

ISBN 5 – 900513 – 17 – 3

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

III

1996

МОСКВА

Издание НПА

Регистрационный номер журнала 0110764

Независимый психиатрический журнал

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Ю. С. Савенко (гл. редактор)

Ю. Н. Аргунова

В. Г. Батаев

А. Н. Богдан

М. Е. Бурно

Л. Н. Виноградова

С. С. Гурвиц

В. Е. Каган

Н. И. Сафонова (лит. редактор)

Сдано в набор 22.7.96. Подп. в печ. 15.9.96. Формат 60×90 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура «Таймс». Печать офсетная.
Усл.-печ. л. Уч.-изд. л. 12,5. Тираж 3 000 экз. ИПК"М.П."З.2941.

Цена свободная

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

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



Настоящий выпуск осуществлен при финансовой поддержке
Европейского Союза в рамках программы Тасис,
Института «Открытое Общество» и
ADF/Joyce Mertz-Gilmore Foundation

© НПА, 1996

СОДЕРЖАНИЕ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

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

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Височная эпилепсия или шизофрения? 15

ПСИХИАТРИЯ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЯ

Образ человека и мозг (II) – Н. Н. Николаенко (Санкт-Петербург) 22

Нейротропные эффекты психофармакологических препаратов:

сравнительные аспекты функциональной психонейрофармакологии –

Б. И. Бенькович (Москва) 26

ПСИХОТЕРАПИЯ

Размышления о медицине, ее техническом прогрессе, ее возможностях и связи

между больным и болезнью – Мишель Сапир (Париж) 35

Трансметодическая психотерапия – Виктор Каган (Санкт-Петербург) 39

ПСИХИАТРИЯ И ПРАВА ЧЕЛОВЕКА

Казусы 44

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Жертва конформизма – В. Г. Батаев 49

Может ли недееспособный выбирать опекуна? – или подлинность нашей заботы о больном –

Л. Н. Виноградова 52

ЮРИДИЧЕСКИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ

Правовое положение психически больных по новому семейному законодательству –

Ю. Н. Аргунова 53

ХРОНИКА

Восьмой конгресс Ассоциации европейских психиатров 58

Первый шаг к коалиции общественных организаций в сфере психического здоровья 59

Конференция НПА по правам человека в психиатрии (Москва) 60

MEMORIA

Виктор Михайлович Морозов 62

ПОЛЕМИКА

Скромное обаяние психоанализа – Никита Зорин (Москва) 66

Отклик на Указ о развитии психоанализа 71

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

Культура и психокатарсис («Меланхолия» Альбрехта Дюрера) –

В. П. Руднев (Москва) 72

Рисунки А. И. 77

РЕКОМЕНДАЦИИ 79

АННОТАЦИИ 80

CONTENTS

URGENT PROBLEM OF PSYCHIATRY

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

DISCUSSION OF CLINICAL CASE

- Temporal lobe epilepsy or schizophrenia 15

PSYCHIATRY AND NEUROPHYSIOLOGY

- Image of a person and brain (II) – N.Nikolaenko (St-Petersburg) 22

- Neurotropic effects of psychopharmacological preparations: comparative
aspects of dynamic psychoneuropharmacology – B.Ben'kovitch (Moscow) 26

PSYCHOTHERAPY

- Reflections on medicine, its possibilities and interrelation between patient and disease –

- Michelle Sapir (Paris) 35

- Transmethodical psychotherapy – Victor Kagan (St-Petersburg) 39

PSYCHIATRY AND HUMAN RIGHTS

- Typical difficulties in evalution 44

FROM THE EXPERT DOSSIER

- The victims of conformism – V.Bataev 49

- May an incapable person choose his guardian himself? – or genuineness of our care of patient –
L.Vinogradova 52

LEGAL COUNSEL

- Legal status of the mentally ill under the new family legislation – Yu.Argunova 53

CHRONICLE

- The European Congress of Psychiatrists (London) 58

- The first step to coalition of public organizations in the sphere of mental health 59

- The IPA Conference on human rights in psychiatry (Moscow) 60

MEMORIA

- Victor Mikhailovitch Morozov 62

POLEMICS

- Unassuming fascination of psychoanalysis – Nikita Zorin (Moscow) 66

- Comments to President Decree on Development of Psychoanalysis 71

PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS

- Culture and psychocatarsis («Melancholy» of Albert Durer) – V.Rudnev (Moscow) 72

- Drawings by A.I. 77

RECOMENDATIONS 79

ANNOTATIONS 80

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

БРЕД РЕВНОСТИ

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

Карл Ясперс

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

Содержание

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

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

Макс Мор.

Общее в обоих случаях.

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

Понятия «процесс» и «развитие личности».

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

«Понимание» и «постижение».

«Развитие» и «процесс».

b. Отношение «процесса» к мозговому процессу.

b. Схематические выводы.

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

2. Случаи бреда ревности как «развития личности».

Клара Фишер.

Киприан Кнопф.

Общее в обоих случаях.

3. Сравнение с бредом кверулянтов.
Отношение к «раннему слабоумию».

Отношение к «сверхценным идеям».

Случай сверхценной идеи ревности при циклотимии.
Схема различных понятий «сверхценной идеи».

4. Следующие случаи бреда ревности.

Михаэль Бауэр.

1-й случай Бри.

2-й случай Бри.

Суть «переходов» между «процессом» и «раз-
витием».

Если бы мы попытались определить абстрактно
это понимание личности, то могли бы (в противопо-
ложность только что высказанному утверждению,
что в психической жизни поддающиеся вчувствова-
нию и рациональные элементы укладываются в не-
кую непонятную нам, но лишь «объяснимую» объек-
тивированную психическую связь) предположить,
что при понимании личности эта объективирован-
ная связь без остатка растворится в поддающихся
пониманию единствах. Это верно постольку, по-
скольку мы всегда, когда объективные предпосыл-
ки выступают лишь в том виде, в каком они даны и в
нас самих, не вдумываемся в это, а принимаем их
как само собой разумеющееся и полагаем все «по-
нять». То, что объективированная связь, предполо-
жительно лежащая в основе патологического разви-
тия личности, имеется и в нас самих (хотя и в
различной степени выраженности), явилось бы кри-
терием, в соответствии с которым мы понимаем лич-
ность как единство и говорим о развитии ее в про-
тивоположность процессу.

Вспомним о том, что слово «развитие» служит для
обозначения различных понятий, из которых для нас
имеют значение только два. Развитие есть либо про-
сто становление и изменение, либо «к понятию ряда

изменений добавляется мысль, что различные части
совместно реализуют целое, и благодаря этому воз-
никает наиболее всеобъемлющее телеологическое
понятие развития» (РИККЕРТ). Такой смысл мы
вкладываем, говоря, например, о развитии организ-
ма. И только такое понимание мы можем иметь в
виду, говоря о «развитии личности», если мы про-
тивопоставляем его «процессу» и предполагаем в по-
следнем одни лишь изменения. Конечно, имеются так-
же рациональные и поддающиеся вчувствованию
психологические связи, которые входят в совокуп-
ную целостность личности как низшие единства «раз-
вития». Применение понятия «развитие» к этим един-
ствам можно считать более или менее оправданным.
Однако это не относится к единству целостной лич-
ности, так как здесь мы скорее прибегаем к своему
непосредственному пониманию, что отражает наи-
более слабую сторону этого понятия, столь широко
используемого сейчас в психиатрии. Если мы сейчас
и говорим о развитии личности, то это может озна-
чать лишь то, что мы можем понимать или объяснять
процессы, которые по разным причинам обозначены
как болезненные, на основе взаимодействия психо-
логических и рациональных связей, входящих в еди-
ную (при всей ее дисгармонии и неустойчивости),
причинно обоснованную, объективированную пси-
хическую связь развития. Вероятно, речь здесь идет
о крайнем варианте, однако единство личности со
всем ее своеобразием от начала развития и вплоть

Продолжение.

Показана разбивка текста в 4-х выпусках НПЖ.
Перевод сделан на личные средства В. Г. Остроглазова и
Ю. С. Савенко.

до гибели нам кажется сохраненным. В тех случаях, когда нам недоступно понимание развития личности как чего-то единого, мы обнаруживаем нечто новое, гетерогенное ее первичной структуре, нечто такое, что выпадает из ее развития и является уже не развитием, а процессом^{*}.

Но не в каждом случае мы называем это нечто новое процессом, например, при приступах маниакально-депрессивного психоза или при тюремных психозах. Здесь мы имеем нечто такое, что было «привито» развитию личности как нечто чуждое, хотя мы и не говорим здесь о каком-то «процессе». Мы называем этот процесс (т. е. проявление) в зависимости от обстоятельств «приступом» или «реакцией». Мы зашли бы слишком далеко, если бы согласились на особое понимание этих приступов как усиление интенсивности нормальных процессов, которые переходят в «развитие» лишь при выходе за определенную границу интенсивности, существуют при большей изолированности и могут рассматриваться как нечто новое, чуждое, как приступ, а также если бы согласились рассматривать часть тюремных психозов в качестве патологических реакций, рациональных или поддающихся чувствованию. Мы вынуждены лишь констатировать, что в качестве процесса мы определяем не все болезненные психические процессы (т. е. проявления), но лишь те, которые ведут к стойким неизлечимым изменениям. При этом личности должно быть привито нечто гетерогенное, от чего она не может уже освободиться и что, по-видимому, может рассматриваться как основа некоей новой личности, которая «развивается» с этого момента, вероятно, аналогично первоначальной личности.

Здесь возникает вопрос: как процессы соотносятся с первоначальной личностью и этим самым – чем они отличаются друг от друга. При одном процессе прежняя личность может полностью исчезать, и лишь элементы ее «предметного сознания» (звания и т. п.) переходят в новое психическое бытие, как, например, при тяжелых гебефренических состояниях (психотические процессы в узком смысле). С другой сто-

* ВИЛЬМАНС в работе «О клиническом месте паранойи», опубликованной в 1910 г., использует понятие «развитие» несколько неожиданно в двояком смысле. Он говорит о кверуляторном бреде, который якобы не может рассматриваться «как заболевание в собственном смысле», а только «как разение особой душевной организации, в значительной мере зависящее от внешних влияний и психически хорошо понятное». Если затем возникают непонятные по внешним причинам идеи величия или психическая слабость, то это кажется ему несовместимым с понятным развитием психопата. Но и здесь он тоже говорит о некоем «патологическом развитии», которое прогрессирует лишь потому, что продолжают существовать неблагоприятные влияния внешней среды. Несмотря на используемое одно и то же слово «развитие» здесь существует фундаментальное различие, ибо появившиеся симптомы по нашей терминологии не могут быть поняты ни рационально, ни путем чувствования. Если считать оправданным более строгое определение понятия «развитие личности», то правильность рассуждений Вильманса надо было бы сосредоточить на возможности указанных симптомов быть понятыми на основании третьего, к сожалению, растяжимого вида «смысления» всей личности. С установкой Вильманса можно было бы согласиться, по нашему мнению, если бы это было так на самом деле. Из сложности и необязательности этого критерия в пограничных случаях следует почти невозможность принятия решения. Поэтому вопрос наизбежно остается.

роны, процесс может обусловить лишь надлом, не выводимое из развития отклонение, которое привносит в личность, остающуюся в остальном неизменной, совершенно новый, гетерогенный момент (оба наших случая). Это вмешательство процесса можно было бы мыслить по-разному, и оно могло бы перейти в психотический процесс в узком смысле. Каким образом, кроме этого простого разделения, можно психологически различать отдельные виды процессов и как их следует понимать – эта проблема является как трудной, так и важной задачей психопатологического анализа, которым мы не имеем возможности здесь широко заняться. Подводя итоги, мы можем дать следующее определение: процессы – это неизлечимые, гетерогенные для прежней личности изменения психической жизни, которые либо однократно и изолированно, либо периодически и генерализованно (со всеми возможными переходами между двумя этими вариантами) вмешиваются в эту психическую жизнь.

До сих пор мы совершенно не упоминали о том, что все эти процессы подразумевают их отношение к мозговому процессу, который, в конце концов, и представляет собственно болезненный процесс. Это отношение подразумевалось здесь больше, чем при всех других психических процессах, которые мыслились в равной мере как физически обусловленные. Если причислять процессы к «органическим» психозам, т. е. к таким, при которых обнаруживается какой-либо мозговой субстрат в качестве причины душевного заболевания или характерного коррелята такого, то при современных методах исследования наличие такого субстрата подтверждается достаточно уверенно. В тех случаях, когда органическую основу обнаружить не удается, говорят о «функциональных» психозах, в т. ч. о маниакально-депрессивном помешательстве и раннем слабоумии.

Чтобы по возможности максимально устранить все неясности при определении нашего понятия «процесс», мы должны оценить наиболее общие возможности мышления в плане определения отношений между мозговыми процессами и психическими проявлениями. Первоначально понятие «процесс» было выведено на основании чисто психологических, формальных признаков, в частности, как мы видели, признака неизлечимых изменений личности и особенно признака деменции. Определяя и ограничивая его таким образом, понятие «процесс» можно применять с определенной достоверностью к ряду случаев; если же к этому подключается связь с основополагающим мозговым процессом, то понятие «процесс» отягощается весьма гипотетическим, во многих случаях недоказуемым признаком.

Там, где действительно обнаруживаются подобные мозговые явления (процессы) – наиболее ярким примером этого является прогрессивный паралич, – мы также говорим о «процессе», но всегда должны иметь в виду, что здесь имеет совершенно иное содержание, что оно обретает свои признаки и границы только исходя из мозгового субстрата, а в се психические болезненные проявления (процессы), которые при нем имеют место, связаны с этим субстратом. Опыт показывает, что всегда, когда обнаруживается мозговой процесс, возникают все возможные психопатические и психотические симптомы, что

общим в психической сфере является лишь образование психического дефекта, в то время как другие симптомы могут быть характерны в большей или меньшей степени, соответствующей статистически определяемой частоте. Ни один из психических симптомов (аффект, бредовые идеи, импульсивность и т. д.) не может быть связан с какой-либо определенной стороной или определенной локализацией мозгового процесса. Если мы называем последствия, обусловленные определенным мозговым процессом, физико-психическими процессами (например, прогрессивный паралич, аретиосклероз), то те процессы, которые будут характеризоваться лишь психологическими признаками проявлений или течения, мы можем назвать, в отличие от первых, например, психическими процессами. Как же соотносятся эти гетерогенные – то есть в одном случае вытекающие из физической, а в другом из психической стороны – понятия «процесса» друг с другом?

Если бы мы стали на известную точку зрения психо-физического параллелизма (исходя из точки зрения смешанного влияния для нашей цели, мы получили бы то же самое, но только в иной форме выражения), то, по-видимому, можно было бы сказать: «Там, где я нахожу определенный мозговой процесс, я неизменно должен параллельно наблюдать и определенные психические проявления этого, и наоборот, там, где имеются определенные психические проявления, я должен констатировать также определенные мозговые процессы. Психические или физически-психотические процессы должны совпадать». Если мы предложим развивать принцип параллелизма, то в первую очередь сможем твердо сказать, что до сих пор мы никогда не наблюдали прямого параллельного процесса какому-либо психическому процессу. В поисках физической обусловленности нашего сознания исследование шло от тела к нервной системе, от всей нервной системы к центральным ганглиям, желудочкам и т. п., наконец, к полушариям головного мозга. Однако на этом пути мы лишь приблизились к постулированным прямым параллельным процессам, но не достигли их. В плане же эмпирического утверждения параллелизма это мало чем отличается от того, скажу ли я, что сознание связано с организмом, или буду настаивать, что оно обусловлено деятельностью мозговых полушарий. В обоих случаях мы обозначаем лишь субстрат, в котором, как мы полагаем, заключены особые физические процессы, протекающие параллельно психическим. То, что мы узнали о ведущей роли в этом мозговых полушарий, ничего не изменило, и мы по-прежнему не знаем, а только постулируем эти параллельные процессы, или, как мы их называем, «прямые параллельные процессы». В соответствии с этим гистологи говорят нам, что можно обнаружить самые тяжелые изменения элементов мозговой коры без какой-либо патологии в психической жизни, и наоборот, тяжелые психические расстройства кажутся непостижимыми при полной сохранности основных элементов коры головного мозга. В обоих этих вариантах, исходя из данных о функции мозга, мы можем сделать лишь следующие достоверные выводы относительно психической жизни. Во-первых, если нервные элементы

просто разрушены, то это означает не что иное, как то, что психическая жизнь больше не существует и мы обнаруживаем смерть всего организма. Во-вторых, фундаментальным открытием в психиатрии явилось то, что, например, при прогрессивном параличе всегда имеется мозговой субстрат, который в ином виде при этом заболевании не существует. То есть, если мы обнаруживаем этот субстрат, то можно сделать вывод, что при этом неизбежны психические расстройства вообще. Но даже в таком классическом примере никогда нельзя сказать, что определенные психические расстройства, даже если они имеют самый общий характер, например, состояние возбуждения, бредообразование или обычная деменция. Эти психические расстройства сопровождаются не только тем, что обнаруживается в мозге, а безусловно, прямыми параллельными процессами, которые никогда не обнаруживаются. При этом мы предполагаем, что мозговой процесс, гистологически определяемый как характерный для прогрессивного паралича, всегда оказывает какое-то влияние на прямые параллельные процессы (механическое, химическое, рефлекторное и др.). Кроме того, мы считаем, что мозговые процессы, воспринимаемые нами на первый взгляд как «тяжелые», не всегда являются таковыми, о чем свидетельствует сохранность психической жизни при выраженному мозговому субстрате. И, наконец, можно предполагать наличие глубоких изменений прямых параллельных процессов без поражения известных нам мозговых структур, о чем свидетельствуют случаи тяжелых психических расстройств при нормальном мозговом субстрате.

Теперь мы можем ответить на вопрос, как следовало бы оценивать отношение между физически-психотическими и психическими процессами. При физических процессах, при которых единственное, что обнаруживаем мы какой-то субстрат, заключающий в себе, как мы полагаем, прямые параллельные процессы, эти процессы, а следовательно, и психическая жизнь, будут затрагиваться вторично. И совершенно случайным будет то, где, как часто и в каком виде представит в психической жизни поражение иного рода физического мозгового процесса. Конечно, мы можем предполагать, что эти поражения распадаются на элементарные процессы, и допускать, что при всяком элементарном изменении начинается психический процесс в нашем понимании, однако при этих физических процессах прежде всего невозможно произвести подобное расщепление на элементарные процессы (конечно, оно должно произойти, опять-таки, как с физической, так и с психической стороны, без того чтобы между обоими видами расщепления существовали связи). Мы наблюдаем такую бесмысленную неразбериху, такую не поддающееся учету следствие психических феноменов при гистологически и этиологически совершенно равнозначных процессах, что нам в этом не приходится рассчитывать на успех. Но в массе душевнобольных мы можем подыскать случаи, где обнаружим процесс в нашем понимании, который будет предельно простым и ясным. При этом можно надеяться, что мы столкнемся с психологическими единствами, или типами, процессов, которые все больше распространяются и позволяют, наконец, внести некоторую ясность и порядок даже в немыслимое количество

проявлений, например, при паралитическом процессе, в т.ч. в психологическом аспекте.

С такой психологической потребностью созвучна и возможность мышления, вытекающая из предыдущих рассуждений о параллелизме. Возникает вопрос: существуют ли прогредиентные, ведущие к слабоумию или к необратимым изменениям личности психозы, которые обусловлены не мозговыми или органными процессами, а жизненными событиями (процессами), в самой психической жизни (особенно в так называемых предрасположениях), подобно опухолям в соматической сфере. Сравнение с такими соматическими процессами на основе врожденной закладки малопродуктивно хотя бы уже потому, что мы имеем дело с относительно грубыми, химическими или механическими процессами, в то время как в психическом бытии апогей биологически-химической органной жизни составляют основания, которые в других органах не играли бы никакой роли, учитывая относительно грубые функции этих органов, направленные в основном на сохранение жизни. Во всяком случае сравнение с соматическими процессами на основе закладки возможно лишь тогда, когда мы обращаемся в сферу нозологии. При этом на сравнение напрашивается, например, развитие опухолей. При них речь идет о врожденных процессах, которые не обусловлены внешними причинами и могут ими лишь высвобождаться. Подобно этому имеются также грубые мозговые процессы, которые

вторично влекут за собой психические проявления (опухоли мозга, некоторые разновидности идиотии). Однако все мозговые процессы, сравнимые с указанными, являются именно лишь мозговыми процессами, а все, что выступает как их следствие в психической сфере, является вторичным, как при прогрессивном параличе.

В противоположность этому можно представить себе начавшиеся в определенное время процессы в прямых параллельных процессах (событиях). Мы можем оценивать их, как доброкачественные или злокачественные, как ведущие в одних случаях к легким изменениям, а в других, при постоянном прогрессировании, – к слабоумию. И всегда эти процессы оставались бы, в противоположность «развитиям», «процессам» в определенном нами ранее смысле. Эти процессы в «прямых» (т.е. непосредственных) параллельных процессах совпадали бы с установленными нами ранее «психическими процессами». Хотя они установлены пока только с физической стороны, мы можем все-таки называть их таким образом, тем более что знаем мы их только с психической стороны.

Следовательно, мы определили, сопоставив их друг с другом, три понятия – «развитие личности», «психический процесс» и «физически-психотический процесс»*.

Еще раз представим эти понятия в обзорном, схематическом виде.

1. Развитие личности	2. Психические процессы	3. Физически-психотические процессы
Медленное, аналогичное процессу жизни развитие с детства.	Новое развитие, возникающее в определенный период времени.	
–	Однократное «внедрение», сравнимое с внедрением опухоли.	Постоянное появление новых гетерогенных моментов.
Острые процессы вовсе не означают стойкого изменения. «Статус quo» может быть восстановлен.	Острые процессы означают необратимые изменения. (Если острый процесс заканчивается выздоровлением и не подходит к разряду физически-психотических процессов, он должен рассматриваться как «реакция» или «периодический» процесс, рассмотрением которых мы здесь пренебрегли. В остальном «носители» этих острых процессов попадали бы в 1-й раздел).	Будут ли изменения преходящими или стойкими – зависит от лежащего в основе болезни физического процесса, а не от особенностей прямых параллельных процессов.
Всю жизнь можно вывести из структуры личности.	При выведении из личности ее границы обнаруживаются там, где в свое время возникло нечто новое – гетерогенное изменение.	Отграничение осуществляется путем выявления особенности физического процесса.
–	Определенная, как при нормальных психических процессах, психологическая закономерность развития и течения, в котором заключено некое новое единство и всеобъемлющая рациональная и поддающаяся вчувствованию связь.	Отсутствие закономерности в симптоматике и течении. Все проявления следуют в хаотическом беспорядке, т.к. они, будучи вторичными, зависят не только от прямого параллельного процесса, но скорее от физического мозгового процесса.

* Само собой разумеется, что здесь речь идет лишь о предварительных, эвристических понятиях, что эти понятия не могут дать исчерпывающую характеристику конкретного случая, что между ними существуют переходы.

Попробуем теперь применить наши понятия к обоим представленным выше случаям. Как у Клюга, так и у Мора мы обнаруживаем выраженную рациональную связь – бредообразование на почве ревности с вытекающими из него последствиями (ср. 2, 5, 6). Начиная с определенного момента эта рациональная связь охватывает всю их жизнь. Но в этот период происхождение этого рационального единства невозможно понять ни рационально, ни путем вчувствования (связывая «понятным» образом с каким-либо событием), ни на основе личности, а возникает оно как нечто новое, без связи с внешними проявлениями. Возникает ли это новое как «импульсивная бредовая идея» (ФРИДМАН), как ложное воспоминание, как галлюцинаторное переживание или как еще нечто иное (ср. 3, 4) – это не имеет никакого значения. Высказываемые впоследствии больным Мором идеи можно вполне рационально понять на основе определенного происхождения, как, например, утверждение о совершенном клятвопреступлении, о попытках замять все дело и т.д. Кроме того, некоторые идеи больного Клюга можно понять как поддающиеся вчувствованию развития, например, уверенность в том, что было дано заключение о его психической несостоятельности. Наряду с этим у обоих больных, по-видимому, имели место сложные обманы воспоминания, которые свидетельствуют о длительно существующем «изменении». Но уже само по себе открытое высказывание бредовых идей вопреки всем приводимым опровержениям и устойчивое последовательное поведение несомненно указывают на стойкие изменения, в отличие от состояний у параноидно «развивающихся» психопатов (так называемая мягкая паранойя ФРИДМАНА), которые понятным образом реагируют на происходящие события бредообразованием, но все же забывают об этих идеях, хотя и не относятся к ним критически.

В обоих наших случаях нет никаких оснований говорить о связи заболевания с мозговым процессом. О каких бы то ни было проявлениях его мы узнаем лишь со стороны психики. А поскольку в обоих случаях появляется нечто новое, гетерогенное, возникающее без всякого внешнего повода, совершенно необъяснимым образом, и поскольку заболевание ведет к стойким изменениям личности, т.е. является неизлечимым, то, в соответствии с нашей терминологией, мы имеем дело с психическими процессами. Конечно, это понятие не характеризуется «прогрессированием», по крайней мере оно характерно для него в такой же мере, как прогрессирование для раннего слабоумия. В основном же это понятие характеризуется процессом неизлечимых изменений личности. Правда, этим самым не исключено, что «психический процесс» может быть обусловлен каким-то физическим мозговым процессом в традиционном понимании, т.е., что он лишь однажды оказал влияние на прямой параллельный процесс, оставаясь впоследствии интактным. Однако об этом физическом процессе, который, оказав однократное влияние на прямой параллельный процесс, не может быть даже замечен, мы ничего не знаем.

Выше, в пункте 7, мы отметили, что личность, насколько об этом можно судить, остается интактной. Создается впечатление, будто это противоречит утверждению, что в обоих случаях мы имеем дело с процессом. Однако такое впечатление обусловлено двойным смыслом понятия «личность» (впрочем,

на анализе этого понятия мы здесь не останавливаемся). Теоретически под словом «личность» можно понимать совокупность константных мотивов со всем наличным содержанием сознания либо эмпирический облик человека, все его поведение во всех жизненных ситуациях. Если мы говорим об «изменении личности», то полагаем ее во втором смысле, а если утверждаем, что они отсутствуют, то имеем в виду, что они во всяком случае не столь выраженные, чтобы их можно было констатировать эмпирически. Этому не противоречит то, что такая гипотетическая личность, конечно, должна быть измененной при наличии хотя бы парциальной заполненности сознания бредом. Это позволяет нам говорить о некоем «изолированном» процессе, но в то же время не дает оснований усматривать в этом «сущность» расстройства. Исходя из этого, мы полагаем, что усложнение подобных изолированных, или ограниченных, процессов ведет к изменению личности, которое накладывает отпечаток на все поведение больных. Нам кажется, что, рассуждая таким образом, мы в наибольшей мере приближаемся к пониманию своеобразия наблюдавшихся нами случаев. В них мы обнаруживаем либо несколько массивных психологических или рациональных связей, либо только одну, которая может выражаться в широком спектре переживаний, происхождение которых выходит за рамки психологического рассмотрения.

