin to study similarities of members of a pair we would not leave the grounds of general psychology and then for us emotional feelings of an imitator and a member causing imitation, suggesting member and that one under suggestion, explaining member and understanding one and so on would not differ from each other. But if we study relations of two subjects themselves in the background of their individuality, then all this whole consisting of "relations" and its two determinants would represent new object of study sui generis intersubjectivity or the interpsychological (Tard). Often these relations of a pair as of minimal social element with elementary notion of "communication" are being characterized as socio-psychological. But this is not correct. The psychological takes part not in interaction itself, but in units representing parts of interaction. Interaction is a subject of study by sociology, just as mechanics study "movement" but not "bodies". And at that, not any interaction, but only interaction in inner organized groups [17, pp. 330 – 343].

Social factor acts in two practically important dimensions: as a measure of inner organized group and as a measure of a directive to a person to common activities and social values.

1. Crowd as mass and a great number of inform and with uniform behavior elements is deprived of the social factor at all and over-steps the limits of the subject of sociology.

2. The statistical extracts from different sections represent the aggregate of members selected at random and, thus, minimum level of social factor. Nevertheless it is still the source of the main bulk of empiric data on social problems. It is almost the same as to extract gold from sea water.

3. Formal groups — artificially composed groups of members selected at random, united by common activities.

4. Informal groups — naturally emerged groups united by common goals in life and activities. This is the optimum level.

5. Totalitarian groups — totally controlled groups of members, leveled by enthusiasm of common goal with an authoritarian leader (an overprotective family, a religious sect, a revolutionary or a criminal cell, "a shock-brigade" and so on).

As far as the second dimension is concerned, the well known questionnaire of Gordon Allport intended to ascertain the value type of personality makes it possible to determine the profile of value orientations and, thus, the relative place and measure of social values.

1. Asocial types.
2. Hyposocial types.
3. Social types (anti-social as representative of various countercultures belong to this group too).

4. Hypersocial types.

This value socio-psychological dimension is not identical with psychological — motivation (scale of the level of motives) and characterological (volitional) ones:

1. Abulic types.

2. Hypobulic types.

3. Normobulic types.

4. Hyperbulic or paranoial types.

The subject of social psychiatry is not a concrete patient taken as a whole, but features in his psychopathological symptomatics, which characterize him as the representative of a great number of various populations, as well as the group psychopathological reactions and conditions.

By itself stands **microsocial psychiatry**, the subject of which are **peculiarities and dependence of psychopathological symptomatics and behavior of the mentally ill on inter-group dynamics and various characteristics of small groups and restoration of social habits**. Actually this is a practical social psychiatry, embracing various forms of social rehabilitation.

Social rehabilitation is a subject of many disciplines and it is being realized by a group of specialists including psychiatrist, psychotherapist, psychologist and social workers. In such professional group its own and not a simple system of relations with changeable leadership develops. The patients themselves get a chance to influence this process in any case.

Historically the profession of social worker, when it was introduced in the U.S.A. has chosen the profession of psychiatrist as a "professional model" for imitation. According to P. Berger, "as a result the American theory of social work represents mainly a version of psychoanalytical psychology, a kind of Freudism for the poor... Not only it has little in common with sociology, but too unilaterally deals with social reality... But even not mentioning movement of social work in America in direction of psychologism, all the same the image of sociologist as a supervisor of social work would be incorrect. Social work, independently from its theoretical substation, is a special kind of public practice and sociology is not a practice, but the attempt to understand... In this regard further development of sociology will be of great benefit to social work and will save us from necessity to submerge into mythical depths of "the unconsciousness" for explanation of what phenomena, which, as a rule, absolutely deliberate, more simple and social by their nature" [8].

Many decades of experience of Western social psychiatry, in particular group psychotherapy and social work in psychiatry, had revealed, together with achievements, its negative sides, systematization of which serious and not always benevolent criticism has been devoted. More often was stressed frequent situation, when as leaders of small groups become patients themselves or members of personnel of all levels, who use their posts for fighting their own complexes and inclinations (rude domination, sadism and so on). These side effects of psychotherapy become stronger than psychopharmatherapeutic effects. This problem was depicted with great creative force and truthfulness in the novel by Kizi and its film version.

Social rehabilitation of the mentally ill consists of three stages: prophylactics, treatment and return to former life. At each stage the promotion of socio-therapy, biolog-

ical methods, psychotherapy and spiritual support substantially changes, but it always represents interconnected system of measures supporting each other.