Маловероятно, чтобы все сопутствующие проявления в период возникновения этих переживаний можно было целиком истолковать как психофизические последствия аффектов (эти переживания описаны в приведенных ниже двух случаях). Мы усматриваем в них указание на то, что, хотя бред является наиболее ярким и единственным по продолжительности существования признаком процесса, он все же представляет собой лишь одно проявление некоего лежащего в основе «неосознаваемого» процесса, который отражается в указанных сопутствующих проявлениях, которые мы можем лишь констатировать. Относительная простота и редкость этих несводимых ни к чему, гетерогенных, действительности «сумасшедших» переживаний при вполне сохранной связи психических проявлений дали нам повод использовать при этом понятие психического процесса в более узком смысле. Во всех случаях желательно четко дифференцировать обнаруживаемые проявления и попытаться отразить в понятиях эти дифференциальные признаки, которые намного ярче для непосредственного чувства, к сожалению, для «пересказываемого» восприятия. Это необходимо делать, несмотря на возможные возражения, которые, однако, могли бы найти свое полное отражение лишь в продуманной до конца системе психопатологии. И все же подобные понятия всегда являются провизорными, всегда «ложными». Но если они побуждают к анализу, то этим самым они уже оправдывают свое существование.

Наконец, в пункте 8 нашего заключения мы указали, что Клюг и Мор проявляли черты, которые можно было бы расценивать как гипоманиакальные. Следуя за ШПЕХТОМ, можно было бы заключить, что в обоих случаях мы имеем дело с маниакально-депрессивным психозом. Но подобный вывод можно сделать лишь в том случае, если нали-

чие этих симптомов считать решающим для постановки диагноза. Но тогда непонятно, какой смысл следует вкладывать в понятие маниакально-депрессивного помешательства, ибо, исходя из наличия гипоманиакального симптомокомплекса, ни в коей мере нельзя объяснить ни рационально, ни путем чувствования характер возникшего бредообразования.

Если случаи Клюга и Мора мы расцениваем относительно однозначно как «психические процессы» в нашем понимании, то в следующих двух случаях бреда ревности мы будем иметь дело с «развитием личности». После этого мы обсудим некоторые спорные вопросы, описав в заключение несколько менее типичных случаев.

Клара Фишер, 1851 г. рождения, жена директора банка; поступила в 1897 г. – Отец был специалистом в области древней филологии, дважды расторгал брак; страдал бредом ревности, обвиняя свою жену в неверности. Судебное разбирательство закончилось признанием невиновности жены. – В своей квартире он делал на полу пометки мелом таким образом, чтобы на пересечении этих линий стояли ножки стульев. Просил, чтобы его похоронили в меховом жакете.

В детстве отличалась средними способностями. Получила обычное образование. В 16 лет пошла на сцену. В течение года жила в Амстердаме. На фотографиях того периода обращают на себя внимание ее осанка и самоуверенный взгляд. – В 26 лет вышла замуж. Имеет троих детей (15, 13 и 9 лет). Абортов не было. Роды протекали без патологии. – Всегда была несколько эксцентричной; отличалась «внезапностью», поспешностью в своих суждениях. Не терпела никаких выражений. Как хозяйка дома всегда была на своем посту, хотя все дела велись по шаблону. Ее восприятие жизни было несколько причудливым, так что она не могла подолгу уживаться с кем-либо. Всегда была убеждена в безошибочности своих взглядов, ни в чем никому не уступала. В воспитании своих детей проявляла заботливость, применяя свою систему, от которой никогда не отступала.

С самого начала замужества была ревнивой. Около полутора лет назад (по другим сведениям, около 5 лет) ее ревность существенно усилилась. Она страдала костной опухолью, которая выступала в сторону влагалища, в связи с чем муж стал избегать половых сношений. Жена часто плакала и упрекала его. Вскоре у нее начался климакс. Последние месячные были в октябре 1896 г. и в мае 1897 г. Еще раз они появились в январе 1898 г. – Стала высказывать бредовые идеи ревности, считая, что муж сожительствует с домашней прислугой, которая его соблазняет. Любая девушка, проходившая мимо банка, делала это ради ее мужа. Она замечала, как «взор девушки встречается со взором мужа», ибо всегда обладала острым зрением, унаследованным ею от отца, который мог «видеть даже за углом». – В поезде она наблюдала, как муж развернул газету, чтобы под ее прикрытием вступить в связь с женщиной, сидевшей рядом. С этой женщиной, как и с другими, он обменивался взглядами и впоследствии имел с ними связи, в чем она совершенно уверена. С фрау И. и фрау К. муж также имел связи. Если муж возражал, то она требовала от него доказательства того, что он не изменяет ей. Она рылась в корзинах для бумаг, пытаясь что-то составить из обнаруженных клочков.

Была весьма враждебно настроена к молодым

дамам, жаловалась, что стала старой и непривлекательной; любила патетически восклицать, что муж только и ждет ее смерти. Иной же раз снова жаловалась, что муж пренебрегает ею в интимном отношении, хотя она еще достаточно симпатичная и крепкая молодая женщина. О чем бы она ни начинала говорить, все в конце концов сводилось к интимной теме и ее ревности.

При этом она была весьма активной: ходила в полицию с просьбой установить наблюдение за прислугой; упрашивала домашнего врача поговорить с мужем и узнать, с кем он имеет связи; посыпала ему служанок в отель, просила следить за ним родственников, изучала проспекты частных детективов. Всем рассказывала о своей ревности; обвиняла мужа в связях с институтскими подругами дочери, посыпала в институт служанку сказать, что все воспитанницы дурно ведут себя. В городском саду громко ругала «жидовок», если видела сидящих за столиками еврейских дам, утверждая, что они делали ее мужу авансы. – Однажды в обществе муж оказался столь неосмотрительным, что первый букет из корзины цветов преподнес жене одного из своих друзей. Жена схватила корзину, выбросила все содержимое ее на пол и убежала. – В этот период у нее усилилась прежняя нетерпимость; из-за любой мелочи она страшно раздражалась, а однажды избила свою 15-летнюю дочь. Муж полагает, что в этом свою роль также сыграла ревность. Настроение у нее было неровным. Она все еще могла быть веселой, но только в тех случаях, если ее кто-либо развлекал. Бывали дни, когда у нее преобладало подавленное, печальное настроение. По утрам она часто вставала депримированной. Ее настроение легко менялось от случайно сказанного слова. – Интеллект сохранный. Она всегда оставалась добросовестной, прилежной, аккуратной хозяйствкой.

Из-за многочисленных публичных скандалов и связанных с ними юридических последствий служебное положение мужа, который до этого все покорно переносил, стало настолько шатким, что возникла необходимость поместить его жену в Гейдельбергскую психиатрическую клинику (находилась в ней с 25 ноября по 4 декабря 1897). Во время поездки ее ревность находила все новую пищу: в Гейдельберге какая-то дама вышла вместе с ними, и пациентка заявила, что это весьма примечательно и что эта дама, по-видимому, вызвала сюда мужа. – Ее заманили сюда под предлогом врачебного обследования. Когда же она узнала, что ей придется оставаться в клинике, она пришла в крайнее возбуждение. Она говорила, что ей сначала надо привести в порядок домашние дела, а также взять необходимую одежду и белье. Когда ей сказали, что она скоро вернется, стала спокойнее. – Была полностью ориентирована, в ясном сознании, упорядочена. Выяснилось, что она по натуре очень веселая и чрезвычайно разговорчивая. В то же время обнаруживались признаки волнения, которое проявлялось в оживленной мимике, блестящих глазах. Обращали на себя внимание некоторая слабость суждения и эйфория. Представленным ей свободным выходом из отделения она никогда не злоупотребляла. Отрицала идеи ревности, в течение продолжительного времени диссимилировала их.

В связи с опухолью тазовой кости она была переведена в гинекологическую клинику (диагноз: иноперабельная остеосаркома). Вскоре здесь обнаружи-

лось ее подозрение в отношении медсестер, в основном из-за того, что они якобы всегда прихорашивались, когда должен был приехать ее муж. Об этом она писала в двух письмах, одно из которых датировано 3 января 1898 г. В нем она интересовалась всеми подробностями домашнего хозяйства и семейной жизни, давала распоряжения, высказывалась по поводу психологии домашней прислуги и в заключение обращалась с «сердечной просьбой»: если муж будет в Мангейме, то чтобы он ни в коем случае не заходил к владельцу аптеки, с которым он случайно познакомился три года назад во время путешествия, ибо «Боже мой, я не считаю эту женщину достойной..., т. к. она не должна была тогда писать столь фамильярные, ужасные письма; я считаю ее совершенно бессердечной личностью...». Будь откровенен и справедлив по отношению ко мне и скажи мне открыто хотя бы один раз, не стала ли за истекшее время она чаще писать тебе?... Язываю к твоей совести, будь откровенен – может быть, ты специально запретил носить тебе письма домой?.. Когда я об этом думаю, у меня возникает тяжесть на сердце, и я не раз не могла сдержать рыданий... Ради Бога, я ведь никогда не была подозрительной без всяких оснований. Поэтому я убедительно прошу тебя быть по крайней мере сейчас со мной откровенным и сказать мне, переписывался ли ты с тех пор тайно с этой женщиной?» Восемь дней спустя она писала: «Это письмо, пожалуй, может оказаться последним, которое я пишу тебе, потому что как я сама, так и мои письма тебе совершенно безразличны. Причина этого тебе известна – если мужчине кто-то добровольно предлагает себя... Я ясно прочла все на твоем лице: 1. ты не можешь уже смотреть на меня с покойно и открыто; 2. я обнаружила, что ты выглядишь потасканным и одряхлевшим. Твое лицо сразу же бросилось мне в глаза, ты уже не выглядишь таким свежим, здоровым и ухоженным, как три недели назад». Далее она жалуется на его пренебрежительное отношение, заявляет, что она уже никогда, видимо, не вернется домой и т. д.

Из Гейдельберга фрау Ф. была снова переведена в психиатрическую лечебницу во Франкфурте (с 15 января по 30 июля 1898 г.). Там она также была вполне упорядоченной и ориентированной. Однако поведение и настроение менялись: она могла быть веселой, разговорчивой, с сознанием собственного достоинства, в другие же дни плакала и жаловалась, что вынуждена жить в разлуке с семьей. Очень тяготилась пребыванием в больнице. Часто проявляла склонность к сплетням и интригам. Отдавала другим больным письма на сохранение. По отношению к своему врачу всегда была дружелюбна и любезна. – В своих многочисленных письмах к различным адресатам просила помочь ей выписаться из больницы. Не чуждалась при этом комплиментов и лести: каждого, кому она писала, называла своим спасителем. Ее стремление выписаться из больницы с каждым днем становилось более выраженным. Закончилось это безуспешной попыткой бегства. В письмах к мужу всегда была настойчива, энергична, требовательна. В конце концов было принято решение выписать ее домой.

На протяжении всего пребывания в больнице во Франкфурте никакой критики к своему бреду не было. Она всегда считала, что еедерживают в больнице лишь в связи с интригами мужа. Она же была

такой же невинной, как салфетка на столе. Обвинение ее в ревности считала «просто глупостью». Конечно, как жена и мать она вынуждена была иногда противоречить своему мужу, но это совсем другое дело. – Во всем она всегда старалась оправдать себя. Говорить о том, что она просила врача следить за ее мужем, было бы возмутительно, ибо это ей не позволила ее гордость. А если ее домработница и наблюдала за ее мужем, то этому она научилась на своем прежнем месте. Она же позволяла это лишь потому, что хотела показать прислуге, что муж всегда делает правильный выбор. Она возмущена тем, что муж рассказывает о «таких мелочах» (что она написала ему письмо с просьбой о прощении). Это все сплетни домашней прислуги, не стоящие того, чтобы о них говорить. Она всегда стремилась все представить в невинном свете. А мужу должно быть стыдно за то, что он рассказывает о таких вещах, которые он как супруг обязан был сохранять в тайне.

Во время этой же беседы, пытаясь представить все как безобидные вещи, она в крайнем волнении снова переходит к своим прежним утверждениям: «Мой муж в последнее время совершенно изменился, его взгляд уже не столь открытый, он выглядит виноватым. Я совершенно чиста, но в этих делах была абсолютно глупа, хотя по-прежнему остаюсь пылкой, и у меня еще свежее тело. Он регулярно приходил ко мне вплоть до сентября 1896 г., когда стал непонятным образом задерживаться. Я сказала вам все, мне больше ничего добавить». Затем она вновь рассказывает о своих подозрениях в отношении мужа в поезде, утверждая, что она хорошо видела, как нескромно смотрела на ее мужа некая персона. К тому же она затем получила и явное доказательство своей правоты. «В 3 часа пополудни зазвонил телефон: «Можно пригласить г-на Ф.?» (при этом подражает голосу прислуги). «Г-на Ф. нет дома; может, ему что-либо передать?» «Нет, я попозже зайду сама». И вы утверждаете после этого, что речь идет о ревности!» О сведениях, полученных от их домашнего врача, она заявила, что его подкупил ее муж. «Санитарки в Гейдельберге мне говорили даже, что у моего мужа блудливые глаза и что такие мужчины несомненно стремятся к наслаждениям, а также что он похож на прожигателя жизни». На вопрос, не препятствовало ли ее заболевание супружеским отношениям, она ответила: «Доктор К. (гинеколог) полностью меня излечил, хотя сначала он сказал, что такого заболевания, как у меня, никогда не наблюдалось и что кости при нем должны неизбежно разрушаться. Он также сказал, что это связано с подавленными страстями. А когда я уходила, он мне сказал: «Вы совершенно здоровы; вы крепкая, здоровая, цветущая, сильная женщина, у которой нет ни малейшего изъяна. Ваш муж не имеет права ни на какие увертки».

Во время бесед пациентка постоянно соскальзывает на многочисленные детали, не утрачивая, однако, основной темы. Ход мыслей подкрепляется яркими аффективными выражениями. Она ежеминутно готова клясться и божиться всеми святыми, что говорит правду. Согласна быть проклятой, если сказала хоть одно слово неправды («Пусть мой язык отсохнет» и т. п.). То вдруг она начинает сомневаться, заламывает руки, плачет, но затем снова оживляется, смеется, держится с достоинством, не скучится на похвалы в свой адрес. Мужа то называет образ-

цом всяческой подлости, то предполагает, что все это какое-то недоразумение, что он по-прежнему чист и что она никогда не считала его способным на что-либо дурное. – Постоянно повторяет о своей скрытности, о том, что она никогда не распространялась о супружеских ссорах. Буквально тут же сообщает, что прислуго, врачи и ее приятельницы считали ее правой, добавляя также, что многие женщины делились с нею о своих отношениях с мужьями. Об этом она рассказывала почти всем больным. Кроме того, спрашивается у персонала больницы о том, как директор клиники живет со своей женой, сообщает о связи ее врача-гинеколога с подозреваемой ею женщиной, о чем она, якобы, узнала от медсестер в Гейдельберге. Каждый день при посещении врача отзывает его в сторону и рассказывает о своих супружеских историях. Ее любимым чтением является бульварный роман, который она взяла с собою из дома. – Некоторое время спустя она утверждает, что во всем виноват их домашний врач, который подкупил мужа (а не наоборот), и что муж всегда был хорошим человеком. Но вскоре она отказывается и от этих утверждений.

Однажды она сообщила, что чувствует себя береженной, что утром у нее несколько раз была рвота, что у нее задержка стула и она испытывает чувство полноты в животе. Гинекологическое обследование показало, что опухоль распространилась на весь малый таз.

Перед выпиской она пообещала, что она все оставит в покое и не будет больше доставлять неприятностей мужу. Но уже по пути из больницы домой она с ним поссорилась. О дальнейшем течении болезни нам сообщил домашний врач: «С появлением тяжелого заболевания костей идеи ревности все больше отступали на задний план. Заболевание (остеосаркома таза) протекало настолько мучительно, что целиком приковало к себе внимание пациентки. Наступила остеомаляция и через образовавшиеся свищи стал выделяться гной. В сентябре 1900 г. пациентка умерла от сепсиса. Свои страдания она переносила исключительно мужественно. Будучи прикованной к постели, она никогда не высказывала идей ревности».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Пациентка, с молодости отличавшаяся своим нравственным, после замужества стала ревнивой. В климактерическом периоде, когда из-за опухоли тазовых костей (саркома) стала невозможной половая жизнь, ревность стала доминировать в сознании больной, проявляясь массивными бредовыми идеями и активными действиями. Сексуальная потребность выражалась в тенденции к разговорам на сексуальные темы, к подчеркиванию, что у нее еще свежее тело и т.д. По мере роста саркомы и усиления страданий бредовые идеи ревности отошли на задний план.

Киприан Кнопф, пастор, 1845 г. рождения. (Прим.: Я выражаю свою благодарность г-ну проф. Даннеману из Гиссена и г-ну д-ру Вильмансу за то, что они позволили мне воспользоваться их заключением. Кроме того, был использован и другой материал из дела. – Юридические вопросы, как в этом, так и в других случаях, я оставляю в стороне). – Сестра страдала периодической манией (перенесла 5 приступов), в остальном наследственность не отягочена. В 20 лет стал студентом. Изучал теологию. В 1870 г. сдал первый экзамен по теологии, затем ра-

ботал частным учителем. В 1872 г. сдал второй экзамен, после которого стал викарием, а с 1876 г. – пастором. – Еще будучи кандидатом на эту должность обратил на себя внимание. К своему удивлению он узнал, что дочь хозяев, пригласивших его в качестве домашнего учителя, которая нравилась ему, уже обручена с одним из его друзей. Этот человек, знаяший его еще со школы рассказал о его реакции на это: «Однажды утром... он явился и отказался от своего места. При этом он завел какой-то курьезный разговор; позднее он повторил все это пастору из Ф. и своему двоюродному брату, после чего все пришли к выводу, что он, должно быть, сошел с ума. После этого, опасаясь его, все дамы в доме стали замыкаться на ночь. Но это продолжалось недолго, поскольку К. вскоре оставил свое место».

В 1878 г. он женился на дочери трактирщика, а в 1882 г. она покончила с собой. «Как впоследствии стало известно, К. обращался со своей первой женой так же, как и с нынешней. Но она была тихим, покорным существом, никогда не жаловавшимся и тихо влачившим свое существование. Однажды утром она была найдена утонувшей в небольшом пруду.» (по свидетельству того же друга К.). В отличие от этого, К. впоследствии утверждал, что жил с этой женщиной в счастливом браке.

В 1884 г. он женился повторно. Перед свадьбой он без всяких оснований выказывал неприязнь в отношении дяди невесты, которому написал анонимное письмо с предупреждением, чтобы тот держался подальше во время бракосочетания, точно такое же письмо он написал в свое время и шурину первой жены, в котором заявил, что может случиться несчастье, если тот явится в церковь на обряд венчания. – По отношению к своей 18-летней жене со дня свадьбы он повел себя весьма странно. За свадебным столом держался неестественно, говорил по-латински, швырнул под стол стакан, разбив его вдребезги. После свадьбы уехал с женой в Х., где оставил ее одну, сказав перед отъездом, что ему надо навестить своих друзей. После своего возвращения стал высказывать сомнения относительно невинности жены. Через несколько дней посредством изощренных мучений он принудил ее к удивительным «признаниям» в отношении ее прежней сексуальной жизни. Несмотря на сознание своей невиновности, она изложила признания о совершенных якобы ею чудовищных преступлениях в письменной форме: о том, что она сожительствовала с 8–10 мужчинами, была беременна от некоего пожилого суперинтенданта, что жена последнего сделала ей аборт и т.п. – Жена впала в отчаяние и обратилась к своим родителям. По требованию окружной администрации было проведено врачебное обследование. Несмотря на все доводы, К. упорно держался своих убеждений относительно порочности жены до вступления в брак. Была отмечена еще одна странность в его поведении: однажды ночью он заставил жену вместе с ним обыскивать дом, опасаясь, что в него проникли посторонние. Во время поездки в поезде он обвинил какого-то пожилого мужчину в том, что тот бросает непристойные взгляды на его жену. – В связи с невозможностью коррекции эксперт пришел к выводу, что К. страдает помешательством, что было подтверждено затем медицинской коллегией. В ответ на это К. добился ряда свидетельств о состоянии своего здоровья, в т. ч. от практических врачей, окружного совета, уни-

верситетского профессора и ассистента. После тщательного обследования окружной врач также дал заключение о психическом здоровье К. В связи с этим требование жены об установлении опеки было отклонено. Вскоре после этого К. подал на развод (1887) и брак был расторгнут. Его жена, которая с детства отличалась необычными чертами («постоянное недовольство, недостаток беззаботности»), впоследствии заболела психическим заболеванием и ныне содержится в психиатрической больнице.

В последующие после развода годы К. зарекомендовал себя как хороший пастор, которого все уважали и ценили. Он также принимал участие и в общественной жизни. Его домашнее хозяйство вели поочередно несколько женщин. По словам одной из них, К. всегда был подозрителен и склонен относить на свой счет любые мелочи. Кроме того, одну из женщин, на которой он обещал жениться, он запирал на ключ, уходя из дома (хотя сам К. и отрицал это).

В 1896 г. он женился в третий раз, на 24-летней девушке; этот брак также с самого начала был несчастливым. По словам пациента (письменная жалоба 1905 г.), уже во время свадебного путешествия у него с женой возникли разногласия. Она отличалась упрямством, злобным нравом, всегда затевала ссоры, иногда была с ним жестока, публично позорила его. Он напрасно пытался препятствовать ее многочисленным изменам, устанавливая замки на дверях и окнах, меняя места жительства. Жена снимала замки, а однажды ночью пытаясь усыпить его хлороформом. – В Рейдельберге он рассказал новые подробности: для ревности у него уже давно были основания и он мог бы привести много примеров. Елена часто уходила из дома и принимала у себя мужчин в его отсутствие. – Когда однажды он вернулся из поездки и спросил ее, не скучали ли она, то услышал в ответ: «Нет, я очень хорошо развлекалась». Когда в один из дней он пришел домой в неурочное время, к нему явился какой-то мужчина, и на вопрос: «Чем могу служить?» – он не мог ничего ответить и выглядел растерянным. Было очевидно, что он пришел к его жене. – Он допускает, что это еще ничего не доказывает, однако является достаточным основанием для подозрения. Впрочем, были и более веские доказательства: однажды он обнаружил лестницу, приставленную к стене их спальни. – Часто по утрам у него возникали смутные воспоминания, будто жена ночью выходила из дома; в связи с этим он посыпал порог песком. Когда он после этого осмотрел черные чулки своей жены, то обнаружил на них, как и следовало ожидать, крупинки песка. – На этом основании он нанял человека стражить по ночам дом. Правда, тот утверждал, что ничего особенного не заметил, но это вовсе не доказывает, что ничего не было. К. говорил, что часто с 9 часов вечера и до 1 часа ночи он подстерегал и прислушивался, ходя по дому со спичками и зажигая их внезапно, чтобы осветить того, кто выходил от жены. – Свидетели утверждают, что К. пытаясь установить истину, нанял сыщика, который должен был следить по ночам, не приходит ли кто к его жене. Он также расспрашивал служанку о возможной супружеской неверности жены.

Фрау К. подтверждает, что между нею и мужем совершенно невыносимые отношения, однако виноват в этом только муж со своими необоснованными подозрениями. Без всяких причин он обвинял ее в

том, что она отдается любому мужчине, в том числе и из низших социальных слоев. При посторонних он осыпал ее самыми последними ругательствами и даже избивал ее. Кроме того, фрау К. писала: «Мой муж, несмотря на свою импотенцию, весьма склонен к чувственности, все его помыслы и поступки связаны с половой сферой». Упоминается также попытка соблазнения малолетней девочки. «Однажды в полдень я вошла в его рабочий кабинет, с ним была 7-летняя девочка. Я сказала, что их положение странное, на что он смущился и ответил, будто ребенок сел ему на колени.» – «По его словам, он давал обет не прикасаться ко мне в течение 4–5 месяцев, так что в случае, если бы у меня появился ребенок, то он не имел бы к этому никакого отношения. Он всегда записывал даты наших половых сношений». «Мой муж утверждал, будто я нимфоманка, и если я каждую ночь не буду иметь нового мужчину, то не буду удовлетворена». «У моего мужа был план нашего дома с указанием множества путей, какими могли являться ко мне мои любовники.» – «Пастор К. постоянно напоминал своей жене, что он не в состоянии иметь детей, и всегда боялся, что она может забеременеть» (свидетельство адвоката).

В течение почти 10 лет пастор К. не предпринимал никаких юридических мер. Но в 1905 г., сразу после ухода на пенсию, он подал прошение о разводе. Он обвинял жену в том, что она в течение года имела половую связь с кузнецом П., затем последовал жестянщик К., а потом сапожник Л., каменщик М., крестьянин Ф. В первый или второй день после их переезда в Ц. она изменила в отеле с кельнером.

Опрос свидетелей не выявил ни малейших оснований для утверждений пастора, как и вообще никогда не обнаруживалось ничего, что могло бы свидетельствовать о супружеской неверности или склонности к этому со стороны трех его жен. Напротив, было известно, что вся деревня знает о том, что пастор К. обвиняет свою жену в самой чудовищной неверности, но никто в это не верил. Узнав об отрицательных свидетельских показаниях, К. назвал еще четырех мужчин, с которыми сожительствовала его жена, и потребовал опросить их. Однако он тут же снял свое требование. Между тем жена потребовала установить опеку.

Поскольку он произвел на юристов впечатление душевнобольного, его направили на обследование в психиатрическую клинику в Гиссен. Здесь он строго соблюдал режим, был исключительно любезным, вежливым по отношению к персоналу, рассудительным; при этом он не скрывал, что ему неприятно пребывание в клинике. Был очень подозрительным, склонным создавать из различных мелочей комбинации, в достоверности которых он нисколько не сомневался. Например, он рассказал, что при поступлении в клинику его крайне удивило, когда референт попросил его написать свою биографию (куррикулюм витэ), а затем добавил (пациент уверен, что слышал это): и вашу «перикулюм витэ», как будто хотел этим сказать: для некоторых здесь уже его «куррикулюм» превратилось в «перикулюм».

Не было никакой возможности поколебать его в уверенности, что именно это он и слышал. Он также утверждал, что еще неоднократно был свидетелем подобных намеков. Он был склонен истолковывать

* «Куррикулюм» – жизненное поприще, «перикулюм» – неприятность, щекотливость (прим. пер.).

самые разные события и факты в плане причинения ему ущерба (например, отсутствие ответа на письмо или получение его лишь спустя 4 дня). Обнаружились также истинные обманы воспоминания, например, когда он сообщал, будто адвокат сказал ему нечто такое, что в действительности тому никогда не могло прийти в голову. Пастор К. отказался давать какие-либо сведения в письменном виде. «Дай мне чью-либо строчку и я отправлю его на эшафот» – говорил он по этому поводу.

После неблагоприятных для него показаний свидетелей и назначения экспертизы К. говорил, что за последнее лето он убедился, что никаких фактов против его жены не было, и утверждал, что прежние подозрения, побудившие его возбудить дело о разводе, были необоснованными. Однако наряду с этим в беседах с врачом отмечались такие высказывания, которые свидетельствовали о том, что он упорно придерживается своих идей. Подобную диссимуляцию, которую он проявил с помощью изворотливой логики под влиянием неблагоприятной для него ситуации, он вновь продемонстрировал в Гейдельберге. В своих многочисленных писаниях, особенно в своей «Оценке экспертизы», он обнаружил большую сноровку в логической обработке ситуации в свою пользу. Если прочитать отдельные страницы оттуда, то в какой-то момент может показаться (прежде всего неспециалисту), что он прав. Однако противоречия с другими его высказываниями, о которых он мог вполне забыть, при более тщательном разборе показывают несостоятельность всех его суждений и выводов. Эта бросающаяся в глаза недобросовестность в употреблении логических приемов, которые становятся удобным инструментом, используемым то так, то иначе, в зависимости от ситуации, является характерной чертой у многих психопатов, особенно выраженной у К. Этих общих замечаний, вероятно, достаточно, чтобы избежать описания прочих «доказательств» и хитростей К., которыми можно было бы заполнить целую книгу. В них нет никаких новых симптомов, никаких причудливых бредовых идей, но есть лишь та кажущаяся логика, которая достигает противоположного своим собственным целям.

Неудовлетворенный результатом обследования, К. настоял на повторной экспертизе (1907 г.), результат которой полностью совпал с результатом первой и частично уже был изложен. Личность К. описана ВИЛЬМАНСОМ следующим образом: «Его внешнее поведение естественно и упорядоченно, соответствуя ситуации. Он полностью владеет собой, находчив и приветлив в обращении и всегда готов вступить в беседу и ответить на заданные ему вопросы. В период пребывания в нашей клинике настроение его было преимущественно приподнятым; свое положение он оценивал с непоколебимым оптимизмом. Как в письмах, так и разговоре проявляется выраженное чувство собственного достоинства, которое побуждает его особенно охотно останавливаться на обсуждении своих способностей и достижений. Поставленные ему вопросы он понимает быстро и правильно, отвечая на них ловко и находчиво. При более продолжительных беседах в большей мере, чем в письменном изложении, проявляется некоторая отвлекаемость; он легко теряет нить беседы, застrevает на незначительных деталях и лишь

всевозможными окольными путями приходит к цели. Несмотря на это он искусно владеет диалектикой и в особенности способностью обходить в разговоре о нем щекотливые подробности и придавать беседе более желательное для него направление. Память его не нарушена. Объем ее весьма значительный, правда, часто за счет надежности и достоверности. В то время как он может припомнить множество часто второстепенных деталей, нередко проскальзывают обманы и искажения воспоминаний, особенно в тех сферах, которые находятся в аффективно окрашенной связи с его собственным «Я». Благодаря хорошей способности к пониманию, живому темпераменту, интересу и хорошей памяти знания его разнообразны и в некоторых областях довольно глубоки. Он производит впечатление человека, который с пользой для себя много видел, слышал и читал. Относительно своих возможностей он ориентирован вполне правильно. Поскольку я до последнего момента избегал высказывать свое мнение относительно его душевного состояния и внешне как бы соглашался с его изложением, он держался по отношению ко мне достаточно открыто и непринужденно отвечал на все вопросы. Но когда за несколько дней до выписки я открыл ему, что тоже считаю его душевнобольным, на лице его отразилось явное разочарование и глубокое недоверие».

Спустя год пастор К. умер после какого-то оперативного вмешательства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Пациент, всегда отличавшийся подозрительностью, легко возбудимый и склонный относить все к себе, но прилежный и интеллигентный, для которого были характерны выраженное чувство собственного достоинства, оптимизм и предпримчивость. На почве сексуальности, в которой имелись явные отклонения от нормы, развиваются тяжелые психопатологические расстройства. В молодости, вследствие обманутых сексуальных надежд, он впал в странное состояние возбуждения; во втором браке жестоко мучил свою жену упреками в чудовищных сексуальных проступках, которые она якобы совершила до брака, и в конце концов довел ее до развода. В третьем браке у него возникли выходящие за рамки реальности бредовые идеи ревности в связи с предполагаемой постоянной супружеской неверностью жены. – К сожалению, не представляется возможным установить, возникли ли эти абсурдные бредовые идеи еще до брака (1895 г.) или только в последние годы. Поскольку жена и окружающие никогда не говорили о начале заболевания, вполне вероятно, что они существовали всегда и лишь в последнее время стали более выраженными, побуждая его к активности; к тому же и в предыдущих браках у него уже были подобные фантастические представления о сексуальных грехах жен. – По своему происхождению бред ограничивается исключительно рамками комбинаторного толкования. Он никогда не видел и не слышал ничего, что могло бы показаться объективному наблюдателю явно «отягощающим», если бы произошло на самом деле. Лишь однажды он утверждал, что жена пыталась удушить его хлороформом и что часто по утром он «смутно вспоминал, будто его жена выходила из дома».

Перевод А. В. Бруенка

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

ВИСОЧНАЯ ЭПИЛЕПСИЯ ИЛИ ШИЗОФРЕНИЯ?

13 июня 1996 года в Московской клинической больнице № 3 им. В. А. Гиляровского состоялся первый открытый клинический разбор, которым было положено начало возобновлению этой давней традиции отечественной психиатрии. Его провел известный психиатр, клиницист с тридцатилетним стажем, сотрудник Государственного научного центра психиатрии и наркологии, член НПА, к.м.н. Александр Юрьевич Магалиф

Уважаемый коллеги!

Сегодня мы начинаем первый открытый клинический разбор. Мы хотим, чтобы эти разборы стали традицией. Почему это так важно – клинические разборы, обсуждения? Потому, что для врача самое главное – это лечить больного, и не случайно в медицине всегда была традиция собираться у постели больного. Можно не ходить на научные конференции, не выступать с докладами, не писать научных статей, но нельзя лечить больного и совершенствовать в лечении без обсуждения....

**Врач–докладчик –
Михаил Александрович Карамазов**

Вашему вниманию представляется б-ной Г. 1965 г. рожд., поступил в нашу больницу 23 марта 1996 года.

Анамнез. Родился в срок. Беременность не осложненная, роды затяжные, закричал сразу. Ранее развитие без особенностей, в детстве были частые простудные заболевания. Со слов матери рос малообщительным. В школу пошел с семи лет. Учился средне, классы не дублировал. Всегда был замкнутым, мало общался со сверстниками. Ни в каких подростковых компаниях не участвовал. После окончания 8 классов в 1981 г. поступил в Московский авиационный моторостроительный техникум им. Туманского, в 1985 году закончил полный курс этого техникума, получил специальность техника-технолога. Был призван в 1985 году в армию, проходил службу в танковых войсках близ г. Ашхабада. Был наводчиком орудия танка. Во время учебной стрельбы не нажал кнопку автоматической блокировки орудия, и при выстреле откатившимся затвором его отбросило от танкового орудия, и он ударился головой. Удар пришелся на правую лобно-теменную область, сознание не терял. Был ушиб мягких тканей головы, ушибленная рана. Попал в госпиталь, затем продолжил службу. Стали отмечаться эпизоды кратковременных потерь сознания по типу обмороков во время строевых занятий на плацу. Такое было несколько раз. Кроме того он жаловался на частые головные боли и носовые кровотечения, чего раньше не было. Его собирались комиссовать, но вместо этого наградили отпуском домой. В отпуске он был полгода до окончания службы и по возвращении в часть был демобилизован. Уже дома в 1992 году у

него была еще одна травма головы, якобы с кратковременной потерей сознания. После демобилизации устроился работать по специальности на Московский машиностроительный завод «Салют», потом работал в Московском конструкторском бюро «Гранит», до конца 1993 г. Оба эти учреждения – предприятия военно-промышленного комплекса, связанные с авиационным двигателестроением.. Там он проработал до 1993 г. и никаких проблем ни дома, ни на работе у него не было, пока он не попал под сокращение в результате конверсии. После этого он кратковременно работал слесарем на заводе, а последнее время работал сантехником в РЭУ № 2. Не женат, проживает с матерью и отчимом. Мать характеризует его малообщительным, замкнутым, никогда не делящимся с ней никакими переживаниями, всегда аккуратным, очень самостоятельным, ведущим подчеркнуто правильный образ жизни, хорошо зарабатывающим. Странности в его поведении стали отмечаться с декабря 1995 года, он стал выпивать, контакт с родными резко ухудшился. Стал запираться у себя в комнате, стал раздражительным, беспричинно конфликтным. Редкие знакомые исчезли, перестал встречаться с девушкой. Стал высказывать замечания типа: «зачем мне жить, у меня ничего нет, у меня нет семьи, у меня нет работы, нет денег». Стал неаккуратным, вещи в его комнате были постоянно разбросаны, стал пропадать на сутки–две из дома. Часто уходил, не запирая дверь. Был случай, когда он ушел из дома и не закрыл газ. Дома практически не говорил. Все это стало тревожить родителей. Они уговорили его проконсультироваться у врача. Пошли сначала к терапевту, к невропатологу. Невропатолог направил в ПНД, но в ПНД он так и не попал. 23 марта он вышел из дома и не вернулся. Имеется милиционский рапорт, что Г. был обнаружен на ул. Байкальская (это довольно далеко от места его проживания), где он пытался вломиться в чужую квартиру. В ней, как потом выяснилось, проживала его девушка, которая отказалась с ним встречаться. Он разбил дверную коробку, сломал дверную ручку и ящик для почты. Женщины бурно протестовали, кричали, звали на помощь, но на него это не производило ни малейшего впечатления. Приехавшая милиция обнаружила его сидящим на лестнице между четвертым и пятым этажами. В отделении милиции его поведение показалось странным, был вызван дежурный психиатр по городу. По

записи дежурного врача-психиатра: застывает в однообразной позе, смотрит в одну точку, на вопросы отвечает однозначно, ссыпается на провалы в памяти. С диагнозом «шизофрения под вопросом» Г. стационарирован в ПБ № 3.

В приемном отделении: на вопросы врача отвечает «не знаю, не помню, черт его знает», при настойчивом распросе отвечает, что выпил утром с друзьями и устроил дебош. Свое состояние называет апатией, на приеме сидит в однообразной позе, смотрит исподлобья, настроение снижено, активно бредовых идей не высказывает, обманы восприятия не выявляются.

При осмотре лечащим врачом 25 марта: дезориентирован во времени, не знает ни числа, ни месяца, не знает где находится. На вопросы отвечает однозначно: «да», «нет». Предъявляет жалобы на плохую память, на провалы в ней. Не помнит, как попал в ПБ. С трудом сосредотачивается. В дальнейшем в отделении вялый, апатичный, адинамичный, ни с кем не общается. В течение первых двух-трех недель воровал у соседей по палате пищу и вещи. Полностью безучастен к своему состоянию, пребыванию в психиатрической клинике. Мимика бедная, на вопросы отвечает однозначно, практически не описывает, что же с ним было, на что он жалуется, стандартная фраза – «не помню». Активной психотической продукции не отмечалось, не высказывал бредовых идей, не было галлюцинационной мимики.

Сосудистая терапия, терапия противосудорожными препаратами – особого эффекта не дали. После назначения галоперидола состояние улучшилось. Стал доступнее. Вспомнил, что с ним происходило, обстоятельства своей госпитализации объяснял тем, что он «просто перепутал дом и квартиру». Говорил что перед этим один его знакомый занял у него деньги и не возвращал. Он поехал к нему требовать возврата, но ему отказали, и тогда он решил, что это его квартира. Считал, что его мать находится там, но почему-то не открывает. Это привело его в такую злость, что он стал все крушить и ломать.

Консультация психолога: на первый план выступает ряд специфических процессуальных нарушений мышления: тенденция к конфабулированию, снижению критичности, актуализация латентных признаков; в эмоционально-личностной сфере – эмоциональная выхолощенность, черты девигализации, аутизации в сочетании с ригидностью установок.

Невропатолог не обнаружил очаговой неврологической симптоматики.

Заключение окулиста: глазное дно без патологии.

Эхо-энцефалограмма: не отмечается внутрирепной гипертензии и не отмечается смещения срединных структур. На ЭЭГ – умеренные диффузные изменения электрической активности по типу дизритмии, на этом фоне выявляется очаг медленной тета-активности в левой височной области и вовлечение в процесс срединных образований. Пароксизмальной готовности не выявляется.

Вопросы к лечащему врачу:

Сейчас его статус без изменений? – Нет, отмечается положительная динамика. Он стал более активным, избирательно общается с соседями по палате, выполняет какую-то работу в отделении, случаи кражи еды и вещей прекратились. Стал следить за внешним видом, аккуратно причесан, что в первое вре-

мя не отмечалось. Стал более доступен контакту. Хотя по прежнему немногословен, довольно отгорожен, но тем не менее стал давать о себе и своем состоянии более подробные сведения.

Но эти сведения ограничиваются только тем, что Вы нам сообщили? – Сведения ограничиваются жалобами на апатию, апатия вызвана тем, что трудности с работой, трудности с деньгами и с общением с противоположным полом. А свое поведение он объясняет тем, что у него было плохое настроение. Он немного выпил и перепутал дверь.

Какая терапия? – Он получал 30 мг галоперидола и 150 аминазина в день без корректоров, а последние три недели – ничего. После получения электроэнцефалограммы мы сняли галоперидол.

Во время службы в армии на плацу он несколько раз терял сознание? – Это было в конце службы, после полученной травмы, по типу обмороков. Мочу он не упускал, язык не прикусывал.

Он дослужил нормально? – Ему дали отпуск на полгода, а потом он сразу был демобилизован.

Как он выпивал? Какие это носило формы? – Умеренные, запоев не было, работу он не пропускал. Он начал пить только с 1995 года, пил не постоянно, зависимости не было и со слов матери и у нас тяга к алкоголю не проявлялась. При поступлении не указано, что у него был запах алкоголя изо рта – ни милиция, ни дежурный психиатр, ни врач приемного покоя не отмечают.

Приглашен больной. После знакомства и согласия на беседу начинается консультация.

Как Вам живется в больнице? – Хорошо – Довольны? – Доволен – Лучше чем дома? – Все приедается – И что? Надоело? – Да вот уже третий месяц – А Вы когда сюда поступили? – Два месяца назад – Какого числа, помните? – Точно не помню – А сейчас у нас какое число? – Сейчас у нас июнь – Ну какое число? Середина, начало месяца? – Сейчас 13 июня – Молодец, а Вы сюда поступили когда? – Два месяца назад – Ровно два месяца? – Чуть побольше – Вы помните тот день, когда Вас сюда привезли? – Смутно – Кто Вас сюда вез, что за люди? – Скорая помощь – Скорая помощь возит больных. Вас везли как больного человека? – Как больного человека – А почему? Вы заболели? – Да, я был больной – Что же за болезнь у вас была? – Когда-то в армии я ударился головой... – Это я знаю, Вы доктору рассказывали. Но это было много лет назад – У меня голова побаливала до этого еще, когда тяжесть поднимал – У вас на протяжении всех лет после армии побаливала голова? – Покалывала – Покалывала или побаливала? – Сначала побаливала, потом покалывала, когда тяжесть большие поднимал – покалывала вот здесь – А в глазах мутилось, голова кружилась? – Иногда, когда дома в туалет вставал, падал – Но чью? – Да – Может это было связано с опьянением? – Я точно не знаю – Но Вы в это время были трезвым или пьяным? – Трезвый, совершенно – Ушибался? – Нет – Вы как падали? Ноги подкашивались? – Сознание терял – Кружилась голова, плохо становилось, как будто кровь отливала от головы? – Да, закружились голова и падал – А вот Вы падали также на плацу, это такое же падение было? – Были сильные кровотечения из носа и падал – А что, каждое падение сопровождалось носовым кровотечением? – Точно не помню – А как Вы падали? Вам плохо ста-

новилось? Дурман такой? – Голова в таком состоянии непонятном – Но Вы сознание не теряли? – Нет – А бывало так, что Вы на улице могли упасть, после армии? – После армии у меня только голова побаливала – А в транспорте? – Не было – Как Вы жару переносите? – Тяжеловато – Что Вам, душно? – Душно – А голова не кружится? – Так иногда покачивание бывает – Это на протяжении многих лет? – После армии – Вы в баню любите ходить? – Редко хожу – Вы не привыкли или вам там плохо? – Редко вообще хожу – Если Вы резко встаете, появляется у Вас головокружение? – При резком поднятии, допустим лежишь, а потом резко встанешь, начинает кружиться голова. – Вы вообще быстро уставали все эти годы или Вы выносливый человек? – Когда как, когда работал слесарем на заводе и тяжести поднимал, сразу вот здесь отдавало (показывает на левую половину головы) – Ударили Вы ведь правую сторону? А отдает в левую? – ... Я голову ударил, вот здесь рассечение было – А еще была травма головы, когда Вы перевернулись, Вы тогда тоже сознание теряли? – Такое состояние было непонятное, я вышел, травмы никакой не было – Рвало, тошило? – Нет, там на свежем воздухе... – Если взять все последние годы, Ваше состояние было однообразным или оно менялось? – Менялось как-то – В какую сторону? – Здесь вроде бы лучше стало – Ну это сейчас, а вот последние годы? Состояние ваше менялось? – Когда слесарем работал, было тяжеловато, нагрузки были большие, поднятие тяжелого инструмента – Вы спали хорошо? – Нормально – Вы рассказывали и мама говорила, что Вы стали увлекаться спиртным – Когда работал слесарем? – Я не знаю когда – Немножко выпивал – Что значит немножко? – В компании – Вы бутылку можете за день выпить? – Нет – А сколько Вы можете выпить самое большое за вечер? – Двести грамм – Как на Вас алкоголь действует? Вам хорошо становится? – Балдеж – Балдэж приятный? – Да, но иногда на следующий день болела голова, если немножко лишнее примешь, то начинает вот здесь – как будто что-то бьет – Когда Вы выпивали слишком много, наутро отвращение к алкоголю было? – Было – Рвало? – Рвало – А как часто Вы выпивали? – По настроению – Это было раз в неделю, два раза в неделю, каждый день? – Может быть раз в неделю, в выходные – Значит в выходные дни грамм двести и все? – Да – А какой Вы в опьянении – веселый, мрачный, вялый, слабый? – Веселый – А вообще? – Веселый – Вообще Вы веселый? Вот мама вас характеризует человеком немножко замкнутым, это правда? – Бывает и замкнутый тоже, когда как, по настроению – Вы что, человек настроения? – По настроению все – У Вас всю жизнь настроение переменчивое? Оно связано с какими-то обстоятельствами или Вы можете, например, проснуться утром и чувствовать себя плохо? – Да, у меня по утрам обычно плохое настроение. А к вечеру оно расходитя – А это плохое настроение по утрам с какого возраста? – Не знаю, сколько живу... – Вы встали, у Вас плохое настроение, когда оно улучшится? – Допустим, в общении с кем-нибудь настроение приподнимается – Вам хорошо одному? – Не совсем – То есть Вы страдаете от того, что Вы замкнутый человек? – Да – А к вечеру у вас сама собой может появиться улучшение? – Да, бывает – А бывает такое веселое настроение, что Вам хо-

чется петь, танцевать? – Бывают такие радостные моменты в жизни – Они тоже связаны с чем-то или это может само собой появиться? – Приятная встреча, с красивой девушкой – А Вы встречаетесь с красивой девушкой? – У меня сейчас обрыв – Когда была последняя встреча с девушкой? – Давно – Ну сколько, год назад, два? – Полгода назад – Что это за встреча? – Знакомство приятное – Вы сами знакомитесь? – Сам знакомлюсь – Вы можете познакомиться с девушкой? – Могу – Как Вы это делаете? – С подходом, с юмором, что-нибудь придумываешь свое, как подойти – У вас всегда разные приемы, Вы на ходу придумываете? – Обычно я выбираю избранный какой-то прием – Вас этим приемам кто-нибудь обучал или вы сами до них дошли? – По знакомству со своими друзьями, по разговору, как они знакомятся. Я присматривался и пробовал по своему – Ну и как, получалось? – Получалось – Вы можете подойти к девушке на улице? – Могу – В транспорте? – В транспорте у меня комплекс – Что за комплекс? – Ну в транспорте много народа, как-то не то, я думаю, что я не познакомлюсь в этом случае. На улице больше шансов – Ну вот Вы познакомились, Вы можете с ней продолжить знакомство, у вас могут возникнуть близкие отношения? – Да – А жениться Вы думали когда-нибудь? – Вот меня этот вопрос гнетет – Почему? – Вот у меня не сложилось... – При Ваших способностях к знакомству, почему? – Не получалось пока, обстоятельства такие... – Вы не встретили девушку, на которой хотели бы жениться? – Не получалось... В принципе встречал, но что-то там было не то... – Вы не нравились или она Вам не нравилась? – Не получалось... – Вы страдаете от того, что Вы не женаты? – Да, бывает, из-за этой замкнутости – Вы мнительный человек? – И так и так – Что Вы понимаете под мнительностью? – Это когда человек в чем-то сомневается – Вот например, Вы идете по улице или едете в метро, люди о чем-то говорят, смеются, у вас бывает такая мысль – надо мной? – Иногда бывает – Давно это у вас? – Черт его знает – Много лет? После армии или еще до? – После армии, когда уже думаешь по другому – Вы можете принять какой-то разговор других людей по своему адресу? – Да, бывают такие мысли – А бывало, что Вам хотелось подойти к этим людям и спросить, над Вами они смеются или нет? – Нет, такого не было – А бывало, что люди, которые едут вместе с Вами в транспорте или идут по улице, знают о чем Вы думаете? – Нет, такого я не предполагал вообще – А бывало, что на улице или в транспорте слышите разговор о себе? Что кто-то называет Вас по имени, как будто Вас обсуждают? – Ну бывает, когда допустим по фамилии... У меня фамилия такая – Какая у Вас фамилия? – Горячев* – Она что распространенная? – Да, и когда что-то там говорится, я сразу откликаюсь. Например, горячая вода или что-то еще – Вы говорили, что у Вас бывает угнетенное настроение. А чувство тоски Вам знакомо? – Сейчас у меня ностальгия по дому – Ну это здесь, Вы просто скучаете. А чувство тоски у вас бывало? – Бывало – Сильная тоска? – Бывала и сильная, допустим неустроенность жизни и все остальное – То есть только в ответ на какую-нибудь ситуацию. А знакомо вам чувство тревоги? Как будто что-то должно про-

* Фамилия больного изменена (Ред.).

изойти, случиться? – Такого не знаю – А бывали мысли о том, что жить не хочется? – Не было – Вы человек добрый? – Добрый по натуре – А вот последнее время Вы какой-то раздражительный стали? Сосени прошлого года – Даже не знаю, мне кажется, все мои беды только из-за неустроиства личной жизни. У меня как пошла полоса неудач ... – А какие у Вас неудачи? – Ну как? Не получилось. Не женился и все остальное – Вас что невеста бросила? – Ну, не получилось там – Что не получилось? – Конфликт и все остальное – У Вас получился конфликт и Вы разошлись? – Не сложилось... – Это давно было? – Где-то полгода назад – Вы предлагали ей выйти за Вас замуж? – Предлагал руку и сердце – Она согласилась? – Ничего в ответ – Сколько же раз Вы так предлагали? – Один раз – Она училась, работала? – Учится – В школе, в институте? – В институте – У нее семья есть? – Семья, мама, папа – Вы бывали в этой семье? – Бывал – Может быть родителям Вы не понравились? – Ничего не могу сказать, может быть, мысли были такие, что там культурная семья, а я был из простой такой работягской семьи – Поговорим на другую тему. Когда Вы приехали сюда в больницу, Вы поняли, что это больница или Вам казалось, что это другое учреждение? – Нет, я понял – Сразу? – Ну какое-то состояние было сначала непонятности, а потом я понял – Сколько было это состояние непонятности, день, два, неделю? – Может быть месяц – Месяц? То есть Вы в течение целого месяца не могли понять что это больница? – Нет, ну я лежал, а когда лежишь спокойно, осознаешь, что тебя лечат – Но Вы видели, что это больные, что вокруг персонал? – Да – Но Вы до конца не понимали, что это больница? – Больницу то я понимал – А что за больница не понимал? – Просто было такое состояние непонятности – У Вас было ощущение, что Вы здесь в центре внимания, что все, что здесь происходит имеет к Вам непосредственное отношение? – Не было – Не было такого, что все на Вас внимание обращают? – Не было – Было, что здесь Вы слышали разговоры о себе, вот он такой, сякой? – Были такие разговоры – Кто их вел? – Краем уха слышал – Это были приятные или неприятные разговоры? – В основном неприятные – Вас вроде в чем-то осуждали? – Да, осуждение какое-то – А в чем? – В каком-то поступке – А в каком, Вы не понимали? – Да – Вам хотелось оправдаться? – Нет, я не считал это нужным – Были мысли о том, что Вы какой-то необычный человек? – Нет – Бывало, что Вам казалось, что Вы слышите кого-то, кого не видите? Чей-то голос, чьи-то мысли? – Нет – А ощущение, что Вы находились под чьим-то влиянием? – Вначале было вроде бы что-то там, кто-то по фамилии зовет, таблетки там... – Ну, это сестра зовет – А так, что кто-то как будто Вами управлял, ногами, руками, головой, телом? Было так по началу? – Не было – Вы одновремя лежали и не двигались, долго лежали, почему? – Состояние какое-то такое было – Оцепение какое-то напало? – После уколов – Сны в это время видели? – Нет – В течение последнего времени Вы считаете себя здоровым? – Так более-менее – Чего не хватает до полного здоровья? – Жениться – Давайте женим Вас. На ком? – Не знаю – Найдем кого-то. Вы согласны, если мы Вам найдем жену? – Вообще-то это личное дело – Вы нам не доверяете? – Как-то это не принято – А сейчас у Вас настроение хоро-

шее или плохое, последние дни? – Более или менее – Это Ваше обычное настроение? – Я здесь уравновесился более-менее – Можно сказать, что сейчас у Вас такое же состояние как обычно? – Да, спокойное такое – Вы когда маму последний раз видели? – Вчера – Она часто приходит? – Часто приходит – Каждую неделю? – Каждую неделю – Как она считает, Вам лучше? – Считает лучше – А Вам нравится, когда она приходит? – Ну, как? Сначала радость, а потом проходит время определенное и как-то уже хочется уходить. – То есть она Вас даже раздражает? – Да, вот так, сначала радость, а потом проходит определенное время и хочется уходить самому, то есть уже надоедает все это. – А куда Вы шли в тот вечер, когда Вас привезли в больницу? – С Первомайской я шел по направлению к Щелковской – Зачем? – Домой – А где вы живете? – На Щелковской – А оказались на Байкальской, это почему? – Заблудился – Заблудились? А страха не было тогда? – У меня было такое состояние... – Что это значит? – Плохое настроение – Ну что это, тоска, тревога, что это было? – Плохое настроение было – Тоска была или страх был? – Страха не было – А агрессия была? – Агрессия была – Хотелось кого-нибудь ударить или что? – Нет – Вы на кого-нибудь обижены были тогда? – Да, я шел от друга, на которого был обижен – А почему Вы вдруг рвались в какую-то квартиру? – Я думал это моя квартира – Это что был очень похожий дом? – Да – Это как в кинофильме – Пятиэтажный дом – Значит для полного счастья сейчас не хватает только жениться – Да, мне кажется у меня из-за этого все эти неудачи и в работе...