The socio-therapeutic methods especially at macro-level greatly depends on organization of society: pre-industrial, industrial or post-industrial. Cultural peculiarities have also great importance.

Valuable use of means in the field of social rehabilitation demands availability of elaborated conceptual methods based on real situation of each region. This is a top priority task of local specialists on social rehabilitation. It is up to them to choose concrete forms of methods of socio-therapy and to decide, if they were expedient at all.

Along with that there are many universal principles of social rehabilitation, which have not get been realized. First of all it is the realization of classical principles accepted long time ago:

1. Expanded multiform diagnostics, unlimited by four axes DSM-IV (mental illness, psychic pathology, somatic diagnosis and environment factors) but including functional diagnosis (D. E. Melekhov), that is characteristics of safety (?) possibilities of personality.

2. Clinical experimental ensuring of possibility of objectivization of the mentioned dimensions.

3. Availability of general concept of personality, which alone allows to realize value interpretation of obtained data

Already 25 years ago we put forward the concept of social rehabilitation [19], with the main idea as follows. The thesaurus was compiled, that is the open list of all known individual compensatory mechanisms and their multi-axes typology was given. It was intended to describe in the language of compensatory mechanisms of personality

- 1) patients, subject to rehabilitation;
- 2) methods of socio- and psychotherapy;
- 3) requirements of real professional roles for rehabilitated persons, that is their socioprofessiograms.

That would allow to find conceptually clear, purposeful practical way out.

Methods and methodical modes used in the process of rehabilitation of the mentally ill constantly revealed their multi-measure character and impossibility to place in a single classification column. Similar to the fact that a number of psychotropic medicines has somatropic effect too, real methods of rehabilitation sometimes simultaneously are bio-, socio- and psychotherapeutic ones. Even pharmacotherapy also has socio- and psychotherapeutic components.

The goal of psychotherapy is to help patient to examine his individual conflicts and to gain self-control, strengthening and widening the system of compensatory mechanisms of personality, but **the goal of sociotherapy** is to introduce the patient to real social life, to ensure constructive communication in his microsocial environment and following established rules. **Socio-therapy represents purposeful foot-hold on proper sociological fac-**

tors of different kind, which determines its huge diversity. At the macro-level these are:

- 1) principle of non-constraint (priority of voluntary actions, open doors and so on);

- 2) partner attitude of society to the mentally ill and to the psychiatric service (so far our reality is directly opposite: the mass media distribute narrow-minded myths, such as "they are worse than bandits"; literally hunting for those "on psychiatric register" and so on is going on);

- 3) legal regulation of psychiatric care and its constant improvement;

- 4) mechanisms of realization of rights under the Law ("non-state service of defenders of the mentally ill," quotas and privileges, ensuring jobs);

- 5) attempts to get permission to work in capacity of attendants in mental facilities as the alternative military service;

- 6) initiating and encouraging at the state, regional and municipal levels various non-professional non-governmental organizations and various forms of charity;

- 7) new organizational form of the psychiatric service (various forms of semi out-patient facilities, transition from mental hospitals to psychiatric wards in general hospitals and from in-patient centers to consulting rooms in general polyclinics).

On micro-social and individual level these are:

- 1) the use of effect of care, help and mutual help and various factors of uniting groups, which had been deeply substantiated by Peter Kropotkin;

- 2) support on referent (informal) group, beginning from family and closest friends;

- 3) group and family therapy;

- 4) accent on playing not individual, but social roles, which represents difference between psychodrama and sociodrama;

- 5) orientation to social spiritual values too;

- 6) support understanding of social symbolism;

- 7) training of communications;

- 8) support on social aspect of speech, for instance, forbidding jargon of alcoholics and drug addicts with the aim of estrangement from relevant environment;

- 9) participation in group and mass rituals, ceremonies and public movements;

- 10) creation of required "social mood" or so called psychological atmosphere in a group and in a whole office (special selection of personnel and etc);

- 11) organizational structure as such, for instance, self-management, "psychotherapeutic community," clubs and etc., peculiarities of influence of different composition and structure of therapeutic groups;

- 12) socially acceptable organization of time of patients in different scales and aspects;

- 13) clarification and deepening of understanding of social procedures and valid legal norms, and realistic socially adequate organization of sequence of patient's efforts;

14) ritualization itself of influence of treatment and its legitimacy;

15) educational programs on psychiatry for the mentally ill;

16) labor and sport therapy.