Вопросы врачей к больному:

– В квартире, куда Вы пытались попасть, Ваша девушка жила? – Да – То есть Вы ломились в дверь девушки? Вы не хотите об этом говорить? А чего Вы боитесь? Мы же врачи – Да, я ломился к девушке, я несколько раз ходил и не получалось ни удовольствия, ни встречи, ничего там не было, не намечалось ничего – А на звонки не отвечали? Телефонные? – Ну звонил несколько раз, но как-то безрезультатно, и я психанул.

– Алкоголь накануне не употребляли? – Нет – Трезвый был? – Трезвый

– С девушкой до декабря встречались? – Давно, я ее знаю на протяжении многих лет, она училась там, некогда ей было – Но Вы с ней до декабря встречались? – Да, до декабря – А после декабря ее даже не видел ни разу? – Ну встречался, ездил, приезжал – А никогда не слышал ее голос? – Нет – А бывало так, что вдруг в тиши ее голос раздается где-нибудь в голове? – Нет – А мог с ней общаться как-нибудь мысленно? – Образно я ее представлял и разговаривал с ней – И за нее отвечал и за себя? – Нет, я не знаю как объяснить

– Скажите, бывали случаи, когда Вы уходили из дома и оставляли дверь незапертой или газ включенными? – Один раз это было в детстве – Нет, недавно, вот мама Ваша рассказывала, что Вы недавно, перед тем, как Вы попали в больницу были рассеянный – Да, бывало, забывал что-то – Что же это на Вас напало? Вы же не очень рассеянный человек? – Когда как – Но Вы помните это? – Было один раз вроде бы – Вы устали сейчас от беседы? – Немножко настроение такое приподнятое – Сейчас у вас приподнятое настроение? – Да, от общения – Вы ведь тех-

никум закончили. Считаете хорошо? Пожалуйста, от 100 отнимайте по семь – Больной медленно считает – Устал? – Не совсем.

– Вы читаете? – Здесь читал литературу, детективы, увлечение было: исторические романы, фантастика, детективы, в основном мне нравились исторические романы – А газеты читаете? – Газеты я уже давно не читаю, мне неинтересно их читать – Совсем? – Я считаю, что там мало правды написано. Мое личное мнение, что там правды нет. Читаешь – читаешь, а там все врут. В книгах больше пользы – А Вы знаете какое событие в стране будет? – Выборы? – Кого выбирать будем? – Даже не знаю, Ельцина наверное. Я считаю, что раз уж им каша была заварена, значит зачем другого? – Кто он такой? Кого мы выбираем? – (Пожимает плечами) Я за Ельцина – Ну должность у него какая? – Даже не знаю, я насчет политики ноль – То есть Вы не знаете, какая у Ельцина должность? – Президент – А премьер-министр у нас кто? – Я этими вопросами вообще не интересуюсь – А война Отечественная когда у нас была? – В 1941 – А когда кончилась? – В 1945 – Значит Вы политикой не интересуетесь, но голосовать за Ельцина будете? – Ну надо все-таки...

– А артистов каких-нибудь знаете? – Знаю – Каких? – Миронов, Леонов, ну все эти звезды – Вы человек молодой, музыку современную знаете? – Да, музыку я люблю – Кого Вы любите? – В основном заграничную эстраду – Назовите хоть один ансамбль – В основном певцов – Ну кто? Известный ансамбль назовите – Советская «Машина времени», «Воскресение», легенды наши... – Ну это «классика», а еще кого? – Хорошую музыку и то, что поднимает настроение

– Голова сейчас болит? – Такое состояние, у меня постоянно здесь неприятное ощущение – Голова сейчас не кружится? – Сейчас нет – Вот Вы немножко какой-то скованный, Вы замечаете это? – Замечаю – Это Ваше обычное состояние или Вам что-то мешает сейчас двигаться? – Я не знаю, не понимаю своего состояния – Но это Ваше обычное состояние? – Я стараюсь прийти в уравновешенное состояние – Как бы Вы сказали – самолет и орел чем отличаются друг от друга? – Самолет это самолет, а орел это птица – А самолет это что? – Самолет – это произведение... люди сделали и построили и оно летает – А орел? – Птица – это из семейства млекопитающих – В чем же их главное отличие? – То что они летают – Это отличие? – Это не отличие, это... – Это сходство. А отличие в чем? – То что это живое существо, а это не живое существо – Молодец – Существительное и ...

– Нет больше вопросов? Отпустим?

– А. П., видите, больница Вам помогла – Да, успокоился немногоДа, – И потом Вы же попали сюда в плохом состоянии – В плохом состоянии – Лечение пошло Вам на пользу. Пока все идет хорошо, постепенно все будет нормально. Вы собираетесь домой? – Собираюсь – Работать будете? – Да, работу надо искать – А что Вы можете делать? Кем Вы работали? – Работал слесарем – Будете искать работу слесаря? – Нет, полегче что-нибудь – Полегче? – Тяжело было работать на этой работе – А что по Вашему более легкая работа? – Где-нибудь сутки через трое что ли – Сторожем? – Даже не знаю, мыслей таких не было. Надо искать – Ну счастливо Вам. – Всего доброго.

– Какие мнения?

Врач-докладчик: я склоняюсь к височной эпилепсии. – Пожалуйста, аргументируйте – Черепномозговые травмы многочисленные, эпизоды потери сознания, амнезированные эпизоды, состояния дисфорий, которые у него отмечаются – Здесь отмечаются? – Нет, но состояние, в котором он находился больше похоже на дисфорию. Изменения личности больше по органическому типу, сугубо конкретное мышление, уплощенность, ригидность. Но я нахожусь в замешательстве. – Да, но Вы его собираетесь выписывать. Вы его обследовали, вылечили и выписываете. Вы его выписываете с диагнозом «Височная эпилепсия»? А припадков-то нет. Эпилепсия все же должна сопровождаться припадками

Обсуждение

Психолог (в истории болезни приводилось краткое заключение психолога, сейчас – выступление с места): в пользу органики мало что есть. Память отсроченная несколько снижена, но вообще память хорошая, истощаемость не выявляется. Когда первый раз я его смотрела, он был практически продуктивному контакту не доступен, это было вскоре после поступления, второй раз – в начале мая – он также был крайне отгорожен, неадекватно улыбался. Тесты на мышление: четвертый лишний, классификация, сравнение понятий и пиктограмма. При классификации, он сразу делит на одушевленные и неодушевленные. Опора на латентные признаки, тенденция к сверхобщению, категориальное мышление на хорошем уровне. Конфабулирование, в пиктограмме на три стимула тема «Девушки». – Это конкретная девушка? – Нет, просто девушка. Рисунок несуществующего животного – он рисовал робота – Девитализация, аутизация, отгороженность, вычурность. Когда стоит вопрос о височной эпилепсии, у меня большие сомнения

– Похоже это кататонно-бредовой статус с элементами застывания или дурашливого возбуждения, когда он что-то воровал. Неадекватная улыбка, дурашливость, когда он сидел и не отвечал на вопросы. Было какое-то кататоническое возбуждение с двигательным беспокойством. – Кататонно-галлюцинаторное, кататонно-бредовое, элементы онейроида – он застыпал. Но это же острое психотическое состояние, далекое от эпилепсии. Преморбид у больного шизоидный. Отдельные циклотимоподобные колебания, своеобразие личности в преморбиде. А начало заболевания можно отнести к последним двум-трем годам, когда нарастала неадекватность поведения, хотя больной во время беседы фактически ничего толком не раскрывает. Какого-то явно шизофренического начала не видно, много таких примитивных высказываний. Впечатление, что он немножко олигофрен с детства, во всяком случае его интеллект далек от соответствия возрасту и полученному образованию. Что касается органических вещей, то конечно имеется небольшая органическая патопластика, но не определяющая и не ведущая в статусе. Тем более что больной великолепно переносит 30 мг галоперидола без корректоров. На ЭЭГ органика диффузная. Очаг есть, но это не очаг пароксизмальной активности, это очаг медленной активности. – Таким образом статус кататонно-бредовой с элементами онейроида. Что стоит за этими двигательными нарушениями, непонятно. Может

быть галлюциноз? Тем более, что он выдает отдельные идеи отношения. После галопериода его состояние – стабилизируется это также доказательство эндогенного характера заболевания.

Врач-докладчик: когда я его спрашивал, почему он не возвращался домой, он говорил, что у него бывают такие состояния, когда он не знает где находится, улицу и свой дом. «Я возвращался и не мог попасть домой», – так он объяснял эти случаи.

– Попробуем все проанализировать. Случай не простой. Поэтому надо начинать с синдрома. А потом смотреть как этот синдром в развитии укладывается в контекст заболевания. Что мы можем сейчас сказать о статусе больного? Кто перед нами сидит? Эпилептик или нет? Что это ригидный обстоятельный больной? Мы его не можем сдвинуть с мертвоточки? – Нет. Вялый, адинамичный, гипомимичный, притом что галоперидол ему не дают уже две недели. Может быть можно считать что у него остаточные явления экстрапирамидной симптоматики? Но в таком случае больной обязательно пожаловался бы на нее. Это один из дифференциальных диагностических признаков. Больной с экстрапирамидной симптоматикой как правило предъявляет на это жалобы. Жалобы на неусидчивость, на скованность, на акинезию (когда он не может двигаться), и тахикинезию, когда он все время должен двигаться. Это всегда воспринимается как мучительный симптом.

Экстрапирамидные расстройства подобного плана, т.е. акинетогипертонический синдром, часто симулируют кататонические нарушения. Нередки диагностические ошибки, когда они принимаются за кататонические расстройства. Но больной не предъявляет этих жалоб. Он говорит, что он несколько скован, но говорит что он всегда такой. Неадекватная оценка своего состояния. Он определяет свое сиюминутное состояние как подъем, ему нравится эта беседа, он якобы ожился, хотя мяллит еле-еле. При этом на лице появляется неадекватная улыбка. Посмотрите, насколько легко он начинает разговаривать на интимные темы. Было ясно, что можно выявить все его интимные переживания, он говорит об этом легко. Обратите внимание, какая двойственность. С одной стороны, он страдает от того, что он замкнутый и не женат. (Он не страдает от того, что он нерешительный, замкнутый и ему надо выпить, чтобы с девушкой познакомиться – То, что сказал бы органик или невротик и мы бы его еще долго «раскачивали», чтобы в этом признался). Он сам говорит, что он запросто знакомится с девушкой, может и на улице познакомиться. Он собой в этом смысле доволен. Он недоволен только одним: он не женат. Если бы он был женат, у него все было бы хорошо, он бы даже в больницу не попал. Т.е. он дает в общем-то нелепое объяснение, почему он здесь находится, своему состоянию. Когда у него спрашивают, считает ли он себя больным, он отвечает – да. А когда у него спрашивают, что бы он хотел для полного счастья, он говорит – чтобы он был женат. И при этом он без тени сомнения и без всякой доли юмора обсуждает с нами вопрос о том, что в принципе его можно было бы здесь женить. Это, конечно, неадекватность.

Его оценка контактов с матерью – единственно близким человеком, конечно, холодная. Он достаточно откровенен в этих вопросах. Если бы он был

органик, эпилептик, с дисфорией, он бы сказал: раздражает она меня, и стал бы рассказывать чем она его раздражает или, наоборот, начал бы тут проповедовать, как надо любить свою маму, был бы угодлив и льстив в ее адрес. А у него такая какая-то бессмысленная оценка своего поведения и отношения к ней: «Сидишь-сидишь, потом хочется уйти». Сразу закрадываются сомнения – а может это акатизия? Такое может быть. Сидишь-сидишь, потом встал, хочется уйти. Но он просидел здесь достаточно долго и не сделал ни одного порыва встать и изменить положение тела. Как сел так и сидел. Это не та акатизия, когда больной не может даже пообедать, съел три ложки и встает, начинает ходить вокруг стола, не может посмотреть телепередачу, мотается из угла в угол в отделении и т.д.. Нет, это просто такая неадекватность. Сидел-сидел, потом порывисто встал и пошел. Импульсивность, если хотите. Интересно, что он сам же об этом и говорит. Не мы наблюдаем это со стороны и отмечаем все эти неадекватные, импульсивные действия, а он сам нам об этом рассказывает.

Оценка своего пребывания здесь. Какое-то безразличное отношение к продолжительности пребывания. Он не беспокоит врача по поводу выписки и даже не интересуется этим. Что это такое? Конечно, эмоциональное снижение. Мы часто спрашиваем о планах на будущее – Это один из дифференциальных диагностических критериев. Какие у него планы? Никаких, совершенно никаких. – Жениться! – Да, это очень интересно, это некая паранойальная идея – женитьба. Она красной нитью проходит через все. Причем это не женитьба на каком-то конкретном человеке, ему по сути уже все равно на ком, его сам факт женитьбы интересует. Это граничит с особыми интересами, с неким паранойальным подтекстом. Относительно других планов – ничего реального.

Создается впечатление, что он немножко дебиловат. Но с другой стороны, человек кончил техникум и не простой, а авиационный, он служил в армии в танковых войсках и был наводчиком орудия в современном танке. Он не в стройбате лопатой махал. Два года такой армии – это лакмусовая бумажка. Дебильность проявилась бы моментально. Сейчас человек, который закончил техникум и отслужил два года в армии, даже не знает, кто такой Ельцин и кто у нас премьер-министр. Он слышал где-то и повторяет, что «раз он начал все это, то пусть и заканчивает», а своего мнения у него нет. Он говорит, что любит современную музыку и не может назвать ни одного современного ансамбля, ни западного, ни отечественного. Т.е. все формально, ничего по существу, ничего конкретного. Страдает он от этого? Ни в коем случае, он считает, что все нормально. Теперь эти пробы на нарушения мышления, по дифференциации двух предметов. Он потом все-таки дошел до сути, назвал главный отличительный признак, но по началу прямо классический вариант расплывчатости мышления: он начал объяснять, что такое самолет, что его сделали люди, что он летает и т.п. В сходстве, правда, он сказал главный признак. В психологическом исследовании достаточно ясно, что мало органических нарушений, больше процессуальных изменений мышления.

Теперь по поводу анамнеза. На что можно обратить внимание? Ранняя патология в родах. Хотя са-

мой асфиксии не было, но задержка в родах была и на этом мама делала акцент. Затем своеобразие развития. Он был замкнутым мальчиком, правда трудно сказать с какого возраста началась болезнь. Это всегда самое главное – найти сдвиг. Когда кончается период преморбиды и начинается болезнь – морбус. Сделать это не всегда легко, особенно если в анамнезе с самого начала сквозит органика и уже с самого начала были какие-то отклонения от нормы. Тем не менее стараться надо. Это может произойти в разные возрастные периоды. Как мы знаем, имеется несколько переходных периодов у ребенка, обусловленных социальными и биологическими факторами. Иногда они совпадают, иногда – нет. В два-три года ребенок начинает общаться более-менее сознательно. Это нагрузка – может проявиться неадекватность. Дальше семь–восемь лет, ребенок идет в школу, на него сразу наваливается нагрузка обучения, и здесь тоже может проявиться сдвиг. Дальше пубертатный криз, где вообще все меняется, происходит полное изменение гормонального статуса, нагрузки в школе – еще больший сдвиг. Искать нужно в этих основных возрастных группах. Трудно сказать, были ли у него здесь какие-то изменения, мы только знаем, что он был замкнут и несколько аутичен. В то же время он говорит, что с девушкиами легко знакомится – Может быть он просто думает, что у него все так хорошо получается. Все было довольно гладко. Он закончил 8 классов, потом перешел в сложный техникум, закончил его и пошел работать на завод и потом в армию, такая гладкая жизненная прямая. Заподозрить, что тогда уже было начало процесса трудно, потому что это обязательно проявилось бы в армии. А вот потом стали происходить какие-то странные вещи. Во-первых, травма, и дальше эти обморочные состояния и т.д. Конечно можно все это трактовать как органику, как ликвородинамические нарушения, тем более что они и в дальнейшем были: он жару плохо переносит, у него обмороки, когда он тяжелое что-то поднимает и т.д. Но вот старые психиатры и, в частности, консультировавшая здесь профессор Каменева, а она была очень опытным диагностом, говорили, что вегетативные нарушения у молодых больных – часто зарница шизофrenии. Сюда как-то поступил один больной с сосудистыми кризами, а потом у него развилась кататония. Вегетативные сдвиги, вегетативные эквиваленты отнюдь не противоречат начальным признакам шизофренического процесса. Дальше появилась неадекватность поведения, сам он, правда, отмечал, что у него были расстройства настроения. Придумать это трудно, то, что с утра всегда плохое настроение. Но тоски он никогда не испытывал, чувство тревоги тоже. Четкие аффективные фазы потом, встраиваясь в структуру синдрома, дают обычно аффективно-бредовое состояние. Здесь больше немотивированность поведения, неадекватность. Затем этот странный эпизод с девицей. Он, наверно, ухаживал за ней, приходил в семью, и все увидели, что он странный человек, стали захлопывать перед ним двери, а девица стала от него отстраняться, он же проявлял невероятную активность. Что это было такое? Почему он иногда говорил, что он забывал, где он находится? Это что, трансы? Нет, непохоже. На расстройства сознания эпилептического генеза это не похоже. А что это может быть? Опухоль по

клинике никак не получается. Головные боли, которые у него есть, больше носят невротический характер, нежели органический – у него травма справа, а болит слева. Какие-то покалывания. Скорее сенестопатии. Эти расстройства сознания по типу загруженности, а не по типу выключения сознания, когда он вдруг оказывался в другом месте города. Странности у него начались в декабре. Был ли это дебют или экзоцербация процесса? Отмечалась кататоническая симптоматика. Какой синдром? Некататонно-онейроидный – это однозначно, не было ни оцепенения, ни зачарованности. Не было соответствующего выхода из этого статуса; не было и сейчас нет полной доступности, которая характерна для онейроидно-кататонического состояния. Это больше характерно для люцидной кататонии с преобладанием двигательных нарушений и плюс какие-то обрывочные несформировавшиеся элементы, может быть галлюцинаторные, может быть идеи отношений. Кстати, удалось с большим трудом выяснить, что идеи отношений у него бывали – такие диффузные, неконкретные, то что мы называем зарницами. Ему казалось в транспорте, что на него поглядывают, подсмеиваются, обсуждают. Здесь тоже называли, вроде бы, его фамилию, но никакой инсценировки, бреда интерметаморфоза не было. Была просто заторможенность и все. Конечно, мы не должны сбрасывать со счетов так наз. терапевтический патоморфоз. Проф. Авруцкий любил произносить фразу: «Психофармакологический анализ состояния». Выдаете больному соответствующие препараты и они «раскладывают» его состояние. Вам становится яснее статус. Здесь то же самое. Пока его лечили сосудистыми и противосудорожными препаратами, особой динамики не было, как только его стали лечить мощными антипсихотическими препаратами – галоперидолом, – мгновенно пошла динамика в положительную сторону. Галоперидол сделал свое дело – это мощный антипсихотик, дофаминоблокатор, можно было бы сочетать его с лепонексом. Лепонекс очень хорош для кататоников. Он тоже дофаминоблокатор, но резко отличается тем, что является пре-синаптическим дофаминоблокатором и действует на иные дофаминергические системы мозга. Отсюда отсутствие у него экстрапирамидных побочных расстройств. Какой прогноз? Скорее пессимистический. Надо будет посмотреть больного в динамике или попросить лечащего врача сообщить нам. Как любили говорить старые психиатры: «Катамнез покажет». Нуждается ли этот больной в дальнейшей терапии? Конечно, нуждается. Надо ли ему сейчас что-то давать? Вы, конечно, можете выписать его без терапии, тем более что он у Вас без нее здесь сейчас удерживается. Но это было бы рискованно. Начните ему давать азалептин или лепонекс, небольшие дозы, на которых можете потом выписать.

Таким образом, диагноз может звучать так: Непрерывно текущая шизофрения на фоне резидуальной органической недостаточности ЦНС сложного генеза (натальная патология, травма), кататонический синдром. За эпилептический психоз нет данных: не было припадков, нет пароксизмальной активности на ЭЭГ. Очаговость представлена только медленной тета-активностью. Заинтересованность срединных структур бывает очень часто у больных шизофренией в период лечения нейролептиками.

ПСИХИАТРИЯ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЯ

ОБРАЗ ЧЕЛОВЕКА И МОЗГ

Н. Н. Николаенко

(Продолжение. Начало в НПЖ, 1996, № 2)

У Ольги Форш в романе «Одеты камнем» герой, от имени которого ведется повествование, вдруг перестает узнавать знакомые лица: «Внезапно я перестал видеть лица. Вместо лиц мне почудились сплошь блины на человеческих лицах. Блин с усами, блин без усов. Ни глаз, ни характеров... У себя дома, в зеркале, ведь я тоже вижу лишь блин» (Форш, 1947). Такие переживания хорошо известны в неврологии как лицевая агнозия. Известно, что неспособность узнавать знакомые лица обусловлена поражением височно-затылочных структур правого полушария. Еще В. М. Бехтерев писал «о первостепенстве» правой «психочувственной» области в создании «собственно конкретных представлений».

Знаменитый Шарко в 1883 году привел следующее наблюдение. Больной, ранее отличавшийся блестящей зрительной памятью, внезапно утратил способность узнавать (и вызывать в памяти) цвета, формы и знакомые лица, похожие на его жену и детей. В присутствии родных ему казалось, что он видит новые черты в их лицах. Однажды он даже ошибочно принял свое собственное зеркальное изображение за чужого человека и попросил извинения за то, что помешал ему пройти. По другому описанию ранее имевшая прекрасную зрительную память больная говорила: « В зеркале я вижу себя совершенно иной, чем привыкла видеть. Я не улавливаю сходства с моим прежним образом, и я не могу понять, что это лицо должно быть моим. Я не могу узнать людей, с которыми встречалась до болезни, но легко узнаю их по тембру голоса». Она пришла к выводу, что «плоды видят больше мозгом, чем глазами; глаз это – только способ увидеть потому, что я вижу все ясно и точно, но часто не могу узнать и не могу понять смысла того, что вижу». (Вилбранд, 1887; цит. по Grusser and Landis, 1991).

Здоровые испытуемые быстрее и успешнее опознают незнакомые лица в левом поле зрения, что также свидетельствует о преимуществе правого полушария в узнавании лиц. Вместе с тем, никто не задавался вопросом, почему в норме, начиная с 5–6-летнего возраста, лица изображаются преимущественно в профиль, ориентированный влево.

Ориентация изображения профиля

В обычном состоянии у наших больных профиль человека изображался ориентированным влево (рис. 1), и лишь изредка – ориентированным вправо. При изображении движущегося человека, троллейбуса «движение» также чаще всего направлено влево (рис. 2).

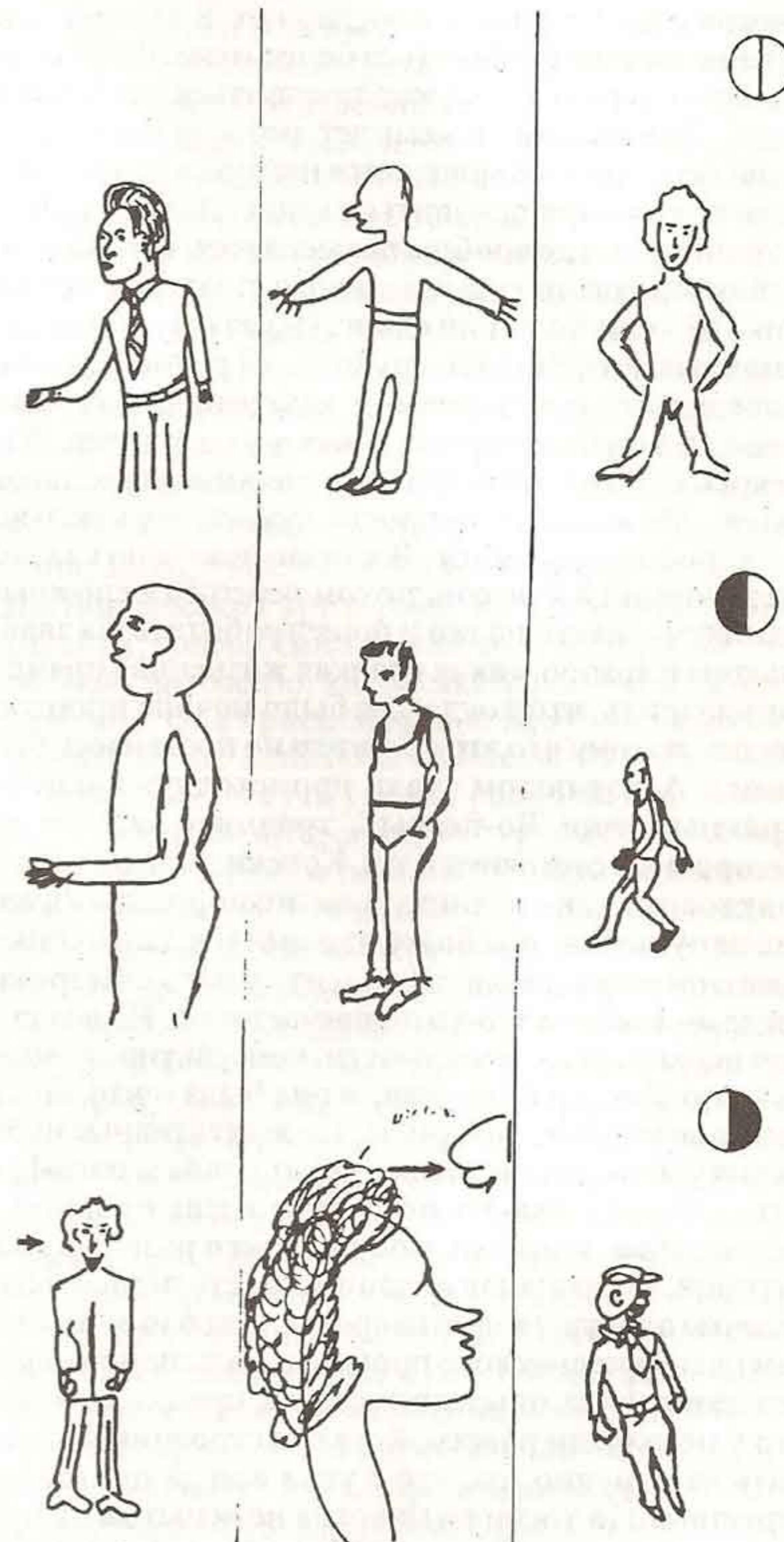


Рис. 1. Рисунки человека больными С-х, Ш-вой и Б-вым. Стрелками показан отказ больных от изображения человека в ориентированный влево профиль.

Правое полушарие сохраняет и даже усиливает такое предпочтение в ориентации и направлении движения.

Наиболее яркие изменения происходят в ситуации преобладания активности левого полушария. Поразительно часто меняется ориентация и направление движения: профили достоверно чаще становятся ориентированными, и движение – направлен-

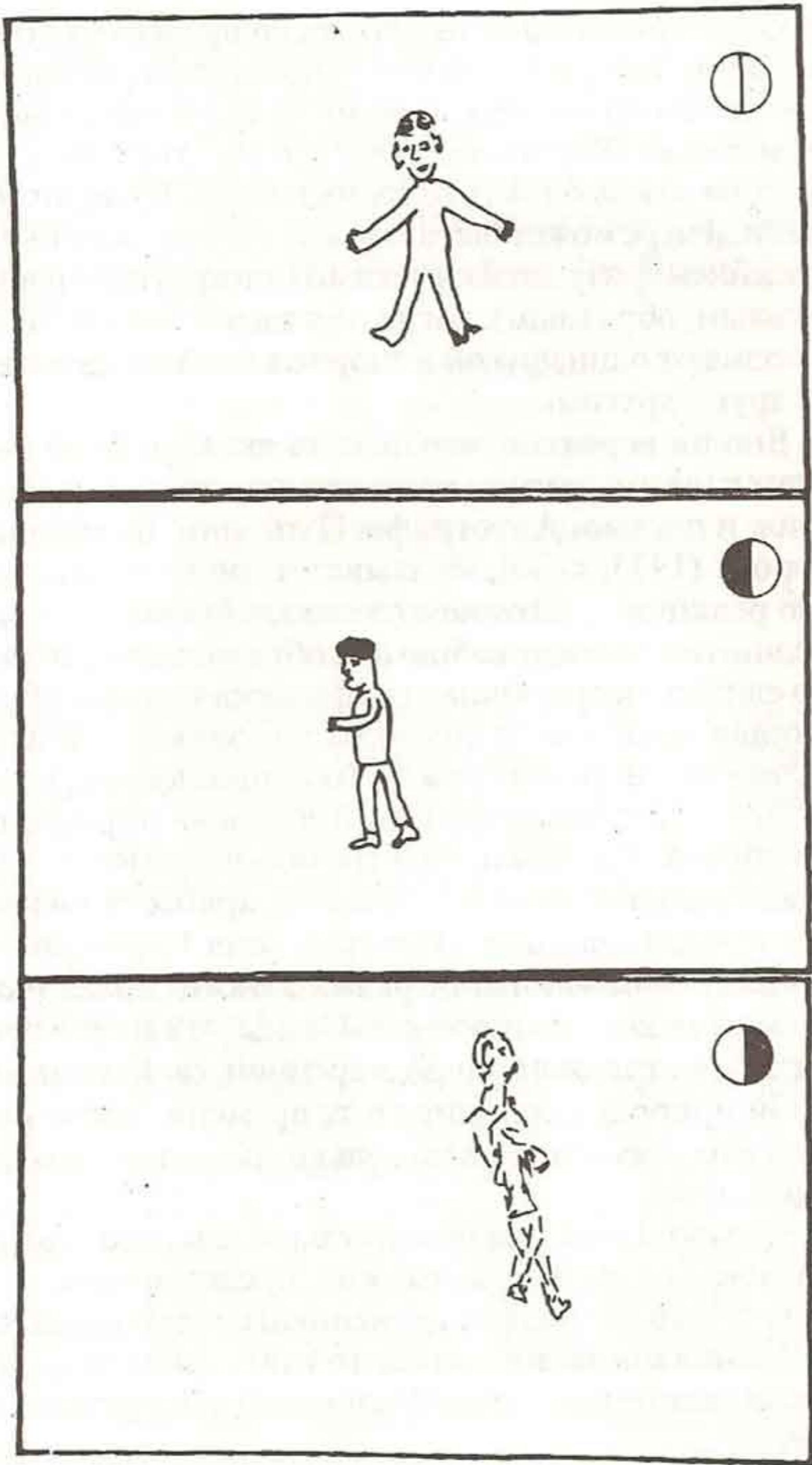


Рис. 2. Рисунки человека больным А-вым.
Рамки – границы листа.

ным вправо. В ряде случаев удается наблюдать, как больные начинают испытывать поразительные трудности при попытке нарисовать профиль, ориентированным влево. В одном случае в процессе рисования больной отказался от изображения человека в профиль, и перешел к фронтальному изображению, превращая незаконченный профиль в изображение прически (рис. 1). В другом случае изображение профиля, ориентированного влево, осталось незаконченным, и больной стал рисовать профиль, ориентированный вправо.

Вместе с тем, привлекает внимание смещение изображений вправо в условиях, когда активно левое полушарие, и смещение изображений влево в условиях, когда активно правое (рис. 2). Это может объясняться тем, что правое полушарие предпочитает левую часть пространства, а левое – правую часть пространства.

Профили Пушкина

Примечательно, что в графике Александра Сергеевича Пушкина явно преобладают профильные изображения. В профильных изображениях великий поэт мог искусно, с удивительной выразительностью передавать индивидуальный взор человека. Напри-

мер, в профиле Баратынского Пушкин выразил взгляд мыслителя. А передача взгляда в портрете, особенно в профильном повороте, особенно в графике, – задача труднейшая.

Более того, бросается в глаза удивительное предпочтение ориентированных влево профилей. Любопытно, что такая ориентация профилей связана с превалированием деятельности правого полушария. Тем интереснее ознакомиться с этой стороной творчества Александра Сергеевича.

Пушкиноведы, анализировавшие автопортреты, подметили, что из полутора тысяч пушкинских рисунков едва ли не половина состоит из портретов и автопортретов. На сегодняшний день известно более ста имен изображенных лиц: родные, друзья, декабристы, женщины, которыми он увлекался (см. Рисунки русских писателей XVII – начала XX века, 1988). «Сотни людских профилей в пушкинских рукописях отражают его великую жадность к людям... Можно сказать, что он прожил жизнь в густой толпе...» (Эфрос, 1945, с. 18). Зрительная память и уверенность руки в этих набросках лиц поразительны. Пушкин мгновенно находил для каждого свою «формулу лица». Повторяя ее (так, например, он рисовал Воронцову около 30 раз), каждый раз он придавал ей новую интонацию. Внешний облик Пушкина мы знаем лучше по его самоизображениям – он рисовал себя свыше пятидесяти раз (Цявловская, 1980) (рис. 3). Верность изображения профиля подтверждается таким объективным свидетельством, как посмертная маска. Пушкин рисовал себя с той особой пристальностью, какая во всем мировом искусстве есть только у одного художника, а в писательской графике – еще у одного поэта. Так писал себя Рембрандт и рисовал Бодлер. Известно, что Пушкин часто прибегал к рисунку как к способу несловесной коммуникации: не застав знакомых дома, оставлял вместо записи свой автопортрет. В автопортрете 1827–1830 гг. «подлинные черты живого пушкинского лица переданы с лаконичной уверенностью и великолепной стремительностью штриха, сообщающей всему рисунку ту вдохновенность, какой нет ни в одном из портретов Пушкина, написанных художниками-профессионалами, – даже в лучшем из них, в портрете, сделанном Тропининым» (Эфрос, 1945).

По мнению Цявловской, рисунки Пушкина, как правило, в точности соответствуют увиденному ранее, и воскрешают образы тех, о ком думал поэт. Время оставляло самое важное, отбирало самое существенное. Автор отмечает, что рисунки Пушкина лаконичны, точны, выразительны и на редкость пластичны. Профили ложились на бумагу уверенно, сразу. Рисунки эти – зрительная фиксация проходящих в сознании поэта образов, порой еще не воплощенных в слове. Рисунки показывают, как пронзительно видел поэт, как явственно возникал перед ним даже иносказательный образ. По-видимому, образ здесь предшествует словесному оформлению мысли. Даже пушкиноведам возникновение некоторых рисунков кажется малопонятным: настолько далеки они от образа, выраженного в слове.

Искусствоведы убеждены, что для пушкинской поэзии характерна величайшая конкретность описания, почти документальность. Пейзаж, описанный



Рис. 3. Два автопортрета А. С. Пушкина (1826 г.). На верхнем – Пушкин до ссылки, на нижнем – после возвращения. «У старшего менее энергично сложены губы, появилась едва обозначенная горькая складка, да глазаглядят резче – это Пушкин, утративший былую отвагу, обретший недоверчивость к людям» (Цяловская, 1980).

в его стихах, можно узнать. В его стихах как бы задается тема для жанрово-пейзажного полотна, которое можно было бы увидеть лет сорок спустя на одной из выставок передвижников: у Пушкина «все как позднее на картинах Перова», по справедливо-му замечанию Н. Л. Степанова (1959).

Исследование соотнесения пушкинской графики с его поэзией привело к мысли о двуединстве природы его творчества. «Как поэт-художник, всегда двуединый в жанре периферийного все-таки для него изобразительного творчества, Пушкин сумел явить миру нечто теоретически, казалось бы, вовсе невозможное – он сумел запечатлеть (подсознательно, впрочем, иначе это вряд ли все же было осуществи-

мо) в материально-конкретных графических образах тайну тайн художника – запечатлеть, зафиксировать самый процесс, механизм художественного мышления» (Керцелли, 1983, с. 6–7). Эти слова наводят на мысль о том, что гениальность Пушкина по крайней мере может быть связана с его двуязычием – владением сразу двумя языками (дискретным и аналоговым, образным), когда оба языка удивительно дополняют один другой и творчески взаимодействуют друг с другом.

Вполне вероятно, что поэтическая графика восходит к пиктограмме, гармонично связывающей рисунок и письмо. Автографы Пушкина, по мнению Эфроса (1933, с. 30), «вызывают чисто эстетическую реакцию... Это не отдельные буквы, условно соединенные между собою для образования слова, – это единая, непрерывная графическая линия, образующая внутри себя символы для звуков... Языки росчерков – источник рождения пушкинского рисунка. Это – мост между графикой его слова и графикой его образа. Росчерки, хвосты заканчиваются арабеской (финалы ряда автографов); арабеска завивается птицей (надпись «Истории села Горюхина»); птицы пронизываются очерками женских ножек (черновое начало стихотворения «Осень») и т.п. Это прием глубоко традиционный, коренной, свойственный самой природе скорописи в те времена, когда она была еще искусством, а не только средством закрепления речи».

Рисунки Пушкина наводят на мысль, что многие графические образы, возможно, представляют:

1) довольно распространенный способ концентрирования внимания, сосредоточенности на зрящей мысли (еще не выраженной словами) и погружения в тему;

2) способ эмоционального отреагирования с переживанием катарсиса, освобождения от власти тягостных мыслей. Александр Блок обронил как-то, что для Пушкина в рисунке важна «какая-то освободительность». Чаще всего Пушкин рисовал в своих черновиках портреты тогда, когда его преследовала какая-то неотвязная мысль об изображаемом. Он словно освобождал, облегчал этим свое сознание;

3) способ параллельного мышления с вытеснением той или иной запретной темы в подсознание;

4) наконец, рисунком проверялось, точно ли выражает найденное им слово высказанную в стихах мысль. Пушкин требовал от себя точных образов.

Например, многочисленные рисунки декабристов позволяют предположить, что на эту запретную тему ему нельзя было писать открыто. Но рисование профилей декабристов давало возможность вытеснить мысли о них. Между тем, эти вытесненные мысли должны были сопровождаться тягостным депрессивным переживанием. Не один раз Пушкин изображал виселицу с пятью казненными мучениками-декабристами. Ради того, чтобы уберечь друзей своих (как он полагал) от правительственные преследований, Пушкин сжег рукопись «Записок» (над которыми трудился год!). В рукописи нашлись зачеркнутые слова об этих «Записках»: «они могли замешать многие имена и может быть умножить число жертв» (Цяловская, 1980, с. 185–186).

Известно, что дважды – в 1817 и в 1820 годах – Пушкин тяжело болел «горячкой», и врачи не отвечали за исход болезни (Цявловский, 1951). Но еще до горячек – в ранней юности – впервые возникли суицидные мысли. Пушкин не скрывал их, хотя и не афишировал: в ненапечатанном при жизни поэта стихотворении «Мое завещание друзьям» (1815 г.) есть такие строчки:

«Хочу я завтра умереть...
И я сойду путем одним
На грустный берег Ахерона.
Простите, милые друзья,
Подайте руку, до свиданья!
И дайте, дайте обещанье,
Когда навек укроюсь я,
Мое исполнить завещанье».

Прощальные чувства, отреагированные в тексте, потеряли власть над ним; иными словами, чувство грусти растворилось в поэтическом слове. В 1819 году в черновом тексте стихотворения, обращенного к сестре выражено тяжелое душевное состояние поэта:

«К чему мне жить? я не рожден для счастья,
Для радостей, для дружбы, для забав...»

И среди черновиков оборванного стихотворения – рисунок пистолета. Пушкин неоднократно и по разным поводам вызывал на дуэли; со многими мирился, и рисунки пистолетов в рукописях 1820–1828-х годов отражали чувства, которые не могли оставить его сразу; рисунки эти были своеобразной разрядкой от взвинченного состояния, сразу после отмены дуэли.

По-существу, это проявления тоскливого настроения, характерного для депрессивных состояний. Родные знали о периодах тоски, овладевавших поэтом каждую весну. «...Я еще более тревожусь о брате, – писал Лев Пушкин П.А. Осиповой в феврале 1825 года. – Приближается весна; это время года располагает его к сильной меланхолии; признаюсь, я во многих отношениях опасаюсь ее последствий». Пушкин и сам об этом сообщал в стихах:

«...я не люблю весны;
Скучна мне оттепель; вонь, грязь – весной я болен;
Кровь бродит; чувства, ум тоскою стеснены».

Напротив:

«И с каждой осенью я расцветаю вновь...
Легко и радостно играет в сердце кровь,
Желания кипят – я снова счастлив, молод,
Я снова жизни полон – таков мой организм
«Осень» (1833)

По нашим наблюдениям, ориентация изображения профиля влево и изображение «движения» влево (обеспечиваемые правым полушарием) могут создать иллюзию приближения, обращенности к зрителю, стремления к контакту, тогда как инверсия профиля вправо и направление движения вправо (обеспечиваемые левым полушарием) – впечатление недоступности, отрешенности, удаленности от зрителя. Так, в картине «Отдых» Илья Репин изобразил спящую в

глубоком кресле жену. Ее склоненная и ориентированная вправо голова безмятежно покоятся на спинке кресла. Рентгенография картины позволила увидеть первый вариант картины, в котором изображение расслабленного свободно полулежащего торса не соответствует лицу бодрствующего человека (Виктурина, 1995). Замеченный художником диссонанс заставляет его изменить ракурс головы (наклон вправо) и положение левой руки. Но и это не удовлетворяет живописца, и во втором варианте изображенная голова еще больше склоняется вправую сторону.

В статье «Слово и образ: левое и правое полушария мозга» на рисунке 5 приведены оборванная на полуслове фраза и рисунок Н. В. Гоголя. Она написана каллиграфическим почерком за три дня до смерти. Ниже ее расположен схематический рисунок – ориентированный вправо профиль, напоминающий профиль Гоголя, выглядывает из поднятого верха экипажа, очень похожего в то же время и на полузакрытую книгу. «К этому рисунку невольно начинаешь подыскивать какое-нибудь слово; что-нибудь вроде «уехать», «исчезнуть» (см.: Рисунки русских писателей, 1988, с. 17). Для нас же симптоматично сочетание «идеальной формы» письма (как отражение специфики речевого левого полушария) с ориентацией профиля вправо (характерной для преобладания активности левого полушария).

Приведем и совершенно другой пример того, как изображение поворота головы вправо создает иллюзию удаленности от зрителя, но уже в силу активного действующего начала – агрессивного поведения. Так, в этюде картины «Утро стрелецкой казни» Василий Суриков изобразил злого на вид, отталкивающего всей своей внешностью, с острыми колючими глазами рыжего стрельца в шапке. Его туловище и голова повернуты вправо. Известно, что натурой ему послужил могильщик Кузьма, бывший, по словам художника, «злым, непокорным типом» (Музей русского искусства в Киеве, 1985).

Известно, что своеобразный эпицентр эмоционального звучания картины (и смысла происходящего) часто располагается художниками в левой половине картины. В таком случае естественно предположить, что рассматривание картины зрителем будет сосредоточено именно на ключевой фигуре в левой части картины. Исследование движений глаз при восприятии картины Репина «Не ждали» показало, что рассматривание всегда начинается с фиксаций взора на лице и фигуре ссыльного (крайняя левая фигура в картине) (Ярбус, 1965). Затем взор пересекал на фигуру матери, и снова возвращается к лицу ссыльного. Такие же движения взгляда проделывает поочередно и с другими фигурами, и каждый раз возвращается к голове ссыльного. Таким образом, ключевая фигура картины – фигура ссыльного – служит как бы и начальной, и конечной точкой фиксации взгляда для того, чтобы «схватить» смысл сцены, осознать эмоциональные отношения между ключевой фигурой и другими фигурами. Иначе говоря, замысел (сообщение) художника « прочитывается » зрителем (получателем сообщения), начиная с помещенного в левой части картины

психологически «важного» и «центрального», без понимания которого утрачивается смысл изображенного.

По данным психологов (Adair, Bartley, 1958; Bartley, Dehard, 1960), объекты, представленные на картине слева, кажутся находящимися ближе к нам, и возникает ощущение, что они имеют наибольшее значение. Люди, представленные здесь, относятся к

«нашей стороне» в противоположность людям, изображенными справа. Лицо, стоящее на левом переднем плане, вызывает ощущение идентичности с нами самими. Таким образом, эмоциональные эффекты могут объясняться местонахождением точки видения зрителя в левом переднем плане пространства картины, и по нашему мнению, за счет превалирования в норме «правополушарного» восприятия.

ЛИТЕРАТУРА:

Adair H. S., Bartley S. H. Nearness as a function of lateral orientation in pictures. *Perceptual and Motor Skills*, 1958, v. 8, p. 135–141.

Bartley S. H., Dehard D. C. Phenomenal distance in scenes with independent manipulation of major and minor items. *Journal of Psychology*, 1960, v. 50, p. 315–322.

Викторина М. П. Неизвестное о хорошо известном. Наука в России, 1995, № 4 (88), с. 59–88.

Grusser O-J. and Landis T. Visual agnosias and other disturbances of visual perception and cognition. In Handbook: Vision and visual dysfunction. v. 12. Macmillan Press, 1991.

Керцелли Л. Мир Пушкина в его рисунках. 1820-е годы. М., 1983.

Пушкин А. С. в воспоминаниях современников. В 2-х т. М., 1974.

Рисунки русских писателей XVII – начала XX века. Альбом. Автор-составитель Р. Дуганов. М., Советская Россия, 1988.

Степанов Н.Л. Лирика Пушкина. Очерки и этюды. М., Советский писатель, 1959, с. 65.

Форш Ольга. Одеты камнем. М., Советский писатель. 1947.

Цявловская Т. Г. Рисунки Пушкина. М., Искусство, 1980, 448 с.

Цявловский М. А. Летопись жизни и творчества А. С. Пушкина, т. 1. М., 1951, с. 147.

Эфрос А. Рисунки поэта. 2-е изд. М., 1933, с.

Эфрос А. Автопортреты Пушкина. М., 1945.

Ярбус А. Роль движений глаз в процессе зрения,, М., Наука, 1985.

НЕЙРОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ: СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПСИХОНЕЙРОФАРМАКОЛОГИИ

Б. И. Бенькович

Светлой памяти дорогих родителей,
посвятивших себя беззаветному служению медицинской науке.

Проблема сравнительного изучения клинико-фармакологических аспектов нейротропного действия основных групп психофармакологических препаратов, основанного на системном подходе, до настоящего времени практически не разработана. Анализ литературных данных и многолетний опыт свидетельствуют о том, что в большинстве клинических психофармакологических исследований, основное внимание уделяется глобальной оценке терапевтической эффективности психофармакологических препаратов и не проводится комплексный дифференцированный динамический анализ их влияния на интегративные клинико-физиологические параметры нервной системы. В некоторых исследованиях представлена лишь фрагментарная оценка воздействия психотропных препаратов на нервную систему, однако, эти работы не базируются на использовании комплексного подхода, в них не оценивается исходное состояние больных до назначения психофармакотерапии и они не носят динамического характера.

Между тем, сложность и неоднозначность механизмов действия психофармакологических препаратов, отсутствие законченного представления об их воздействии на процессы, лежащие в основе интегративной деятельности мозга, обосновывают своевременность разработки комплексного дифференцированного динамического подхода не только к оценке собственно психотропного действия, но и к углубленному изучению влияния этих препаратов на базисные характеристики нервной системы, участвующей в формировании биологической «базы» их собственно психотропного эффекта. Динамика интегративных параметров соматоневрологического, вегетативного статусов и тесно сопряженных с ними в функциональном отношении характеристик психофизиологического состояния больных, наблюдаемая на фоне приема психофармакологических препаратов, формирует наиболее адекватную «модель» для углубленного целенаправленного изучения их нейротропного действия в клинических условиях.

Целесообразность изучения особенностей нейротропного действия психофармакологических препаратов обосновывается и тем, что позволяет приблизиться к уточнению физиологических механизмов, лежащих в основе развивающегося под действием препарата терапевтического эффекта, т.е. оценить его влияние на сложную гетерогенную иерархическую организованную систему механизмов гомеостаза, поддерживающую существенные физиологические переменные в оптимальных условиях и обеспечивающую совокупность функциональных ресурсов адаптации.

Задачей настоящего исследования явилось целенаправленное, комплексное динамическое многоуровневое изучение особенностей влияния основных групп психофармакологических препаратов (транквилизаторы, антидепрессанты, психостимуляторы и препараты метаболического типа действия), наиболее широко применяемых в клинической практике, на интегративные клинико-физиологические параметры нервной системы у больных с невротическими расстройствами. Комплексный и многоуровневый характер исследования обеспечивался одновременным использованием методов неврологического, нейровегетологического, клинико-психопатологического и психофизиологического анализа, а динамичность 8-этапной оценкой изучаемых параметров: до начала терапии (фоновые исследования), на фоне приема плацебо (через 1 час), однократной разовой дозы (спустя 1–3–5 часов) и в процессе курсовой терапии (2–7–14 дней). На каждом из этапов на больного заполнялись специально разработанные динамические карты соматоневрологического и нейровегетологического исследования. Одновременно в целях дополнительной объективизации регистрируемых изменений и формирования более широкого подхода к анализу физиологических механизмов, лежащих в основе формирования нейротропных эффектов психофармакологических препаратов, психофизиологическое состояние больных оценивалось с использованием компьютеризированных диагностических систем для изучения функционального состояния ЦНС – «VTS», ПФК-01 и ТХРМ-1. В основу применяемого комплекса методов была положена единая методология, базирующаяся на специально разработанном (7, 10) унифицированном подходе к оценке действия психофармакологических препаратов на нервную систему. Было обследовано 512 больных с невротическими расстройствами. В исследование включались больные с типичными проявлениями невротических расстройств, не получавшие в течение 7–10 дней, предшествовавших назначению психофармакотерапии, других медикаментозных средств, а в процессе исследования получавшие только один психотропный препарат. У больных исключалось наличие сопутствующей соматической и особенно неврологической патологии, чтобы можно было от дифференцировать достоверность динамики «вызванной» действием препарата, неврологической феноменологии от «движения» неврологических феноменов резидуально-органического генеза, имевшихся у больных к началу психофармакотерапии, т.е. чтобы можно было определить удельный вес конкретного психофармакологического воздействия

в генезе выявленной неврологической симптоматики. Все больные относились к одной возрастной группе (от 20 до 45 лет), что позволяло исключить влияние возрастного фактора на получаемые результаты. Поскольку основной целью исследования являлось выявление характера и «глубины» нейротропного действия психофармакологических препаратов, группы больных в среднем по 30 человек формировались по принципу назначаемого препарата.

Задача настоящего исследования предопределяет целесообразность посистемного дифференцированного изложения особенностей влияния транквилизаторов (феназепам – разовая доза – 1–2 мг, суточная – 2–4 мг; диазепам – раз. доза – 5–10 мг, сут. – 20–40 мг; медазепам – раз. доза – 20 мг, сут. – 50 мг; лоразепам – раз. доза – 1 мг, сут. – 2 мг; альпразолам – раз. доза 0,5 мг, сут. – 1,5 мг; мебикар – раз. доза – 600 мг, сут. – 3000 мг), антидепрессантов (амитриптилин – раз. доза – 25–50 мг, сут. – 50–75 мг; пиразидол – раз. доза – 25–50 мг, сут. – 50–75 мг; бефол – раз. доза – 40 мг, сут. – 60–80 мг), психостимуляторов и препаратов нейрометаболического типа действия (сиднокарб – раз. доза – 5 мг, сут. – 10 мг; бемитил – раз. доза – 500 мг, сут. – 500–750 мг; энцефабол – раз. доза – 200 мг, сут. – 400 мг; пирацетам – раз. доза – 800 мг, сут. – 2400 мг) на все основные системы неврологического статуса больных (черепная иннервация, двигательная, координаторная, сенсорная и рефлекторная системы).