The fluent transition from explanation and practice of these methods in turns to formation of certain habits and capability for their free creative combination according to concrete situations, initially as a play and then real situations represent natural sequence of training as doctors, as well as patients.

Sociotherapy, and to be more exact, the socio-therapeutic component of various methods is the more successful, the more intelligently, adequately and purposefully it is being used.

In conclusion I would like to describe, though in brief, the opinion of sociology about the present situation and tendencies of its development.

Discord in society, discord in minds — are not only Russian phenomena and not only in the last decade. Only with us it is more acute, but it corresponds to global world processes. The American sociologists long ago found out the absence of serious ideological distinctions between capitalist and non-capitalist industrial societies. They are variants of the same type, but not different stages. The research of the 90s has shown that in the last 20 years in the U.S.A. citizens' activity and trust to state institutions had

diminished due to the habit to rely on the state and unjustified expectations. And Americans are "more trusting and more civic oriented nation," living in the country with less state pressure. But in this country totalitarian heritage with scornful attitude to public institutions and a private citizen has a thousand year old tradition.

So, contemporary situation (in the eyes of sociologists) is everywhere characterized by the fact that we don't trust any slogans and any ideologies. We have ceased to trust the state, legislators, courts and the mass-media. Crisis of trust to everything up to close friends alienates, atomizes society and diminishes the level of its sociality.

Civic society with its public movements has separated from political structure of the state. Public movements in countries, where the most important things are economic development and national independence have been identified with the protection of rights of majority and become subjected to politics. The example of developed countries demonstrate that in the process of solving economic problems public movements transfer from politics (that is to win over and to restructure society) to the protection of an individual, small groups and various minorities from the state, that is they are depoliticizing. According to Turen the most effective means of creating civic society is consolidation and development of various associations and groups according to interests. The IPA of Russia can be taken as an example of such organization.

The All-Russian seminar dedicated to the 10-th anniversary of the IPA of Russia

The All-Russia seminar entitled "Social rehabilitation and rights of persons with mental disorders" dedicated to the 10-th anniversary of the IPA of Russia held in Klyaz'ma (Moscow region, Russia) on April 21 – 24, 1999 has aroused great interest in many regions of Russia and the WPA also has sent greetings. Instead of planned 50 participants 87 persons had arrived including chief psychiatrists of mental hospitals and out-patient centers, heads and lecturers of psychiatry chairs of medical colleges from 30 regions.

The idea of the seminar consisted of **multidisciplinary approach** to the theme of social rehabilitation, so as the participants, having received the most recent information from leading specialists of a different profile, would comprehend anew this central problem of a practical psychiatry, so as it would acquire new impetus, ways and perspectives of development.

Four days of intensive studies for 12 hours a day didn't tire anybody, on the contrary, they evoked real enthusiasm. Those 4 days were dedicated correspondingly: the first day — **to theory and practice of social psychiatry**, the second — **to legal aspects of social rehabilitation**, the third — **to sociological and socio-psychological aspects**, and the fourth — **to the role of non-professional non-governmental organizations and the mass media in the process of social rehabilitation**.

Lectures, round-table discussions, informational reports and discussion of a clinical case were held partly in sections to enable every participant to take floor and to actively involve them in exchange of opinions and discussions.

The inaugural lecture, which introduced the problem, was delivered by Yu. S. Savenko (the text, dedicated to general context and principal concepts, is published in this issue in an abbreviated form). Dr. Valentin Galkin (the Chief of the department of mental illnesses connected with addiction, the Moscow Research Institute of Psychiatry, the RF Ministry of Health), who for many years had been working with Prof. Dmitry Melekhov in the Scientific Research Institute of Psychiatry and in the Central Institute for Expertise of ability to work, presented full-scale system-dynamic concept of social rehabilitation on the basis of his many-sided experience. Indeed, only system methodology is capable to valuably integrate vast, far-flung multistage process of social rehabilitation, but nevertheless many speak only of the result. The statement of Dr. Galkin about his joining the IPA of Russia, which he made at the beginning of his lecture, produced strong impression on participants. At the time of stagnation and the regress of reforms the public statement of such kind by one of the representative of the leadership of state psychiatry represent a significant civic act.

Dr. Vladimir Rotshtein (the Chief of epidemiological department of the Russian State Center for Mental Health) keenly and polemically elucidated the epidemiological aspect of social rehabilitation. According to his calculations, while 3 mln the seriously mentally ill are on dispensary register, actually altogether they reach the figure of 45 mln plus not less than 10 mln with post-traumatic stress disorders. That is more than one third of the population of Russia needs socio-psychiatric care. But conditions in mental hospitals are such that patients are happy, even if they are washed once a week and doctors talk to them daily. Except adoption of the Law no reforms in psychiatry have taken place, but the Law is not altogether adequate, as actually it is a copy of the American one. As a result of withdrawal from the text of the Law of the clause of responsibility of psychiatric facilities to protect rights of patients up to 60% single ill, weak-minded and aged persons disappeared. There are grounds to believe that many of them had been killed. Creation of "hot-house" conditions for the purpose of social rehabilitation is also mistaken: patients refuse to check out. District psychiatrist may prescribe free medicines for the sum of 1.5 dollars. The obstacles to reforms are connected with interdependence of salaries of Chief physician, number of doctors and beds. From the Soviet epoch common directive of social rehabilitation has remained, that is to make patients useful members of society. Expensive rehabilitation programs of Western countries, for instance in Scandinavia, have been oriented absolutely in the opposite way: let patients be simply happy!

Social rehabilitation in narcology was the theme of the lecture of Prof. Alexander Hofman (the Chief of Narcological department, Moscow Research Institute of Psychiatry) who stressed that rehabilitation can be only social. It requires substantial funds. In the USA they spend on narcology 86 billion dollars, on psychiatry — 76 billion. All budget of Russia amounts to about 20 billion dollars. The most effective rehabilitation programs in this country do not work, the movement of groups of self-support has been developed insufficiently. As usual the lecture of Prof. A. Hofman was abundant with great number of important pieces of practical advice.

Two round-table discussions dealt with various forms of social rehabilitation in psychiatry: one in conditions of psychiatric hospital and the other — in general somatic hospital and in the system of out-patient services (supervisors V. Galkin and V. Prokudin). The discussion of a clinical case was carried out (Alexander Magalif, the main researcher of the Moscow Research Institute of Psychiatry).

Legal support to social rehabilitation was the theme of a number of lectures. A. Tikhomirov, the lawyer ("Health protection: medical law and medical ethics") pointed out as serious shortcoming the absence of a law on health as blessing and presumption of blessing, the declarative character of obligations and responsibilities of the state and its institutions in that regard, as well as ungroundness of the draft law on bioethics. The lawyer of

the Serbski Center of Social and Forensic Psychiatry Sergey Shishkov ("Diminished responsibility and exemption from criminal amenability"), speaking about age diminished responsibility and limited responsibility, noted frequent discrepancy between actual age and passport age. Tamara Rostovtseva (Chief of an expert examination commission in the mental hospital No. 1) dwelt on "Principles of definition of incapacity in forensic-psychiatric evaluation," citing rich experience of the Alexeev mental hospital No. 1. Lecture delivered by Oleg Zykov (President of the Fund "No to alcohol and drug addiction") on juvenile justice, theory and practice of the rehabilitation sphere is published in this issue. Yulia Argunova (legal consultant of the IPA of Russia, main researcher of the Institute of Prosecutor General) discussed "Typical conflicts in the sphere of rights of the mentally ill." That subject provoked a great number of questions and lively discussion. The Director of the Moscow Research Center for Human Rights Liubov Vinogradova presented a report entitled "On international system for protection of human rights" and spoke about new possibilities for protection of rights of doctors and patients. In the concluding day of the seminar Galina Krylova, the lawyer, famous for many celebrated trials of various religious organizations in her report entitled "Modern legal practice" spoke about frequent cases of arbitrariness, using fresh example of Jehovah's Witnesses. The technology of juridical arbitrariness is not limited by selection of own experts. It is the use of double standards and simply not filing materials unsuitable for a prejudged conclusion. So the thorough research materials of Dr. V. Kagan had not been filed (published in the Independent Psychiatric Journal, 1999, No. 1). Dr. Krylova read out a series of documents on psychiatry and religion that needed no comments.

In the framework of **sociologic and socio-psychologic aspects** of social rehabilitation one of the most vivid and informative lectures entitled "Demographic catastrophe in Russia" was delivered by the leading specialist in this field V. A. Borisov (lecturer of the sociological department of the Russian State Pedagogical University). Since the 1990s Russia has embarked on the path of the demographic catastrophe: the number of deaths exceeded the number of births by 60%. Migration from CIS countries temporarily smoothes over this process. But population is on bad terms with immigrants. They are not allowed to have farms and their homes are set on fire. Since the end of XIX century the tendency to the decrease of the number of children has began. We have the lowest birth rate, 12% of families have three children, but the figure should be over 50%. Mortality in Russia is five times higher than in Europe. In the after-war period in Russia there were 26 "chernobyl" (in Eastern Siberia). As a result only one third of the territory of Russia is populated.