Психофармакологические препараты и черепная иннервация

В ряде исследований по клинической психофармакологии, представленных в отечественной и зарубежной литературе, встречается фрагментарная информация о влиянии некоторых психотропных препаратов на функциональные характеристики черепных нервов. Сообщается (9, 11, 17, 27–29, 35, 37, 39) о возникновении на фоне приема бензодиазепиновых транквилизаторов симптомов гипосмии, снижения роговидного рефлекса, нарушения конвергенции и скорости движения глазных яблок, сходящегося и расходящегося косоглазия, нистагма, птоза, миоза, спазма и пареза аккомодации и пр. Рядом авторов (11, 25, 28, 39) описано возникновение симптомов нарушения обоняния, миоза со спазмом аккомодации, мидриаза с парезом аккомодации, диплопии и пр. на фоне приема трициклических антидепрессантов. В других исследованиях (1, 2, 11, 21) сообщается о появлении симптомов мидриаза с парезом аккомодации, сужения полей зрения, нарушения цветовосприятия и снижения остроты зрения при действии антидепрессантов ингибиторов моноаминооксидазы (МАО). Что же касается психостимуляторов и препаратов метаболического типа действия, то в специальной литературе практически отсутствуют данные, касающиеся оценки влияния этих препаратов на функциональные характеристики черепных нервов. Следует отметить, что представленная в литературе немногочисленная и разрозненная информация о изменениях в системе черепной иннервации на фоне приема психофармакологических препаратов носит, как правило, фрагментарный, второстепен-

ный характер и не увязывается с изложением основного материала. Авторы, ограничиваясь лишь констатацией фактов, не соотносят их с методикой терапии, характеристиками ее предшествующих курсов и, к сожалению, нигде не исключают наличие у больных неврологической феноменологии резидуально-органического генеза, что не позволяет судить о «вызванном» характере выявляемой симптоматики.

Анализ полученных нами в последние годы данных о влиянии транквилизаторов на черепную иннервацию без признаков ее резидуально-органической «заинтересованности» позволил выявить 2 основных типа изменений. Качественная направленность этих изменений совпадает на фоне действия разовой дозы и в процессе курсовой терапии, отличающейся более выраженным количественными проявлениями анализируемых эффектов и более широким спектром функциональной вовлеченности изучаемых характеристик. На фоне приема лоразепама (52,28 % больных) и больших доз феназепама (58,20 % больных) регистрировались симптомы, свидетельствующие о негативном характере изменений со стороны функциональных характеристик I–IX пар черепных нервов (гипосмия, астенопсия, легкая дисхроматопсия, мидриаз с парезом аккомодации, диплопия, снижение зрачковых реакций на свет, нарушение конвергенции, снижение скорости движения глазных яблок, гипостезия в зонах иннервации I, II и III ветвей V пары, сочетающаяся со снижением корнеальных, конъюнктивальных и мандибулярных рефлексов, нарушение вкусовых характеристик по типу гипогейзии, горизонтальный нистагм, легкое снижение глоточного рефлекса). Наиболее выраженные оказывались изменения со стороны I, II, VIII и IX пар черепных нервов. На фоне приема лоразепама чаще регистрировались симптомы миоза со спазмом аккомодации, а под действием больших доз диазепама не определялось признаков функциональной «заинтересованности» V и IX пар черепных нервов. Прием мебикара (63,80 % больных), малых доз феназепама (57,20 % больных) и диазепама (43 % больных), напротив, приводил к возникновению сдвигов диаметрально противоположной функциональной направленности в сфере обоняния (гиперсмия), зрения (фотопсии, повышение зрачковых содружественных реакций) и вкуса (гипергейзия). Терапия мебазепамом и альпразоламом не сопровождалась достоверной динамикой в ряду изучаемых показателей. Достоверность изменений функциональных характеристик черепных нервов подтверждалась синхронностью отмечаемой динамики, а также равномерностью вовлеченности показателей, отражающих функциональную активность не только отдельных пар черепных нервов (V пара – гипестезия и гипорефлексия), но и их полифункциональных групп (III, IV, VI пары), причем максимум изменений отмечался на фоне приема лоразепама и больших доз феназепама. Быстрее всего нормализовывались функциональные характеристики V, VII – IX пар, что, вероятно, объясняется более быстрым завершением сложных адаптационных перестроек, вызванных препаратом через посредство неспецифических структур мозга в нуклеарных структурах ствола и

основания мозга и супрануклеарных образованиях полушарий. Таким образом, речь идет об изменениях функциональной активности черепных нервов по типу торможения (лоразепам, большие дозы феназепама и диазепама) и локальной активации (мебикар, малые дозы феназепама и диазепама).

Анализ данных о влиянии антидепрессантов на функциональные характеристики черепных нервов также свидетельствует о наличии 2-х типов изменений. Под действием больших доз амитриптилина (57,25 % больных) и, в меньшей степени, малых доз амитриптилина (44 % больных) и пиразидола (48 % больных) определялась стадийность в проявлении анализируемого нейротропного эффекта (последовательная смена тормозящего и активирующего действия), подтверждаемая динамической оценкой. Вначале (через 1 час после приема разовой дозы и на 2-й день курсовой терапии) регистрировались симптомы, свидетельствующие об одностороннем снижении функциональной активности I–IX пар черепных нервов (гипосмия, паросмия, астенопсия, легкая дисхроматопсия, мидриаз с парезом аккомодации, диплопия, снижение реакции зрачков на свет, нарушение конвергенции, снижение скорости движения глазных яблок, элементы гипестезии в зонах иннервации I, II и III ветвей V пары в сочетании со снижением корнеальных, конъюнктивальных и мандибулярных рефлексов, гипогейзия, легкий горизонтальный нистагм, легкое снижение глоточного рефлекса). В последующем (через 3 часа после приема разовой дозы и на 7 день терапии) направленность регистрируемых сдвигов достоверно изменилась на противоположную, что особенно четко прослеживалось в динамике функциональных характеристик, отражающих анализаторные функции (гиперсмия, фотопсии, гипергейзия и пр.). Это сопровождалось достоверным снижением представленности негативных изменений со стороны III, IV и VI пар черепных нервов и нормализацией показателей, отражающих функциональную активность V, VII–IX пар. На фоне приема бефола (75,88 % больных) и больших доз пиразидола (77,33 % больных) определялась достоверная тенденция, характеризующаяся своеобразной качественной диссоциацией, что проявлялось сочетанием гипо- и гиперфункциональных изменений. Активационные сдвиги проявлялись по типу гиперсмии, фотопсии, гипергейзии и пр. Наряду с этим исчезали симптомы негативной функциональной вовлеченности V, VII и IX пар черепных нервов, а качественное своеобразие «заинтересованности» III, IV и VI пар под действием бефола характеризовалось появлением симптомов миоза со спазмом аккомодации. Максимум изменений регистрировался на начальных этапах терапии амитриптилином и бефолом.

На фоне приема психостимуляторов и препаратов нейрометаболического типа действия регистрировались симптомы, свидетельствующие об активационных изменениях, затрагивающих функциональные характеристики I, II и VII пар черепных нервов (гиперсмия, фотопсии, повышение зрачковой реакции, гипергейзия), причем под действием сиднокарба эти симптомы определялись у 70,40 % больных, бемитила – у 62,83 % больных и энцефабола – у

45,33% больных. На фоне приема сиднокарба, в отличие от других препаратов этой группы, у 82,34% больных регистрировались симптомы оптико-кинетического нистагма, свидетельствующие о функциональной вовлеченности VIII пары черепных нервов. Прием пирацетама (34% больных) не сопровождался изменениями со стороны VII пары черепных нервов. Нейротропные эффекты разовой дозы этих препаратов проявлялись в разные сроки (сиднокарб и бемитил – через 1 час, а энцефабол и пирацетам – соответственно спустя 3 и 5 часов после приема), что, вероятно, связано с особенностями их фармакодинамики и фармакокинетики. Максимум изменений и наиболее выраженная реакция последствия отмечались под действием сиднокарба, наименее выраженные оказывались описываемые изменения на фоне приема пирацетама. Нормализация выявленных отклонений у больных, принимавших энцефабол и пирацетам, завершалась на протяжении 2–7 дней, а под действием сиднокарба и бемитила – 7–14 дней курсовой терапии.

Объективный характер выявляемых на фоне приема психофармакологических препаратов, изменений в системе черепной иннервации подтверждался соответствующей по направленности динамикой психофизиологических характеристик, функционально сопряженных с анализируемыми неврологическими показателями. Так, симптомы рефракционно-аккомодационного синдрома, регистрируемые под действием транквилизаторов (лоразепам, большие дозы феназепама и диазепама) и антидепрессантов (амитриптилин) сочетались с отмечаемым у этих же больных снижением функциональной активности систем зрительно-моторной координации и функциональной подвижности зрительного анализатора. Это, вероятно, находит свое объяснение в общности физиологических механизмов, лежащих в основе формирования анализируемой неврологической и психофизиологической феноменологии, в частности, за счет возникающей под влиянием этих препаратов дисфункции стволовых структур, регулирующих иннервацию прямых и поперечно-полосатых мышц глаза, зрачка и мышц, участвующих в организации содружественных движений глазных яблок (ядра III, IV и VI пар черепных нервов, система заднего продольного пучка). Следует подчеркнуть, что кардиальная роль в реализации этих механизмов принадлежит, вероятно, нервным волокнам, берущим начало в ядре Якубовича-Эдингера-Вестфalia, локализованном в покрышке среднего мозга, и проходящим в стволе глазодвигательного нерва через ресничный ганглий к сфинктеру зрачка и аккомодационной ресничной мышце, играющей важнейшую роль в осуществлении механизмов аккомодации и конвергенции, а также в значительной степени определяющей способность зрительного анализатора к ближнему видению. На фоне приема лоразепама, больших доз феназепама, диазепама и амитриптилина, вероятно, изменяется и функциональная активность сфинктера зрачка и аккомодационной мышцы глаза, вследствие чего меняются характеристики раздражения сетчатки и пропускной способности глаза, что проявляется возникновением соответствующих сдвигов в системах зрительно-

моторной координации и функциональной подвижности зрительного анализатора. При этом вестибулярная аfferентация, проявляющаяся симптомами горизонтального нистагма, оказывает четко организованное и дифференцированное влияние на нервные образования глазодвигательной системы, модулирующей деятельность зрительного анализатора. Возможно эта аfferентация осуществляется через посредство стволовой зоны ретикулярной формации в ретикулярную формуцию среднего мозга, а оттуда к соответствующим зрительным структурам. Правомерность этих гипотетических суждений основывается на наличии прямых анатомо-физиологических связей восходящей ретикулярной формации с вестибулярными и зрительными системами, причем интенсивность этих взаимосвязей может быть подтверждена значительным изменениям на фоне действия исследуемых психофармакологических препаратов, поскольку ретикулярная формация является одной из т.н. «зон соприкосновения» ЦНС с их активными метаболитами.

Отмечаемая под действием транквилизаторов (мебикар, малые дозы феназепама, диазепама), антидепрессантов (пиразидол, бефол) психостимуляторов и препаратов нейрометаболического типа действия (сиднокарб, бемитил, энцефабол, пирацетам) локальная стимуляция функциональной активности анализаторных систем, находит свое подтверждение в синхронной оптимизации характеристик сенсомоторного реагирования и функциональной подвижности зрительного анализатора. Связано это, вероятно, с воздействием исследуемых препаратов на т.н. аfferентную неспецифическую систему мозга, повышением ее возбудимости и последующим усиливением восходящих активирующих влияний со стороны составляющих ее структур.

Психофармакологические препараты и двигательные функции

В ряде исследований по клинической психофармакологии (1, 2, 5, 6, 12, 18, 22, 26, 30) сообщается о возникновении на фоне приема транквилизаторов отдельных проявлений миастенического симптомокомплекса, однако, приводимая информация опирается, как правило, лишь на данные о субъективной самооценке этих симптомов больными. Между тем, накопленный нами опыт неоспоримо свидетельствует о том, что миастенический симптомокомплекс является одним из наиболее кардинальных объективных феноменов, определяющих нейротропное действие транквилизаторов. Литературные данные о влиянии антидепрессантов на двигательную систему весьма противоречивы. Сообщается о возникновении на фоне приема трициклических антидепрессантов как симптомов мышечной гипертонии и пароксизмальной дискинезии (1, 13), так и явлений миорелаксации, парадоксальной акинезии и поздней дискинезии оральной мускулатуры (26, 40). Однако, ни в одном из исследований не проводится дифференцированного динамического клинико-фармакологического анализа выявленных феноменов. Что же касается психостимуляторов и препаратов нейрометаболического типа действия, то в литературе

встречаются лишь отдельные, основанные на субъективной оценке симптомов, фрагментарные указания о изменениях на фоне приема этих препаратов характеристик мышечного тонуса.

Анализ проведенных нами клинико-фармакологических исследований свидетельствует о том, что под действием лоразепама (97,24 % больных), больших доз феназепама (98,46 % больных) и диазепама (88,72 % больных) регистрировались признаки выраженного миастенического симптомокомплекса (снижение объема активных движений, силы, тонуса мышц, активного противодействия статическому усилию, более выраженные в нижних конечностях, ухудшение показателей пробы Барре, снижение амплитуды движений кисти в лучезапястном суставе и одиночного потенциала действия мышц в среднем на 10–20 %, появление феномена посттетанического облегчения, дрожащий почерк, брадилалия, элементы дизартрии). Миастенические реакции разной степени выраженности определялись на фоне действия разовой дозы и в процессе курсовой терапии. Следует отметить, что длительный прием этих транквилизаторов характеризовался более широким спектром регистрируемых расстройств и их более выражеными количественными проявлениями, причем максимум изменений определялся, как правило, на 2-й – 3-й дни терапии. На начальных этапах курсовой терапии мебикаром (56,82 % больных) и малыми дозами феназепама (42,14 % больных) выявлялись нестойкие проявления экстрапирамидной мышечной регидности. Прием альпразолама, медазепама и малых доз диазепама не сопровождался возникновением достоверных признаков вовлеченностии функциональных характеристик двигательной системы.

На фоне приема антидепрессантов функциональная вовлеченность двигательной системы проявлялась двумя типами изменений. Прием больших доз амитриптилина (69,43 % больных) характеризовался стадийностью в проявлении анализируемого эффекта, подтверждаемой данными динамической оценки. Начальные негативные изменения в мышечной системе, регистрируемые через 1 час после приема разовой дозы и на 2-й день курсовой терапии (снижение объема активных движений, силы, тонуса мышц, активного противодействия статическому усилию, снижение показателей пробы Барре, ограничение движений кисти в лучезапястном суставе, дрожащий почерк, брадилалия) сменялись через 3 часа после приема разовой дозы и на 7-й день терапии диаметрально противоположной направленностью изменений мышечного тонуса по типу легкой экстрапирамидной мышечной регидности и исчезновением других гипофункциональных изменений в двигательной системе. Под действием бефола (85,38 % больных) и больших доз пиразидола (76,33 % больных) регистрировались только симптомы легкой экстрапирамидной мышечной регидности. Прием малых доз амитриптилина и пиразидола не вызывал достоверных изменений в двигательной системе.

Полученные данные свидетельствуют о том, что на фоне приема психостимуляторов и препаратов нейрометаболического типа действия из всего спектра анализируемых показателей динамическим преобразованиям подвергались лишь функциональные

характеристики мышечного тонуса (легкие симптомы экстрапирамидной мышечной регидности). Наиболее выраженными оказывались эти изменения под действием сиднокарба (89,33 % больных) и бемитила (78,12 % больных) на 2-й день курсовой терапии. Нормализация выявленных нарушений завершалась к 7-му дню терапии. Эффекты разового и курсового приема регистрировались лишь под действием сиднокарба.

Следует отметить, что регистрируемые под действием психофармакологических препаратов изменения со стороны двигательной системы никогда не характеризовались признаками локальности, а отличались плавным и равномерным распределением по мышечным группам. Объективность выявляемых изменений подтверждалась синхронной односторонней динамикой психофизиологических характеристик сенсомоторного реагирования, что, вероятно, находит свое объяснение в общности физиологических механизмов, лежащих в основе формирования анализируемой неврологической и психофизиологической феноменологии. На фоне приема исследуемых препаратов, вероятно, значимо меняется физиологическая организация структур ретикулярной формации, что способствует изменению характера (снижение, повышение) ее неспецифических восходящих активирующих влияний, находящихся под модулирующим воздействием диффузной таламокортикальной проекционной системы. Психостимуляторы и препараты метаболического типа действия в свою очередь оказывают в разной степени выраженные активирующие воздействия на адренергические структуры скелетных мышц, способствующие увеличению тонуса быстрых и уменьшению тонуса медленных мышечных волокон, участвующих в нервно-мышечной передаче, а также усиливающие восходящие дофамин- и адренергические влияния, расширяющие поля проприоцептивного восприятия и повышающие уровень проприоцептивной аfferентации из поперечно-полосатых мышц.

Психофармакологические препараты и координаторная функция

В исследованиях ряда отечественных и зарубежных авторов (1,5, 13, 19, 21, 31, 34, 36) приводятся указания о возникновении на фоне приема бенздиазепиновых транквилизаторов и трициклических антидепрессантов явлений атаксии и трепора, однако, авторы ограничиваются лишь констатацией фактов и не проводят дифференцированного клинико-фармакологического анализа ни характера выявляемых нарушений, ни их генеза.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что под действием лоразепама (85,24 % больных), больших доз феназепама (88,16 % больных) и диазепама (63,49 % больных) у больных выявлялись симптомы статодинамических координаторных нарушений, часто сочетающиеся с изменениями походки по типу легкой ретро- и латеропульсии (статическая атаксия) и пропульсии (динамическая атаксия). Характеристики динамической атаксии более отчетливо проявлялись в процессе курсовой терапии.

На фоне приема больших доз амитриптилина (82,39 % больных) и пиразидола (64,98 % больных) у больных регистрировались умеренные статокинематические нарушения с преходящим изменением походки по типу ретро- и латеропульсии.

Прием медазепама, альпразолама, бефола, малых доз феназепама, диазепама, амитриптилина и пиразидола не вызывал достоверно значимых макроординаторных нарушений.

Поскольку регистрируемые статокинематические нарушения всегда сопровождались снижением опорного мышечного тонуса (преимущественно в нижних конечностях), постуральных и статических реакций, замедлением реакций равновесия, успешно купировались антидотами миорелаксирующего действия и никогда не сопровождались проявлением классических клинических вариантов атаксий, не возникало потребности в градации их патогенеза.

Объективность выявляемой феноменологии подтверждалась синхронной односторонней динамикой психофизиологических характеристик макроординации (статическая и динамическая триметрия).

Проведенные исследования свидетельствуют о том, что на фоне как однократного, так и курсового приема сиднокарба, бемитила, энцефабола и пиразетама не выявлялась дефицитарная неврологическая симптоматика, указывающая на возникновение достоверно значимых макроординаторных нарушений. Однако, у этих же больных регистрировались в разной степени выраженные макроординаторные нарушения, выявляемые методами статической и динамической триметрии, наиболее выраженные на фоне приема сиднокарба. Установлено, что достоверный рост трепора устойчиво коррелирует ($r=0,62$) у этих больных с усилением симпатикотонических реакций в вегетативном статусе. Выявленная корреляционная связь, во-первых, позволяет рассматривать регистрируемый симптом макроординаторных нарушений в качестве диагностического признака, патогномоничного нарастающей симпатикотонии, а, во-вторых, исходя из этого, более оптимально решать вопросы, связанные с тактикой индивидуального подбора препаратов этой группы больным с резидуально-органической неполнотностью экстрапирамидной системы.

В основе функционально содружественных макро- и макроординаторных изменений, вероятно, лежат общие физиологические механизмы, затрагивающие, главным образом, систему, регулирующую постоянство мышечного тонуса через посредство проприоцептивной афферентации по типу кольцевой обратной связи.

Психофармакологические препараты и сенсорная система

В литературе практически отсутствуют исследования, посвященные анализу изменений чувствительности на фоне приема психофармакологических препаратов, за исключением отдельных указаний (13,39) на возникновение симптомов парастезии под действиемベンздиазепиновых транквилизаторов и трициклических антидепрессантов.

Выявлено 2 типа изменений чувствительности под действием транквилизаторов. На фоне приема лор-

зепама (78,26 % больных), больших доз феназепама (80,24 % больных) и диазепама (55 % больных) регистрировались симптомы гипестезии поверхностных (тактильная, болевая, температурная) форм чувствительности. Клинические проявления снижения порога глубоких форм чувствительности (мышечно-суставная, вибрационная, чувство давления, чувство локализации, двухмерно-пространственное чувство, стереогноз) выявлялись только под действием лоразепама (46,23 % больных) и больших доз феназепама (41,22 % больных). Терапия мебикаром (71,61 % больных), малыми дозами феназепама (59,33 % больных) и частично диазепама, напротив, характеризовалась возникновением сенсорных изменений диаметрально противоположной направленности, затрагивающих только систему поверхностной чувствительности и проявляющихся по типу тактильной, болевой и температурной гиперестезии. Характеристики поверхностной чувствительности оказывались более динамичными. Параллельные изменения чувствительности (поверхностной и глубокой) по типу «сцепления» отмечались только на фоне приема лоразепама и больших доз феназепама, что, вероятно, связано с глубиной фармакологического действия их активных метаболитов. Под действием этих транквилизаторов в 2 раза сокращалось ($p<0,01$) время реакции сенсорного угасания и достоверно снижался порог чувствительности в болевых точках Бирбрайера. На начальных этапах курсовой терапии лоразепамом, мебикаром, большими дозами феназепама и диазепама у больных регистрировались зоны гиперестезии Захарьина-Геда (пищевод, желудок, кишечник, печень, желчный пузырь, почки, мочеточники и мочевой пузырь), позволяющие судить о их соматотропном действии и исчезающие на протяжении последующих 7–14 дней терапии, что связано, вероятно, с системой сложных соматовисцеральных адаптационных перестроек. Прием альпразолама и медазепама не сопровождался развитием достоверных сенсорных нарушений.

На фоне приема антидепрессантов также выявлено 2 типа изменений сенсорной симптоматики. Для сенсорного эффекта больших доз амитриптилина (66,23 % больных) характерна цикличность – последовательное чередование феноменов гипо- и гиперестезии. На начальных этапах (спустя 1 час после приема разовой дозы и на 2-й день курсовой терапии) отмечалось снижение порога поверхностных и глубоких форм чувствительности. В дальнейшем (спустя 3 часа после приема разовой дозы и на 7-й день терапии) у этих больных выявлялись симптомы тактильной, болевой и температурной гиперестезии, а характеристики глубокой чувствительности нормализовывались. На фоне действия других антидепрессантов сразу же выявлялось одностороннее повышение порога поверхностных (бефол – 79,87 % больных и большие дозы пиразидола – 64,73 % больных) и глубоких (бефол – 32,79 % больных) форм чувствительности. Параллельные изменения поверхностной и глубокой чувствительности по типу «сцепления» определялись только при действии бефола и больших доз амитриптилина. Высокие дозы амитриптилина сокращали ($p<0,01$) время сенсорного угасания и снижали чувствительность в болевых точках Бирбрайера. Диаметрально противоположные изме-

нения наблюдались под действием бефола и больших доз пиразидола. На начальных этапах терапии антидепрессантами у больных регистрировались зоны гиперестезии Захарьина-Геда, включающие, в отличие от описанных под действием транквилизаторов, еще и «зону сердца» и исчезающие на протяжении последующих 7–14 дней лечения.

На фоне приема психостимуляторов и препаратов нейрометаболического типа действия установлена качественная односторонность (повышение порога чувствительности) динамики сенсорной феноменологии. Максимум чувствительных нарушений и более продолжительная реакция сенсорного угасания определялась под действием курсового приема сиднокарба (85,36 % больных). Параллельное изменение поверхностной и глубокой чувствительности по типу «сцепления» отмечалось только на фоне приема сиднокарба (76,59% больных) и энцефабола (24,46 % больных). Эффект разового приема сиднокарба и бемитила проявлялся спустя 1 час, а энцефабола и пирацетама – через 3–5 часов после приема. Бемитил в отличие от других препаратов этой группы оказывал влияние лишь на поверхностные, а пирацетам лишь на глубокие формы чувствительности, что объясняется, вероятно, возможностью непосредственного воздействия препарата на глубинные трансколлазальные структуры, определяющие характер межполушарного взаимодействия. На фоне приема сиднокарба практически в 2 раза возрастило ($p<0,01$) время сенсорного угасания и резко повышался порог болевой чувствительности в точках Бирбраира. Нормализация выявленных отклонений завершалась на протяжении 7–14 дней терапии. На начальных этапах курсовой терапии определялись зоны гиперестезии Захарьина-Геда, более выраженные на фоне приема сиднокарба (63,18 % больных), причем, в отличие от других препаратов доминировали зоны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Связано это, вероятно, с тем, что психостимулирующий и психоэнергизирующий эффекты препарата сопряжены с выраженным симпатикотоническими влияниями, связанными с повышением выделения из окончаний адренергических нейронов дофамина и норадреналина и замедлением процессов их обратного вхождения.

Глубина сенситропного эффекта, вызываемого психофarmacологическими препаратами, подтверждалась синхронными односторонними изменениями психофизиологических характеристик зрительной и слуховой чувствительности, что, вероятно, в значительной степени связано с меняющейся на фоне их приема физиологической организацией гипоталамо-лимбико-неокортикальных структур. В результате этого по разному изменяются характеристики неспецифических влияний, в частности, ретикулярной формации ствола и межуточного мозга (снижение или повышение интенсивности восходящих активирующих влияний), определяющих характер лимбико-неокортикальных взаимоотношений и играющих существенную роль в трансформации сенсорной феноменологии, главным образом за счет воздействия на экстрапирамидные системы чувствительности, играющие ведущую роль в генезе вызываемых психофarmacологическими препаратами изменений чувствительности. Возникающие на фоне приема

психофarmacологических препаратов изменения в физиологической организации процессов, определяющие характер взаимодействия между вышеупомянутыми структурами мозга способствуют, вероятно, возникновению изменений и в энергетическом обеспечении не только специализированных сенсорных систем, но и экстрапирамидных систем чувствительности.

Психофarmacологические препараты и рефлекторная сфера

В отечественной и зарубежной литературе практически отсутствуют данные о влиянии психофarmacологических препаратов на рефлекторную сферу, за исключением отдельных сообщений о возникновении явлений гипо- и даже арефлексии на фоне приема транквилизаторов (24), но речь идет о состояниях, связанных с острой интоксикацией, вызванной приемом психофarmacологических препаратов.