A. Sinelnikov (lecturer of the "Sociology of family" Chair, the Moscow State University) depicted not less gloomy and a wide panorama in his report "Sociology of marriage and divorce." Since 1994 divorces for the first time have exceeded 50%. Every fourth child is born out of

wedlock. This long-standing and wide spread tendency has already reached catastrophic level too. Absence of trust in stability of matrimony has led to institute of living together. The main reasons for divorces — alcoholism and frequent infidelity with double morale concerning men and women. All this is not connected with economic situation. The point is — the crisis of morale, inadequacy of imposed social norms and orientation of everybody to very high standards. Indispensable is introduction of the course of ethics and psychology of family life on the secondary school level, indispensable are relevant specialists and cultivation of values of family.

Ample information on real state of affairs in our society and tendencies of development of family as the main public institution obtained at those two lectures of the Chair of Sociology of family of the Moscow State University, is the necessary condition for working out adequate rehabilitation programs.

The natural following was the lecture by Tatyana Shevelenkova (lecturer of the "Psychology of personality" Chair, the Russian State Humanitarian University) entitled "Family psychotherapy in social rehabilitation." The international congress on psychiatric epidemiology in T'ai-pei was treated by the Chief of psychotherapeutic department of Moscow general hospital No. 36 Vladimir Prokudin (problem of refugees) and the Chief of the laboratory in the Institute of Virusology Elena Kantorovitch-Prokudina (genome and environment). The role of various specialists in multidisciplinary approach to medical treatment was discussed at the round-table led by Evgenia Schukina (Head of the psychological service, the Arkhangelsk Medical State Academy). Psychotherapist from Chelyabinsk region Vladimir Popov led discussion on "Political art-therapy."

"The role of non-professional non-governmental organizations in the social rehabilitation of persons with mental disorders" was the subject of lively and polemic round-table discussion led by Prof. Vasili Yastrebov (Chief of the department of psychiatric services organization, the Russian State Center for Mental Health) and Yuri Savenko with participation of Liudmila Besedina (leading expert of the Charitable Home "Human Soul"), Valeri Evtushenko (first deputy of the head physician, the Moscow region central mental hospital), Liubov Vinogradova and others. Boris Voskresenski (lecturer of the Psychiatry Chair, the Russian State Medical University, Head of the IPA program "Psychiatry and Religion") stressed the role of spiritual support and social rehabilitation. This tradition, also connected with the name of Dmitry Melekhov has been continued by the regular Melekhov seminars held by the IPA of Russia.

Principles of establishing relations with the mass-media were analyzed by the famous documentary film producer, president of the Fund "Protection of Glasnost" Alexei Simonov. He said: "One can protect only what is available. We have no freedom of speech, because glasnost is not enough, one has to be heard. So far we have to protect glasnost itself." According to the latest sociological data 27% of population trust the press, but the

courts — only 8%. A. Simonov demonstrated how to work with the mass media using the example of failure to organize boycott of the Chess Olympics in Elista in connection with political murder of the editor of opposition newspaper Larisa Yudina (only 4 chess-players responded to the appeal) and example of the successful campaign in defense of military journalist Grigori Pas'ko.

The closing discussion on the results of the seminar was held at the round-table entitled "Continuity of rehabilitation process," which demonstrated gratifying independence and activity of colleagues in regions (Rostov-on-Don, Ekaterinburg, Nizhni Tagil, Petrozavodsk, Arkhangelsk, Kazan, etc.).

Summing up the results of the seminar, Yuri Savenko stressed that at the present difficult time for the country, when in mental hospitals not only medicines, but even food were scarce, great variety of socio-therapeutic methods ensured not only continuous, but even differentiated therapy. And initiative in founding various non-professional non-governmental organizations for care of the mentally ill and close cooperation with them represent a huge layer of unused energy. Constructive use of this energy for the organized self-help goes in unison with natural processes of social development, when the psychiatric service and the mentally ill should not rely on help of the state, but try to manage at most by own efforts. On this path originality of conditions in each region will help to work out own models, which will have undoubtless priority over period of studies and imitation of Western models.