Проведенные исследования позволили выявить у больных 2 типа изменений порога рефлекторной возбудимости. На фоне приема лоразепама (88,26 % больных), больших доз феназепама (93,89 % больных) и диазепама (68,12 % больных) регистрировались симптомы сухожильно-periостальной гиперрефлексии, более выраженные в нижних конечностях. При приеме мебикара (60,36 % больных), малых доз феназепама (56,93 % больных) и диазепама (28,16 % больных), напротив, наблюдалась достоверная тенденция к легкому повышению порога рефлекторной возбудимости по типу умеренной сухожильно-periостальной гиперрефлексии преимущественно в верхних конечностях. Прием альпразолама и медазепама не сопровождался достоверной динамикой характеристик рефлекторной возбудимости.

Большие дозы амитриптилина (78,34% больных) вызывали последовательное чередование феноменов сухожильно-periостальной гипо- и гиперрефлексии, подтверждаемое данными динамической оценки. На фоне приема бефола (88,19 % больных) и больших доз пиразидола (73,87 % больных) отмечалось повышение порога рефлекторной возбудимости. Симптомы гиперрефлексии были более выражены на нижних, а гиперрефлексии – на верхних конечностях.

На фоне приема психостимуляторов и препаратов нейрометаболического типа действия определялось в разной степени выраженное повышение порога рефлекторной возбудимости. Максимум изменений определялся под действием сиднокарба (94,89 % больных) на 2-й день курсовой терапии. Симптомы гиперрефлексии оказывались более выраженными на верхних конечностях. Разовый эффект сиднокарба и бемитила проявлялся через 1 час, а энцефабола – спустя 5 часов после приема. Пирацетам не вызывал достоверных изменений характеристик рефлекторной возбудимости.

Полученные данные позволили установить наличие устойчивой корреляционной связи ($r=0,67$) между проявлениями нейро- и психотропного действия исследуемых психофarmacологических препаратов к завершению 2-х недельного курса терапии.

Изучение характера нейротропного действия психофarmacологических препаратов с помощью специально разработанной системы комплексной динамической многоуровневой унифицированной оценки

позволило установить, что регистрируемые нейротропные эффекты носят «вызванный» медикаментозный характер и сопровождаются формированием ряда общих закономерностей.

Качественная направленность нейротропного действия психотропных препаратов на разовой дозе и в процессе курсовой терапии совпадает, отличаются лишь количественные характеристики (более выражены на курсовой терапии) регистрируемых эффектов. Максимум изменений на фоне однократного приема для большинства препаратов определялся через 1 час (лоразепам, энцефабол – 3 часа, пирацетам – 5 часов), а в процессе курсовой терапии – на 2-й – 3-й дни. Нормализация выявленных изменений завершается для большинства препаратов на протяжении 7–14 дней терапии. Выявлены дифференцированные динамические профили нейротропного действия основных групп психофармакологических препаратов. Транквилизаторы обладают наиболее выраженным спектром нейротропного действия, определяемым 2-мя типами проявлений, подтверждаемых содружественной однонаправленной динамикой функционально сопряженной неврологической и психофизиологической феноменологии. Это дает основание к условному подразделению транквилизаторов на 2 функциональные подгруппы в зависимости от преобладания в спектре их действия тормозного или активирующего компонента (подгруппа торможения: лоразепам, большие дозы феназепама, диазепам; подгруппа активации: мебикар, малые дозы феназепама, диазепама, частично – альпразолам, медазепам).

У антидепрессантов также выявлено 2 типа нейротропного действия. Нейротропный эффект амитриптилина проявляется по типу последовательного чередования компонентов торможения и активации, представленных в спектре его фармакологической активности, и связанных, вероятно, с меняющейся под его влиянием физиологической организацией диффузной таламо-кортикальной проекционной системы, модулирующей на разные промежутки времени стабильность гениризованного состояния возбуждения, формирующегося за счет восходящей ретикулярной активирующей системы. Нейротропные эффекты антидепрессантов: бефола и пиразидола, а также препаратов 3-й группы (сиднокарб, бемитил, пирацетам, энцефабол) определялись проявлением устойчивого однонаправленного и в разной степени выраженного активирующего действия. Наряду с этим, энцефабол и пирацетам отличаются от других препаратов более пластичными и адаптивными эффектами, преломляющимися через посредство трансколозальной комисуральной системы, в результате чего, вероятно, активируются интегративные механизмы мозга, представляющие собой функциональный блок высшей неспецифической деятельности, обеспечивающей хранение информации, обучение, а также планирующую, программирующую и контролирующую функции неокортикальных структур переднего мозга. Две основные, противоположные в функциональном отношении тенденции, выявленные в нейротропном действии психофармакологических препаратов позволили подразделить по функциональному принципу не только лекарственные вещества, входящие в отдельные группы психо-

фармакологических препаратов, но, базируясь на этом же принципе, осуществить интегративную оценку активности препаратов, относящихся к разным классам. В соответствии с этим все изучаемые препараты подразделили на 2 функциональные подгруппы. Подгруппа с доминированием тормозного компонента действия включает: транквилизаторы (лоразепам, большие дозы феназепама и диазепама), антидепрессанты (начальный недельный эффект терапии большими дозами амитриптилина, а также частично малыми дозами амитриптилина и пиразидола). Подгруппа с доминированием активирующего компонента действия состоит из психостимулятора (сиднокарб), актопротектора (бемитил), антидепрессантов (большие дозы пиразидола, бефол, а начиная со 2-й недели терапии – большие дозы амитриптилина), транквилизаторов (мебикар, малые дозы феназепама, диазепама, частично – альпразолам, медазепам), препаратов метаболического типа действия (энцефабол, пирацетам). Максимум гипofункциональных изменений определялся под действием транквилизаторов лоразепама и феназепама (большие дозы), а гиперфункциональных – на фоне приема психостимулятора сиднокарба и антидепрессанта бефола.

Нейрофизиологические механизмы, лежащие в основе действия психофармакологических препаратов функциональной подгруппы торможения, связаны, вероятно, с их выраженным активирующим влиянием на ГАМК-ergicическую тормозную функцию, обусловленным угнетением ГАМК-трансаминазы, вследствие чего пластичность ГАМК-системы значительно повышается. Это позволяет рассматривать ГАМК-ergicическую систему в качестве неспецифического механизма, ограничивающего стресс-синдром, а взаимодействие активных метаболитов психофармакологических препаратов с ГАМК – в качестве функциональной системы, играющей кардинальную роль в поддержании оптимального уровня эмоциональной реактивности.

Стимуляционные изменения под действием препаратов функциональной подгруппы активации можно объяснить возникающими на фоне их приема повышением возбудимости корковых нейронов за счет кортикофугальной активации из структур лимбической системы, а также за счет интенсификации норадренергической передачи, способствующей усилинию процессов возбуждения в мезенцефалических структурах мозга через посредство тесно связанной с ними текто-ретикулярной системы.

В целом выявляемые различия в характере нейротропного действия психофармакологических препаратов объясняются, вероятно, особенностями влияния каждого из них на механизмы синаптической передачи в ЦНС, вследствие чего формируются своеобразные зоны, определяемые соответствующей «мозаикой» из «ансамблей» заторможенных и возбужденных нейронов, причем максимум этих изменений приходится, вероятно, на синаптические поля, отражающие функциональную активность неспецифических структур мозга, опосредующих эффект психофармакологических препаратов и имеющих с их активными метаболитами наибольшее число «точек соприкосновения».

Интегрированная оценка нейротропного дей-

ствия разных групп психофармакологических препаратов имеет большое практическое значение, т.к. позволяет в каждом конкретном случае разрабатывать более оптимальную тактику индивидуального подбора препаратов с учетом вызываемых ими локальных изменений в нервной системе. Это особенно важно в плане оптимизации курсов корректирующей психофармакотерапии невротических расстройств в амбулаторных условиях у лиц, профессиональная деятельность которых сопряжена с выполнением операторских функций, ибо адекватная фармакологическая коррекция этих нарушений возможна лишь при комплексном подходе к оценке состояния, базирующемся на сочетании детального психопатологического анализа с дифференцированной оценкой нарушений вегетативной регуляции, изменений в соматоневрологическом статусе и психофизиологическом состоянии больных.

Результаты проведенных исследований с досто-

верностью свидетельствуют о том, что дифференцированный анализ нейротропного действия основных групп психофармакологических препаратов информативен не только в плане установления топических характеристик их собственно психотропного эффекта, но позволяет также путем сопоставления степени выраженности нейро- и психотропного действия препаратов более оптимально решать вопросы, связанные с индивидуальным прогнозом эффективности терапии. Полученные данные позволяют приблизиться к оценке механизмов действия исследуемых препаратов и на этой основе вплотную подойти к формированию нового направления в современной клинической фармакологии – функциональной психонейрофармакологии, основанного на принципах классической функциональной неврологии и базирующегося на сравнительном изучении топико-диагностических аспектов действия основных групп психофармакологических препаратов на ЦНС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкий Г. Я., Вороника Т. А. Клиническая фармакология. – М., 1978 – С. 96–123.
2. Авруцкий Г. Я., Недува А. А. Лечение психически больных. - М., 1981 – 495 с.
3. Александровский Ю. А., Бенькович Б. И. // Жури. невропат. и психиатр. им. Корсакова. – 1984, № 6 – С. 999–1005.
4. Александровский Ю. А., Бенькович Б. И. // Жури, невропат. и психиатр. им. Корсакова. – 1988, № 12. С. 90–98.
5. Балунова О. А., Брамсон А. А. // Современные нейропсихотропные средства в клинике психических и нервных заболеваний. – Л., 1970 . С.42–44.
6. Бенькович Б. И. // Советская медицина – 1983, № 7. С. 86–89.
7. Бенькович Б. И. Диагностика неврологических изменений у больных с пограничными формами нервно-психических расстройств в процессе психофармакотерапии. – М., 1987. 29 с.
8. Бенькович Б. И. // Экспериментальная и клиническая психофармакотерапия невротических расстройств. – М., 1987. С. 218–230.
9. Бенькович Б. И. // Актуальные проблемы пограничной психиатрии. – М., 1989, т. 11. С.15–18.
10. Бенькович Б. И. Нейротропное действие психофармакологических препаратов у больных с невротическими расстройствами. Автореф. дисс. докт. мед. наук. – М., 1990. С. 39.
11. Гольдовская И. Л. Психотропная терапия и орган зрения. – М., 1987. С. 126.
12. Гонопольский М. Х., Адильханова К. А. // Новые психотропные средства. – М., 1980. С. 144–148.
13. Громова В. В. // Побочное действие лекарственных средств. – М., 1976. С. 69.
14. Дмитриев А. В., Дулинец А. А. // Нейрофармакологические аспекты эмоционального стресса и лекарственной зависимости. – Л., 1978. С. 19–27.
15. Дмитриев А. В., Зайцев А. А. // Механизмы действия нейролептиков и транквилизаторов. – Тарту. 1980 С. 82–83.
16. Кукас В. Г., Зисельман С. Б. // Психиатрические и психосоматические аспекты сердечно-сосудистой патологии. – М., 1985. С. 60–65.
17. Лопатин А. С., Тац А. М. // Побочное действие лекарственных средств – М., 1973, вып. 3. С. 3–13.
18. Лужников Е.А., Карпов В.А. // Соматоневрологические синдромы. – М. С. 134–141.
19. Матвеев В.Ф., Прокудин В.Н. // Новые лекарствен-
- ные препараты. Экспресс-информация ВНИИМИ. – М., 1980, вып.10. С. 13–18.
20. Поппе В., Поппе Е. // Труды Ленинградского психоневрологического института им. Бехтерева. – 1980, т. 95. С. 93–98.
21. Райский В. А. Психотропные средства в клинике внутренних болезней. – М., 1982. 190 с.
22. Руденко Г. М., Шатрова Н. Г. // Новые лекарственные препараты. Экспресс-информация ВНИИМИ. – 1979, № 2. С. 3–13.
23. Синицкий Б. Н. Депрессивные состояния. – Киев. 1985 – С. 273.
24. Шадрин В. Н. Клиника и диагностика неврологических расстройств при острых отравлениях некоторыми психотропными лекарственными препаратами. Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 1980. 15 с.
25. Bitter I. // Ideggyogy Szemle – 1984. – Vol. 37, N 6 – p. 254–259.
26. Boning I. // Pharmacopsychiat. Neuro-Psychopharmacol. – 1980. – Vol. 13, N6 – p. 336–341.
27. Fouilliadeien S., Entert T. // Presse med. – 1985. – Vol. 14, N 18 – p. 1009–1012.
28. Gastpar H. // Laryngol., Rhinol., Otol. – 1986. – Vol. 65, N 8 – p. 415–419.
29. Grant W. // Modern. Ophtalmology – London – 1972. Vol. 2, p. 661–683.
30. Kuesler H. // Brit. J. Clln. Pharmacol. – 1984. – Vol. 16, N 2 – p. 347–351.
31. Matot I., Zielger M. // Therapie – 1985. – Vol. 40, N 3, p. 187–190.
32. O'Shea B. // Irish. Med. J. – 1985.- Vol. 78, N 1 – p. 22–24.
33. Prenzel E., Krobs E. // Anaestheziol und Reanim. – 1986. – Vol-II, N 4 – s. 227–234.
34. Rabkin I., Qvitkin I. // Clin. psychopharmacology. – 1985. - Vol.5 , N 1 – p. 2–9.
35. Rothenberg S., Secsol D. // Psychopharmacology. – 1981. – Vol. 74, N 3 – p. 232–236.
36. Tensiuk S., Alexopoulos C. // Amer. J. Psychiatry. – 1984. – Vol.14, N 1 – p. 118–119.
37. Wilensky A., Marestio. // Neurology. – 1981. – Vol. 31, N 10 - p. 127–129.
38. Wilson W., Higano H. // Brit. J. Clin. Pharmacology. – 1983. – Vol. 15, N 3 – p. 385–398.
39. White P. // Anesthesiol. Rew. – 1986. – Vol. 13, N 5 – s. 13–21.
40. Wogen S., Graham I. // J. Clin. Psychopharmacol. – 1981. – Vol. 1, N 1 – p. 34–36.

РАЗМЫШЛЕНИЯ О МЕДИЦИНЕ, ЕЕ ТЕХНИЧЕСКОМ ПРОГРЕССЕ, ЕЕ ВОЗМОЖНОСТЯХ И СВЯЗИ МЕЖДУ БОЛЬНЫМ И БОЛЕЗНЬЮ

Мишель Сапир (Париж)

Я беру на себя смелость высказать свой взгляд на развитие медицины как психиатр и психоаналитик, вот уже 30 лет интересующийся этими проблемами и обсуждавший их с очень многими терапевтами, узкими специалистами, психотерапевтами и параметиками многих стран. Эти мотивы и моя клиническая практика определяют преобладание в статье психоаналитического и психологического подходов. При этом я постараюсь воздержаться от слишком глобальных теорий.

Известно, что в общей медицине таких теорий почти нет, но их очень много в психиатрии. Современная медицина обходится без теории. Она опирается на методику. Нужны ли психиатрии теории? Этот вопрос стоит размышлений, и к нему я еще вернусь.

Во всяком случае, до эры терапии медицина опиралась на клинику, то есть на опыт и чутье медика. Это был метод Мастеров, Великих Магистров, и он уступил место Знанию, которое распространяется значительно легче.

Таким образом место авторитета Мастеров заняло то, что я называю Матерью Медициной – она анонимна, облачена в тогу архаичного и абсолютного могущества, которое является результатом согласованности. С одной стороны – в той или иной мере подтвержденные данные, с другой – преходящие/переходные увлечения, скоротечная мода.

Вспомним, как в свое время каждый серьезный медик считал своим долгом назначать инъекции оксиферрискорбона натрия; вспомним моду на антикоэгулянты и т.д. Как отличить истинное от ложного, устойчивое от эфемерного? На мой взгляд, здесь может помочь только эпистемология, дающая нестолько готовые рецепты, сколько методологию рассуждений. Возможно, в будущем мы к этому и придем.

Прогресс изменил отношения между врачом и знанием. А вследствие этого изменился и процесс обследования. Он по-прежнему необходим – хотя бы для диагностики, он позволяет избежать ошибок и освобождает врача от личных исследований, что в значительной мере экономично. Но сами клинические методы изменились. Например, рентгенография легких заменила поиски многих симптомов, которые раньше врач выявлял при осмотре. И хотя в целом осмотр сохранился, а во многих областях медицины даже углубился, налицо смешение клинического и параклинического обследования.

Новые виды анализов, аппаратура дают возможность получить более достоверные результаты. Я

незнаком с сегодняшними технизованными способами обследования, иногда приправляемыми «астрологической диагностикой», но, тем не менее, считаю, что хорошее клиническое обучение гораздо полезнее для врача. Его право – обсуждать и толковать пользу этого. Но именно при этом он переходит от sema, к sema (sema – от semantica), от клинического и параклинического осмотра – к интерпретации собранных признаков, каждый из которых указывает на те или иные болезни или синдромы.

Иначе, на мой взгляд, обстоит дело с симптомом, который основан на двух видах связи. Первый – между тем, что чувствует пациент, и что обнаруживает медик объективно. Второй – между тем, что говорит о симптоме пациент, и тем, что слышит при этом врач. Знак/признак можно найти и без участия пациента. Например, врач, к которому обратились по поводу ангины, обнаруживает увеличенные лимфоузлы и ставит диагноз болезни Ходжкина.

Я хочу провести некоторые различия между телом и сомой, хотя эти термины обычно и используются как синонимы. Их можно представить как «внутри» и «снаружи», то есть в виде некоего конверта. В какой-то мере это сродни понятию «Я – кожа», введенному Д. Анзье. Но здесь речь идет о форме, запахе, взгляде, отношении, поведении. Кожа, как они ни важна, все же остается лишь покровом, драпировкой.

Как я уже отмечал, тело взвыает к нашим чувствам. Когда встречаются два человека, они, конечно же, не думают о печени или легких друг друга, но каждый ощущает, чувствует другого. Когда мы говорим о паре «пациент – врач», дело становится сложнее. Пациенту от врача нужны диагноз и лечение. Если его внешний вид свидетельствует о серьезной болезни, болезнь эта будет присутствовать во всех перипетиях ситуации «тело – тело», хотя едва ли перечеркнет их.

И, напротив, если случай не столь серьезен, возрастающее значение приобретает встреча двух тел, двух оболочек. Здесь уже главную роль будут играть голос, слова, взгляд. Характер беседы будет зависеть от того, что один человек знает о Другом или чувствует по отношению к нему. В свою очередь, опытный медик учитывает эти «телесные» факторы и угадывает в жалобах пациента метафоры и метонимии.

Напрашивается мысль, что при любой такой встрече фактор «привлекательности – отталкива-

ния» играет большую роль. Имеет ли этот фактор биологические корни? Сегодня никто не может ответить на этот вопрос окончательно. Но, может быть, здесь и кроются истоки склонности к трансферу.

Рассмотрим изменения в практике терапевта (врача общего профиля) и специалиста.

Для терапевта клиническое и параклиническое обследование с учетом названных изменений остаются основой его практики. Но быстрое развитие знания, распространение его средствами массовой информации, охват медицинским обслуживанием всего населения – все это превращает врача в «человека-оркестр», одновременно недооцениваемого и переоцениваемого. С одной стороны, сфера его деятельности сужается, с другой – расширяется. Он лечит и направляет к специалистам. Он играет важную роль в личной и семейной профилактике. Он вторгается в чуждые ему, немедицинские области. Но при этом ему дают почувствовать и он чувствует, что уступает в знании узким специалистам. Зато значительно чаще, чем прежде, он сталкивается с психосоциальными факторами. Часто он должен взять на себя роль учителя, обучающего пациента тому как уживаться с болезнью с учетом критерия качества жизни.

Задачи эти новы и трудны. Они требуют специального обучения, которого врач часто избегает, опасаясь, что оно нарушит его личную и профессиональную жизнь. В этих условиях велико искушение играть роль искупительного, жертвенного героя. Отсюда, как это часто случается, – уход в «извращенную» практику. Такое определение может показаться унижающим, но на самом деле речь идет об извращенности с эпистемологической точки зрения: парадоксально быть представителем современной медицины и в то же время заниматься гомеопатией или чем-либо еще, что противопоставлено современной медицине. Иногда эти противоречия уживаются достаточно мирно. Многие врачи могут определить серьезную болезнь, а в легких случаях прибегают к гомеопатии. Пациенты знают об этом и выбирают врача в зависимости от серьезности заболевания, а порой принимают одновременно гомео- и аллопатические препараты. Вопрос может стоять иначе, если речь идет о специалистах «мягкой медицины». Но и среди них многие прекрасно различают – 4:0 относится к их компетенции, а что – к компетенции современной медицины.

Существует ли серьезная научная база для обоснования так называемой параллельной медицины? Пока таких доказательств нет, мой ответ отрицателен. В то же время параллельная медицина дает многочисленные положительные результаты. Пока не будет доказано обратное, эти результаты следует относить к факторам психологического порядка. С одной стороны, многие врачи, интересующиеся этими методами, не имеют специальной подготовки. С другой, они и их многочисленные пациенты пытаются таким образом избежать «психиатризации». В большинстве легких случаев в «мягкой медицине» это может давать удовлетворительные результаты, но меньшинство таким образом избегает необходимости встречи с психиатром. Возможно, этому способствуют прародительский страх быть признанным умалишенным и поведение некоторых психиатров.

Замечу также, что психосоциальные факторы подобного увлечения псевдомягкой медициной еще недостаточно изучены. Наконец, последнее – по порядку, но не по значимости – это искушение преступить, ежедневно возникающее у сталкивающегося с самой разнообразной проблематикой врача общего профиля. Этому искушению противостоит страх перед Матерью Медицины. Возможно, этот страх, переживаемый как невыносимый, и толкает многих к извращенной практике. Для работающего в клинике специалиста это искушение не так сильно – его защищают уже сами стены учреждения, правила, иерархия, традиции. Но и здесь защита ослабевает, когда речь идет об испытании новых препаратов или проверке новых методов. До какого предела, например, можно доводить эксперименты с больным болезнь Альцгеймера? Г-жа Faget-Largeau напоминает, в частности, о мультимодальных экспериментах с циклопирином у больных с тяжелым диабетом.

Комитеты по этике усиливают тревогу экспериментатора. Но что сказать о Противоболевых Центрах или группах паллиативного ухода? Что означает здесь заявка или согласие? Кто делает заявку и каковы возможности умирающего согласиться или не согласиться? Что такое эта сегрегация умирающего в больнице, призванной быть центром жизни, а стало быть – и надежды, но в то же время и смерти? Что такое больница сегодня вообще? Каким должно быть обучение врачей, чтобы их связи с больными отвечали условиям больницы?

Врач же общей практики лишен даже этих, как видим, далеко не всегда работающих защит. Он находится в условиях конфронтации и конкуренции с многочисленными учреждениями и инстанциями – такими как органы социального обеспечения, средства массовой информации и т.д. Все это часто создает у него ощущение угрозы.

С другой стороны, клиника теряет свой «спокойственный» аспект, поскольку появляются все новые и все более узкие специалисты, работающие на все более сложной аппаратуре. Постельный режим все чаще заменяется «дневным стационаром», и пациенты могут передвигаться. Амбулаторный уход и возникающие при нем связи разрушают доверие и послушание вчерашних больничных пациентов.

Учитывая все сказанное, уместно задаться вопросом – какую же роль должна играть психосоматическая медицина? Психосоматической медицины как таковой не существует, иначе она попала бы в разряд параллельных медицин. Она рождена от многих неизвестных. Ее корни – в колебаниях и неуверенности медицины 50-летней давности. Для ее обоснования созданы многочисленные теории: я насчитал их тридцать. Хотя на самом деле их много больше. Назову лишь некоторые. Среди теорий психоаналитического толка – теории Александера, Гарма, школы Лакана, Марти с сотр., Ж. П. Валабрега. Среди прочих – феноменологическая, кортико-висцеральная, системная, бихевиоральная, когнитивная и др. Столь большое количество теорий указывает на отсутствие точности. Каждая из них иллюстрируется многими интересными, но имеющими характер частных случаев фактами. Но при этом каждая претен-

дует на глобальный охват. И это – при отсутствии серьезной эпистемологии!

Я не хочу заканчивать эту часть статьи на пессимистической ноте. Молекулярная биология, нейронауки, эпидемиология приносят новые данные, которые вскоре могут углубить психоанализ. После психосоматических исследований начинает возделываться. Но, скажем прямо, это лишь начало. Именно теперь так необходима эпистемология, ибо она ориентирует на серьезную разработку концепций и охраняет от скоропалительных выводов.

Так, нынче отвергнуты смутные идеи о психогенезе онкологических заболеваний. Ни траур, ни разлука не приводят к раку молочной железы, здесь речь идет о генетической предрасположенности. Но на развитие многих видов рака влияет гормональная секреция, а на нее, в свою очередь, факторы психологического по рядка. Необходимо это влияние исследовать с тем, чтобы уточнить – существует ли специфическая зависимость биологических факторов от психологических. Идет речь о недавних или давно по полученных травмах? Чем вызываются душевые травмы – агрессивностью или неудовлетворенностью? Влияет ли это на большинство людей, а если нет – на каких именно людей влияет? И т. д... Идет речь о глобальном ослаблении иммунной защиты, как при СПИД'е, или о специфической связи между специфической для этого субъекта травмой и его тоже специфическом биологическом состоянии?

Однако, достаточно теории. Попытаемся выработать гипотезы исследования.

Мне кажется – и я говорил об этом еще в 1966 году – что более реалистично говорить не о психосоматической медицине, не о мультидисциплинарных психосоматических исследованиях, а о психосоматическом клиническом подходе, то есть – об отношениях «врач – пациент».

Существующие теории вызывают, как минимум, три возражения методологического порядка:

1. Они часто основаны на учитывающих лишь один аспект проблемы совпадениях и не выдерживают эпистемологического и эпидемиологического анализа. Примером может служить так называемая теория оперативного мышления. Этот тип мышления встречается часто, но: а) он встречается и при отсутствии каких-либо психосоматических заболеваний, б) отсутствует у многих психосоматических больных; в) само оперативное мышление может быть не столько причиной, сколько следствием ятрогении.

2. Переход от причины к следствию остается недоказанным, а часто и просто неясным. Пример – понятие базовой (общей) депрессии. Существует ли она? Если – да, то является ли она глобальным феноменом, присущим виду и вследствие этого не имеющим значения в нашем обсуждении? Или она – феномен более редкий и действитель но чаще встречающийся у психосоматических больных? Тогда – предшествует ли она заболеванию? Можно ли обнаружить причинную связь между депрессией и болезнью?