The educational program of the IPA of Russia introduced its innovation — namely the seminar was included in the system of continuous multidisciplinary course on the same subject. It was carried out by transforming monthly open discussion of clinical cases, held by the IPA on the basis of the oldest in Moscow the Gilarovski Preobrazhenski mental hospital (No. 3), into one-day seminars on social rehabilitation and rights of the mentally ill. Here are some themes of the seminars:

Modern understanding of social psychiatry — Yu. Savenko;

International experience and tendencies of development of social care service — V. Yastrebov;

Socio-psychological aspects of social rehabilitation — S. Enikolopov;

Social-rehabilitation programs of the Charity Home "Human soul" — L. Besedina;

Renovated possibilities of non-governmental organizations in social rehabilitation of persons with mental disorders — L. Vinogradova;

Social care system for the mentally ill in the U.S.A. — L. Dragunskaya;

System family therapy in clinical practice;

Possibilities of family therapy in treatment of mental disorders — T. Shevelenkova;

Experience of work of family consultations in conducting system family psychotherapy — A. Varga;

Institutional crisis of family: causes and subsequences — A. Antonov;

International legislation in the field of the mentally ill rights — Yu. Argunova;

The mentally ill — invalids: rights and privileges;

Incapability and guardianship as a way to protect rights and interests of a person with mental disorder — Yu. Argunova.

While the audience at the seminar in Klyaz'ma consisted of representatives of various regions of the country, at the monthly seminars in the mental hospital No. 3 gather colleagues from Moscow, the Moscow region and the nearest regions and students of faculties for post-graduate education. This work has been realized in cooperation with the Moscow Health Committee, the

Chief Psychiatrist of Moscow Vladimir Kozyrev, and the Chief Psychiatrist of the Moscow region Vladimir Poddubny.

The Independent Psychiatric Association of Russia expresses its deep gratitude for the support of the seminars to the Switzerland Government (through the "Liberty Road" Association), European Council (TACIS Democracy program), the American Agency for International Development (through "Eurasia" Foundation) and "Open Society" Institute, as well as Larisa Larina, the Head Physician of Gyliarovski mental health hospital No. 3.

Since the moment of holding the seminar in Klyaz'ma the IPA of Russia has been joined by 30 new members.

The conditions in which we work

Report about the trip to Ekaterinburg and Nizhni Tagil (extract)

L. N. Vinogradova

There is a catastrophic lack of money. "Live" money is none and starting from 1999 mutual offsets have been abolished and the hospital came to a critical situation. The assortment of medicines has diminished sharply, the funding of patients meals is no more than 10 – 12 rubles or 45 – 50 cents a day. As a result the ration is extremely scarce: in the morning — porridge without milk and butter and tea without sugar, at lunch — lenten soup and potatoes. Meat is absent completely. Somehow the situation is saved by cookies granted by sponsors, which, as they say, with rational use will be enough for almost half a year. However, to many patients such feeding seems as a big offer, as at home they starve in the exact sense of the word.

"Thick woolen coat, dark brown, size 48/3, boots, size 35 – 36 used, but in good condition, a new pillow, size 80 to 85, will swap for foodstuffs." "Will swap (or sell cheaply) a winter coat (second hand, but almost new), a stabilizer for TV, a new sink — for potatoes." The capital of Ural astonishes onlookers by such ads ("Vecherni Ekaterinburg" newsletter, March 11, 1999). The local TV is showing metro construction workers on hunger strike already for a week in protest against delay of wages for a whole year. The angry city dwellers state of several mil-

lion dollars, which the governor used for the residence for the expected visit of the RF President. Others in protest are looking for a scape goat. On one of the fences in the center of the city there is an inscription: "We have a Jewish government." But those citizens that we spoke to — the simple people — evaluated everything fully independently and reasonably...

In the old hospital buildings it is especially gloomy: rooms for 20 persons, falling ceilings, narrow metal beds with thin mattresses that need changing and threadbare linen. Meanwhile, more frequent have become the cases, when people refuse to take home their ill relatives from the hospital, and the patients are kept there for many months and years and some as a result received permanent residence. The boarding homes are overcrowded and there is a long time to stand in a line to get in.

The salary of the doctors — from 1100 to 1700 rubles (45 – 65 dollars) and even that sum has not been paid for already half a year. The Hippocratic oath does not permit to refuse medical assistance, but the patience has almost faded. In Nizhni Tagil last year the doctors had already declared a hunger strike. For how long can one test their patience?

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

первичный прием (общественная приемная):

понедельник — с 10 до 13 час.; среда — с 15 до 19 час.

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

Экспертная комиссия (по предварительному назначению):

вторник и четверг — с 16 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 России

Экспертиза и консультации проводятся бесплатно

МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ФИЛОСОФИИ И ПСИХИЧЕСКОМУ ЗДОРОВЬЮ

БЕЗУМИЕ, НАУКА И ОБЩЕСТВО

Флоренция, Ренессанс 2000

26 – 29 августа 2000 г.

Международная конференция по философии и психиатрии — это возможность собрать вместе национальные группы, научные и практические ассоциации, занимающиеся эпистемологическими основами клинических теорий, диагностических категорий и этических основ психиатрической практики в свете достижений в области психопатологических исследований и нейронаук. Конференция будет также обсуждать пути изменения психопатологических понятий, трансформации социального представления о безумии, и путей изменения современного общества, модификации фенотипов психиатрических расстройств. Специальными темами обсуждения будут влияние нейронауки на общество и личностную идентичность, влияние СМИ на антипсихиатрическую практику, интеграция прав человека в основы психиатрии и детерминизм безумия в свете нейронауки и философских теорий.

С приветствиями выступят: **P. L. Scapicchio**, президент Итальянского общества психиатрии и **R. E. Kendell**, президент Королевского колледжа психиатров.

Организаторы: Итальянское общество психопатологии и Философская группа Королевского колледжа психиатров при поддержке городских властей и Университета Флоренции.

Церемония открытия состоится во дворце дождей

Организационный комитет: **A. Ballerini** (Италия) и **K. W. M. Fulford** (Великобритания) (президенты); **G. Slangellini** (организатор конференции); **A. Aggernaes** (Denmark); **A. Barocka** (Germany), **E. Bezzubova** (Russia), **J. Bullington** (Sweden), **E. Falkum** (Norway), **F. Fuentenebro** (Portugal), **G. Gillett** (New Zeland), **M. Heinimaa** (Finland), **M. Heinze** (Germany), **S. Holm** (Denmark), **J. Martin** (Australia), **E. Mordini** (USA), **R. Mullen** (New Zealand), **M. Musalek** (Austria), **J. Naudin** (France), **Y. Ors** (Turkey), **A. Pagnini** (Italy), **A. Romila** (Romania), **M. Rovaletti** (Argentina), **Yu. Savenko** (Russia), **D. Tait** (Scotland), **E. van Leeuwen** (The Netherlands), **S. Winfield** (Australia)

Организаторы предлагают присылать заявки на симпозиумы и доклады по теме конференции. Предполагаемые темы: понятие расстройства; феноменология, психопатология и классификация; этика, права человека и закон о психическом здоровье; культуральное разнообразие в выражении психических расстройств; психоаналитические и когнитивно-поведенческие подходы; философия психики, нейронаука и генетика; стигма и освещение в СМИ; социальные конструкции безумия; история идей; институциональные структуры.

Заявки можно посылать по адресу:

C.S.S., Organising Secretariat, Viale G. Mazzini 70, I-50132 Florence, Italy.

Tel: +39 (55) 248-02-02; Fax: +39 (55) 248-02-46; E-mail: css@mega.it

ПРИНИМАЮТСЯ ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА РОССИИ:

ЕЖЕГОДНИКИ НПА РОССИИ «ПУТИ ОБНОВЛЕНИЯ ПСИХИАТРИИ»

под ред. Ю. С. Савенко

В сборнике 1991 г.:

коренные просчеты общей психопатологии и пропедевтики в СССР; критерии психотического для аффективных и паранойяльных синдромов; современная генетика против классификации А. В. Снежневского; связь клинической и общественной паранойи; психотерапия беженцев и жертв катастроф; к истории психоанализа

В сборнике 1992 г.:

вялотекущая шизофрения в контексте латентных форм других психозов; правовые вопросы психиатрии; антипсихиатрия и антисциентизм; пути возвращения доверия населения к психиатрии и психиатрам; черты мировоззрения в старости

БИБЛИОТЕКА НЕЗАВИСИМОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ РОССИИ

ВЫШЛИ

Е. BLEULER — РУКОВОДСТВО ПО ПСИХИАТРИИ

Репринт 1920 г., 550 с. с илл., в твердом переплете,
с приложением рецензий проф. Э. Я. Штернберга и проф. А. К. Ануфриева
на последние расширенные Манфредом Блейлером издания этого руководства.
Неповторимым достоинством книги является ясность и четкость изложения пропедевтики,
клиники и теории психических болезней.

Каждый психиатр должен иметь этот 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 клиничко-психотерапевтическом театре в психиатрии. (Учебное пособие)
4. II-е Консторумские чтения. «Клиническая психотерапия и феноменологическая психиатрия»
5. III-и Консторумские чтения. «Психотерапия тревожных и депрессивных расстройств»

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

- № I, 1991: Устав НПА — Антипсихиатрия сегодня — Обывательские комплексы психиатрического мышления — О психической заразительности.
- № I-II, 1992: Проблема предмета советской психиатрии — Начальное бредообразование — Затухание бреда — Доклад комиссии WPA о визите в СССР в 1991 г.
- № III-IV, 1992: Герои и антигерои советской психиатрии — Дело генерала Петра Григоренко.
- № I-II, 1993: Интрацепция и ипохондрия — Проблема идентификации — Практика и техника психоанализа.
- № III-IV, 1993: Взгляд на американскую психиатрию XX века — Границы шизофрении.
- № I, 1994: Нелекарственная терапия психических заболеваний — Выбор приоритетов — Типология деперсонализации.
- № II, 1994: Эрих Вульф о бреде — Феноменологические аспекты меланхолии.
- № III, 1994: Деятельность НПА за 1989–1993 гг. — Ответственность за незаконное стационарирование — Врачебная тайна — О школе Столбуна.
- № IV, 1994: Психоанализ в противоречиях — Биографический метод — Терапия смыслоутраты.
- № I, 1995: Семен Гурвиц о вялотекущей шизофрении — Йорг Фроммер о клинической диагностике — Антоний митрополит Сурожский о медицинской этике.
- № II, 1995: Жан Эйм об институциональной психотерапии — Виктор Каган о границах психотерапии — Эрих Вульф об этнопсихиатрии — Дело АУМ.
- № III, 1995: DSM-IV — Бенедетти о психотерапии шизофрении — Психология свидетельских показаний.
- № IV, 1995: Психоонкология в гематологической клинике — Психхирургия в современной медицине — Представительство интересов психически больных — VII съезд НПА и XII съезд РОП.
- № I, 1996: Ясперс — Бред ревности — Психиатрия и права человека — О мышлении по аналогии.
- № II, 1996: Ясперс — Бред ревности — Психиатрия и нейрофизиология — Психиатрия в III Рейхе/ГДР и СССР/России — Обращение в Думу и Правительство.
- № III, 1996: Ясперс — Бред ревности — Клинический разбор — Образ человека и мозг — Правовые казусы — Психотерапия и психоанализ.
- № IV, 1996: Ясперс — Бред ревности — Конгресс ВПА в Мадриде — Психиатрия и религия — Памятка для пациентов об их правах.
- № I, 1997: Интуиция в психиатрии — Новая парадигма. I — Ответ д-ру С. Глузману.
- № II, 1997: Предложения к Закону — Метод идеальных типов — Новая парадигма. II — Психиатрический ГУЛАГ.
- № III, 1997: Сто лет психоанализа — Новая парадигма. III — Психиатрия и религия.
- № IV, 1997: Гуссерль и Ясперс — Новая парадигма. IV — Юбилей В. Бехтерева и П. Григоренко — Патографии Ленина и Хрущева.
- № I, 1998: Гуссерль и Ясперс — Новая парадигма. V — Законы о наркотиках — Судебно-психиатрическая экспертиза Бехтерева по делу Бейлиса.
- № II, 1998: Деятельность НПА в 1997 г. — Развитие психиатрической помощи в России — Основы этических стандартов в психиатрии — Детская психиатрия.
- № III, 1998: Структура идентичности и психоз — О предмете социальной психиатрии — “Тирания психиатрии” и “тирания права” — Питирим Сорокин об основной ошибке русской интеллигенции.
- № IV, 1998: Концепция психопатологического диатеза — Полемика о путях борьбы с наркоманиями — Психиатрия и религия — Курт Гольдштейн: Принцип целостности в медицине.

Материалы для публикации присылать по адресу:
125581, Москва, ул. Ляпидевского, д. 18, кв. 41, Ю. С. Савенко; E-mail: ipar@aha.ru
Статьи следует сопровождать резюме для перевода на английский язык

Информацию для подписчиков и рекламодателей
можно получить в редакции по телефону (095) 206-86-39
103982, Москва, Лучников пер., 4