3. При подкреплении той или иной теории неправомерно использовать противоречащие научной мысли умозаключения. Например, нет никаких оснований ставить на одну доску биологическое и пси-

коаналитическое Я или психиатрическую депрессию и, скажем, депрессию иммунной системы...

Пора покончить с расплывчатостью термина «психосоматика». Мы приходим к Функциональному Расстройству – так его называют, чтобы разграничить с понятием органического заболевания. Часто его называли иначе, например, нейровегетативные расстройства, психосоматические расстройства, а нередко просто путали с депрессивными состояниями.

Функциональное Расстройство можно обнаружить более чем у 30 % больных и в стационарных, и в амбулаторных условиях. Эта цифра дает представление о том, как велика его роль в медицине и как оно отзывается на экономике страны. Я много говорил об этом и сегодня лишь напомню, что:

1. Термин «функциональное» предполагает путаницу: в одних случаях он описывает вызванные серьезными причинами расстройства функций, а в других – и часто! – используется в отношении пациентов, у которых «ничего нет».

2. Страдающие функциональными расстройствами часто проходят многих специалистов, психиатров; многократно госпитализируются и подвергаются разнообразному лечению.

3. Эти долгие блуждания доказывают, что функциональное расстройство не признается тем, чем оно на самом деле является, а именно – психосоматическим следствием относительной болезни.

4. Диагностика функциональных расстройств затруднена. Если на первых порах они имеют некоторый позитивный потенциал, то повторение превращает их обладателей в хронически больных.

5. Функциональное расстройство – это стремление к лучшей жизни по самой низкой цене. Иными словами, это столкновение желания и связанных с ним опасностей с обеспечивающей эти нужды безопасностью.

6. При функциональном расстройстве на поверхность иногда выходит неизжитый Эдипов комплекс. Я имею в виду открытый конфликт или запретное влечение или то и другое одновременно по отношению к кому-либо из реальных родителей или детей либо по отношению к занимающему более высокое иерархическое положение лицу, к супругу и т.д. Функциональным расстройством может страдать весьма широкий круг людей, ибо мало кому удалось разрешить Эдипов конфликт в детстве – влечение, отвращение, идентификацию в отношении одного из родителей. Если комплекс появляется очень рано и развивается до так называемого латентного периода, ребенок с самого рождения обладает врожденным инстинктивным потенциалом. Он переживает различные травмы, влияющие на его развитие, на Эдипов комплекс. Это, возможно, повлияет на качество его способности к переносу, которая является антропологической. Возрождение этих факторов будет сильно влиять на связь врача с пациентом.

7. Функциональное расстройство обладает предшествующим ему и создающим его символическим значением в отличие от того, что происходит при заболеваниях других систем.

8. Функциональное расстройство может иметь совсем иное значение у психопатических личностей

и, особенно, у стариков. Оно означает мобилизацию желания и, вследствие этого может вести к многим осложнениям, создавать деликатные ситуации. Но вместе с тем оно показывает, что не все мертвые.

9. Функциональное расстройство – запутанный узел медицины. Направление к психиатру редко бывает оправданным. К сожалению, ни врачи общего профиля, ни психиатры не подготовлены к их лечению.

Все сказанное приводит нас к вопросу о подготовке врачей. Технический прогресс, многочисленность и разнообразие медицинских учреждений и инстанций придают этому вопросу особую остроту. Он очень сложен, этот вопрос, и не вдаваясь в детали, я лишь напомню, что:

1. Положение врача очень отличается от положения психоаналитика и гораздо более богато в событийном плане.

2. Любой врач получает только те дискурсы, которые может – в зависимости от его специализации, иерархического положения и собственной личности – воспринять.

3. Обучение проходит через идентификации, пусть и бессознательные, по отношению к больным, коллегам и – часто – обучающему.

Самые удачные методы обучения всегда содержат в себе моменты идентификации. В процессе обучения

реальное постоянно сталкивается с символическим.

Обучение должно позволять играть на чересчур защитных, слишком жестких идентификациях или, наоборот, на слишком открытых, лишенных всякого прикрытия. Роль обучающего гетерогонна – он не должен быть ни слишком отчужденным, ни слишком близким и теряющим границу с обучаемым, он не может служить образцом или идеалом. Эта гетерогенность позже оказывается в отношениях врача и пациента, ибо врач должен уметь одновременно и идентифицировать себя с пациентом и выдерживать дистанцию.

Не входя здесь во многие подробности, замечу, что обучение связи «врач – пациент» не может происходить без учета бессознательных обменов и связей, возникающих между медиком и пациентом.

Трудно сказать – каким будет обучение завтра. Наша ответственность велика, а наша роль так мала в сравнении с давлением общественного мнения, средств массовой информации, влияющих на политику экономических проблем...

Я считаю, что постоянная борьба между давлением знания (которое не бывает абсолютным) и размытостью, зыбкостью, туманностью личной истины необходима для установления эффективной связи «врач – больной». Это непросто. Проблемы серьезны. Но игра стоит свеч.

ПОСЛЕСЛОВИЕ

Эту статью вместе с любезным разрешением опубликовать в нашем журнале я получил от д-ра Мишеля Сапира в марте 1996 года, когда мы с ним обсуждали некоторые интересующие нас обоих проблемы врачебной работы и подготовки врачей. Как нетрудно убедиться, впервые опубликованная 7 лет назад (*Medecine Psychomatique*, 1989, № 1/17), она сегодня стала еще более актуальной.

Д-р Мишель Сапир – патриарх Балинтовских групп, многолетний президент и с 1993 г. Почетный Президент Association de Recherche et de Formation pour la Fonction Soignante, один из самых уважаемых врачей Франции, вместе со своим другом Леоном Шертоком основавший журнал *Medecine Psychomatique*. Москвич, оказавшийся во Франции в возрасте пяти лет, он был в эпицентре левого крыла творческой и научной интелигенции Франции, отдавшей все, что можно, движению Сопротивления в годы 1-й Мировой войны и сдавшей свои билеты членов Французской Компартии осенью 1956 года, когда СССР подавлял Венгерское восстание. В послевоенное время его живой интерес к происходящему в СССР приводил к нему очень многих деятелей советской науки и культуры, которым удавалось тогда ездить. И сегодня со смехом в глазах он

вспоминает как А. Л. Мясников, приезжавший в Париж в 1950 г., совершенно серьезно рассказывал, что наши северные народы хоть и едят очень жирную пищу, но не страдают атеросклерозом, потому что «верят в Сталина», а в единственное несколько минут *tete-a-tete* успевший сказать, что не так-то все просто в нашей благословенной стране. Я счастлив, что судьба в свое время свела меня с этим замечательным человеком, которого я искренне люблю. И я рад возможности познакомить с ним российского читателя.

Слово Мастера на то и слово Мастера, чтобы оставаться самим собой и не быть забитым досками интерпретаций или искаженным чужими Поправками. Я лишь позволю себе сказать, что сводного типа обучение отношениям «врач – больной» мы с психологом Леной Ларионовой проводим как раз с года публикации этой статьи д-ра Мишеля Сапира: в 1989–1992 г – в рамках организованного мной курса «Клиническая психология и психосоматика», а затем в 153-часовой программе выездных семинаров-тренингов для врачей «Терапевтические отношения» (о заявками можно обратиться по адресу: Петербург, 192238, аб. ящик 53 или по телефону: (812)–268–36–29).

В. Е. Каган

ТРАНСМЕТОДИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

В. Е. Каган (Санкт Петербург)

Сегодня в мире насчитывается более 450 видов психотерапии, за которыми множество школ, теорий, направлений – и число ид продолжает расти. Такое ветвление психотерапевтического дерева закономерно и отрадно. Остается лишь определиться в том – что же такое это дерево? Без такой определенности ветвление грозит стать фрагментацией. Может быть, наиболее ярким ее проявлением являются отношения даже между бихевиоризмом и психоанализом, а между ортодоксальным и лакановским психоанализом (если не придерживаться французской точки зрения, вообще разводящей психоанализ и психотерапию).

При этом эффективность каждого из методов – судя по отчетам использующих этот метод – не просто высока, но и выше эффективности всех прочих. Правда, Г. Айзенк утверждает с цифрами в руках, что процент спонтанных, психофармакологических и психотерапевтических излечений от неврозов практически одинаков, а другие добавляют, что он никогда не достигает уровня успешности работы знахаря (шамана) в сохранившихся традиционных, например – африканских, культурах. Реакция психотерапевтов на это напоминает известный анекдот времен «застоя»: «Злые языки утверждают, что я не товарищ Брежнев, а кукла из папье-маше, и внутри у меня пластинка Aprелевского завода... Aprелевского завода... Aprелевского завода...». И хотя психотерапия – никак не кукла, мы вправе задаться вопросом: А что же там такое внутри – то, что, собственно, и делает психотерапию психотерапией? Ибо, ясно ведь, что простое воспроизведение «психотерапевтического» действия – сесть так-то, сказать то-то и т.д., – не есть еще психотерапия. Я вспоминаю рассказалую мне в 70-х г.г. историю одного исцеления:

Молодая актриса балета получила в автокатастрофе тяжелейшие повреждения, но выжила, больше года провела в больницах, где ее «собрали по частям» – и вот, наконец, врачи говорят, что она может вставать. А она не может! Поскольку хирурги утверждали, что «органических причин нет», было решено использовать гипнотерапию. Одна, вторая, третья попытки знаменитых гипнотерапевтов – неудачи. Она встала на сеанс четвертого – не знаменитого, не использовавшего никаких особых техник. Просто он оставил в помещении мужа пациентки и проводил сеанс при нем. Объяснение было простым: «Она была, – сказал терапевт, – красавицей, привыкшей чувствовать на себе восхищенное внимание, а посмотрите на нее теперь! Она это видит лучше всех и не хочет этого видеть. Ее защита – чувствовать себя прежней и даже больше. Этот защитный образ не позволял ей остаться наедине с мужчиной и

подчиняться ему – она и вела себя как красавица, на которую мужчина не может не покуситься. А при муже она смогла чувствовать себя просто больной, желающей выздороветь».

Вот и все! И не то, чтобы психотерапия трижды оказалась неэффективной – просто она происходила всего один раз. Допуская, что мое утверждение покажется ересью, я рискну все же утверждать, что там, где психотерапия действительно происходит, она всегда эффективна. Так есть ли нечто, что – кроме эффективности, разумеется – позволяет сказать: «Да, это психотерапия»?

Выделить это нечто попытались Р. Бендлер и Д. Гриндер, наблюдая работу ведущих психотерапевтов – результатом стал выход на арену нейро-лингвистического программирования. Казалось бы, вот он – ключ! Но, с одной стороны, освоившие этот метод часто покидают психотерапию, а с другой – немало психотерапевтов освоило НЛП «как по нотам», но сложить эти ноты в музыку психотерапии им не удается: они производят что-то определенно «нейро-лингвистическое», но «программирования» не происходит. Как заметил один из физиков: «Когда мы объясним все, останется некий метафизический остаток, который, на самом деле, все и объясняет».

Этот метафизический остаток стремится «ухватить за хвост» многие новые направления – духовная психология, психосинтез и др., пытающиеся преодолеть ограничения сциентистских моделей. При этом обычно обращаются к «рамочным понятиям» духа, высшего «Я» и т.п., наделяемых примерно тем же статусом, которым сциентистская и прикладная психология наделяют понятия возбуждения, торможения, доминанты, рефлекса, установки... И более того, выражаются надежды и задачи «научно изучить» содержание таких рамочных понятий. Но свойство рамочных понятий заключается в том как раз, что едва они становятся из рамки картиной, застыгают в нарисованной картине – исчезает, умирает их содержание.

Здесь – во избежание упреков в излишнем критицизме, возможно, уместно будет сослаться на некоторые повороты собственного опыта: Я начинал как психиатр и в этот период работал почти во всех областях психиатрии (детская, взрослая, гериатрическая; амбулаторная и стационарная; экспертная и т.д.) в условиях почти прошлого века, т.е. практически без параклинического обследования. Затем встретился с другой психиатрией, где уже были ЭЭГ, нейропсихология и психология, компьютерная томография и проч., оказавшись перед задачей гораздо более объемного видения расстройств, ранее воспринимавшихся лишь через призму восходящей к Крепелину типологии. Позже работал в детской клинике с широким кругом проблем – от проблем воспитания и неврозов до тяжелых нарушений психотического уровня, сочетая это с работой электрофизиолога в той же клинике. Это давало совершенно бесценный опыт, вновь и вновь ставивший меня перед проблемами

Статья представляет собой краткое изложение содержания однодневного семинара, проведенного на 3-й Международной конференции по разрешению конфликтов (Санкт-Петербург, 1995)

мой того, как объединить это множество языков анализа в один текст, из содержания которого можно вывести подход к помощи. Тогда мне мечталась так до сих пор и ненаписанная книга «Синтетическая детская психиатрия». Потом я пытался некоторые идеи этой книги воплотить в преподавании детской психиатрии проходящим усовершенствование врачам. Там я убедился, что дело больше во враче, чем в психиатрии; итогом были сначала организация курса клинической психологии, а затем – полный уход в психотерапию, консультирование, тренинг. По мере того, как удавалось знакомиться с очень разными направлениями и методами, нарастало впечатление, что в очень разной режиссуре играется один и тот же спектакль, содержание которого уходит корнями глубоко в опыт культуры и истории. Так выстраивалась линия «психиатрия – психотерапия – психология – культура», которая закономерно ведет к постановке вопроса о неких объединяющих их сущностях и существующих между ними различиях, о внешних и внутренних границах пространства человеческого опыта и моей профессии, с одной стороны, и моего собственного (человеческого, профессионального, культурного, гражданского, религиозного и проч.) опыта – с другой.

Поиск этих границ, как мне видится, возможен несколькими путями. Два из них Карл Поппер обозначил как методологический эссенциализм (раскрытие и описание при помощи определений подлинной сущности, природы вещей и явлений; стремление доискаться до того, чем являются вещи и явления на самом деле и какова их подлинная сущность) и методологический номинализм (описание представленных в нашем опыте вещей и явлений и объяснение их при помощи универсальных законов; описание поведения вещей и явлений в разных обстоятельствах и поиск закономерностей этого поведения). При этом представляется очевидным, что оба пути допускают разные способы их прохождения: религиозный и мирской, лево- и правополушарный, экспериментальный и экспериментальный и т.д. Не возводя ни попперовские пути, ни способы их прохождения в альтернативу, тем более – догматизированную, я все же пытаюсь оставаться в рамках мирского методологического номинализма. Это – не отрицание религии, не атеизм как извращенный способ верования, а лишь обозначение профессиональных границ: психологическая практика – дело мирское, и обмирщение религиозных понятий и категорий – путь самообмана, создающий множество самонадеянных и опасных иллюзий. Просто я не могу не согласиться о Дж. Бугентальем, считающим, что «Работа психотерапевта, отрицающего тайну, имеет разрушительные последствия. Этот психотерапевт скрыто или явно передает клиенту такой взгляд на мир, при котором все может и должно быть понято и поставлено под контроль» – добавлю: совершенно неважно – мирской или религиозный это будет контроль. В свете оказанного – для меня, по крайней мере – опущенные в дорожную пыль психотерапии понятия «Высшего Я» или «Духа» становятся такими же объектами манипуляций и в то же время – средствами контроля и управления, как и понятия академической, сциентистской психологии. Границы Тайны,

я бы сказал, не сужаются, а смещаются, всегда оставляя меня перед задачей узнавания и принятия Тайны как части жизни, «уважения ее вездесущности» (Дж. Бугенталь) – т.е. принятия ее такой, какова она есть, а не насилия над ней редукцией к якобы понятному и переназыванием.

Б. Данэм заметил, что метод, при помощи которого мы что-то делаем, вытекает из характера того, что надлежит сделать. Применительно к психотерапии это можно суммировать в виде двух ее парадигм – медицинской и психологической (см. статью «Границы психотерапии, Независимый Психиатрический журнал, 1905, № 2)

В медицинской модели (мы можем признавать это или нет) методу придается – явно или скрыто – значение лекарства, имеющего свой круг показаний и противопоказаний, осложнений и побочных эффектов, потенциал терапевтической эффективности и т.д.: метод «парадоксальной интенции» хорош при том-то, прямого внушения – при том-то, косвенного – у тех-то, гипнотерапии – там-то. Эта «научная» мифология создает установки, которые, собственно, и определяют эффективность методов; «работает», иными словами, не сам метод, а мое отношение к нему. Это так даже применительно к использованию психотропных средств. В США в 70-е г.г. с использованием «двойного слепого метода» был проведен такой эксперимент. Две группы врачей одним и тем же препаратом лечили тщательно подобранные идентичные группы бредовых больных: врачи первой группы верили в эффективность препарата, второй – нет. Все врачи получили «препарат»: половина в каждой группе – настоящий, вторая половина – точную плацебоимитацию. После окончания лечения состояние больных оценивали непосвященные в условия эксперимента независимые эксперты: эффективность у веривших в препарат и использовавших плацебо врачей оказалась выше, чем у неверяющих и использовавших настоящее лекарство.

В психологической модели метод «работает» как инструмент структурирования процесса терапии и неизбежно, стало быть, как способ интерпретации происходящего с клиентом: каждый может без труда обнаружить это, сопоставив, например, историю одного и того же клиента, написанные психоаналитиком, поведенческим терапевтом, гештальт-терапевтом и логотерапевтом («психотерапевтические легенды»). Очень часто находим в этой модели как бы зеркальное отражение модели медицинской: в ней группировка школ идет «от метода», тогда как в медицинской – «от симптома». Там же, где очевидно, что каким-то одним методом дело не ограничивается, место метода занимает методология: холизм, эклектика, синтез и проч. Р. Асаджиоли, например, прямо говорит, что психосинтез – не теория, не метод, но общий подход. Именно здесь, думается, начинается пограничная полоса между психотерапией и светской религией. Но что все-таки в целостном психотерапевтическом процессе работает, где этот «момент истины» – так же расплывчато и туманно, как в медицинской парадигме.

Один из занимающих меня примеров этого – лечение алкоголизма (я не имею в виду лечение принудительное, после которого в течение года более, чем

у 90 % «излеченных» наблюдаются «рецидивы»). Многие сторонники психологической парадигмы, ссылаясь при этом на опыт движения Анонимных Алкоголиков, считают метод А. Р. Довженко – кодирование – «защищенным патентом Российской Федерации обманом». Анализ их критики показывает, что метод понимается ими не шире, чем обывателем половой акт (в исключительно генитальном измерении). За полем внимания оказывается цепочка актов, выполняемых самим пациентом: решение о лечении, выбор психотерапевта, закрепление решения через ряд действий (покупка билета, преодоление расстояния – часто немалого, нахождение средств на оплату лечения, выполнения условия трехнедельного воздержания – т.е., по существу, практическое вступление в контракт, который будет окончательно заключен перед самой лечебной процедурой), без которых исцеление не происходит. При этом человек должен произвести колоссальную внутреннюю работу, которая, с одной стороны, без участия терапевта труднее, а с другой, явно безопаснее – нет элемента «раскрытия» перед ним, вербализации сложных переживаний и формулирования отношения к ним в условиях – так или иначе – публичности, что вызывает к жизни процессы сопротивления. Правда, психотерапевт эту внутреннюю работу не посредственно не контролирует и, стало быть, не может связать ее со своими усилиями – пациент работает со сложнейшими блоками переживаний и проблем так, как это ему (пациенту) лучше. Психотерапевт делает в этом методе нечто иное – коротким шоковым воздействием в момент наибольшей готовности и восприимчивости, подготовленных долгими внутренней работой и ожиданием, переводит то, что пациент уже сделал, из плоскости стремления в плоскость факта; добавлю только, что сходные процессы происходят и в значимом для пациента окружении. Если не быть пристрастными, то очень сходные паттерны процесса можно обнаружить и в работе психотерапевта, и в воздействиях АА. Но тогда придется сознаться себе в том, что методика сама по себе не имеет решающего значения, что структурирование целительного процесса имеет право быть очень разным, и дело в том – появляется ли то Нечто, что переводит структуру лечебного процесса в целительную систему отношений. Признав это Нечто, мы делаем, как минимум, два важнейших шага. Во-первых, приходим не к декларируемому, а истинному принятию клиента и уважению к нему – то есть, оставляем за ним право и возможность на выбор разных процессов структурирования, отвечающих его индивидуальным особенностям и опыту, сложившимся у него аттитюдам. Во-вторых, вплотную подходим к вопросу о том – что же такое это Нечто? Не признав это Нечто, мы остаемся в той плоскости профессионального сознания, в которой о своей работе судим по намерению, а о чужой – по самой работе: тогда можно поносить работу В. Эрхарда и А. Е. Алексейчика и называть их «фашистами», не замечая, что сами направо и налево орудуем завернутым в вату молотком или, пользуясь словами И. Бабеля, попросту «размазываем белую кашу по чистому столу» Выбор – за нами, и это – ответственный выбор.

Но, допустим, мы признали существование этого Нечто как метафизического остатка психотерапии. Как оно выглядит, что оно такое? На худой конец – как его, хотя бы, назвать? Здесь я хочу обратиться к однажды уже использованному мной образу.

Многим, особенно – людям не самого молодого поколения, знаком опыт целительныхочных диалогов в пути с их удивительными взаимными открытостью и доверием, дарящими чувство парения вдвое и вмещающими в занимаемые ими короткие отрезки астрономического времени дни, месяцы, годы времени психологического. Мы никогда не предвидим такие диалоги заранее и можем лишь оглянуться на них. Итак...

Я куда-то еду. Остаются позади минуты прощения, когда хочешь сказать и услышать нечто важное, а говоришь и слышишь всякие мелочи, вызывающие смущение и чувство неловкости происходящего, разряжаемые шутками, попытками писать и читать что-то на оконном стекле... Наконец-то – поезд тронулся (лучше всего для нашего понимания, чтобы это был самый обычный плацкартный вагон). Почему-то хочется смотреть в окно, где город сменяется окраинами, окраины – пригородами, пригороды – простором, в котором время от времени возникают островки чужой, неведомой мне жизни (почему-то нужно вагонное окно, чтобы действительно ощутить эту неведомость). Ощущение необычности усиливается обычной иллюзией – близкое за окном убегает назад, далекое бежит вровень с поездом, а очень далекое даже обгоняет его. За всем этим, пока я стою у окна, под мерное покачивание и постукивание то, с чем так не хотелось (или, наоборот, мучительно хотелось) расстаться, становится не просто оставленным, а сдвигается куда-то на периферию сознания, как бы подергивается солнцем дымкой, становится тающим, но не растворяющим до конца эхом переживания. Каждый миг я уже не там, где был миг назад. Я уже не там (но и там), откуда уехал, и уже там (но еще не там), куда еду. Я застыл у окна без движения и... куда-то несусь. Я между... нигде... Где же? Возникает желание оглядеться, освоиться в этом несущемся пристанище. Что вокруг? Что за люди? Ориентировочная реакция постепенно сгладится, но чувство будоражающей новизны останется. Будет раскладывание вещей, знакомства, первые «перекусы» под разговоры о-том-о-сем. А под вечер вдруг застану себя разговаривающим уже с кем-то одним. Вагон постепенно засыпает, в тусклом свете ночника лица собеседника едва угадывается, ритмика покачиваний, постукиваний, чужих дыханий, промельков света за окном и неслышных силуэтов изредка проходящих мимо людей – все это сплетается в музыку совершенно особого мира, открытого и защищенного в одно и то же время. А разговор-то уже совсем иной – с какого-то неуловимого мига совсем уже иной смысл. Пространство уже не разделяет, а соединяет воедино. Легко и светло облекается в слова (Господи, разве следишь за этим? – само получается) то, что так долго лежало в душе тяжелой невыразимостью. Слова другого угадываются раньше, чем они сказаны, как собственные, но зовут слушать и слушать... И в какой-то момент я вдруг точно чув-

ствую как что-то в душе встало на место и знаю, что с собеседником случилось то же. И оба мы становимся осторожными, как бы опасаясь словом, дыханием, неловким жестом спугнуть ЭТО. На выручку приходит: «Ах, да... подумать только – ужи середи-на ночи... пора спать». Утром, объединенные общей тайной душевной связи и происшедшего, мы уже не вернемся к ночному разговору. Но я буду осторожно прикасаться к чему-то в душе, как к недавно еще болевшему зубу языком, радостно ощущая, нет, даже не отсутствие боли, а присутствие неболения. И каким-то... цатым чувством знать, что с моим ночным собеседником происходит то же самое.

Вероятно, возможны и иные образы; каждый волен обратиться к собственным, ибо ведь почувствовал – о чём речь идет. Так или иначе – возникает вопрос: это было или нет психотерапией? Безусловно – НЕТ, ибо не было ни запроса, ни ролевых установок, ни контракта, ни терапевтической цели. Безусловно – ДА, ибо произошло взаимодействие, в котором один человек, не прибегая к другим средствам выражения кроме слов, жестов, мимики, пауз помог другому человеку изменить его мироощущение так, что он смог отказаться от чего-то мешающего, прояснить неясное, хорошо себя чувствовать и ждать хорошего от жизни; налицо контакт, освобождающее изменение мироощущения и чувство безопасности, позволяющие отказаться за симптома за его теперь ненадобностью. Иными словами, был диалог, о котором Т. Крон пишет: «Можем ли мы обучить себя диалогу, чтобы каждый раз уметь добиваться его установления? Можем ли мы осуществлять контроль над диалогом? Ответ на это – нет. Мы не можем выучиться диалогу или натренироваться в нем подобно тому, как мы учимся техническим приемам или методам или тренируемся в их применении. . . Момент диалога наступает непроизвольно, внезапно, неожиданно, его невозможно поддержать насильно. Но мы можем, однако, подготовить себя к наступлению этого момента, подготовиться для того, чтобы не препятствовать ему, не остановить его или не упустить миг его прихода».

Думается, что формальные признаки психотерапии, к которым я склонен относить и методы, играют ту же роль, что в примере о поездом – вся гамма контрастов, промежуточности, ритмики и проч., обращающих человека к его аутентичному ядру и интенциональности. Они создают условия для изменения ракурса, модальности сознания, выхода его за пределы обыденного и тем самым – для возникновения «момента диалога». В этот момент человек открыт «Янусову мышлению» с его способностью одновременного и активного постижения противоположных или противоречащих друг другу идей, образов, концепций. Язык «Янусова мышления» ассоциативен, образен, символичен, метафоричен – это язык постижения, а не объяснения. Когда его нет – нет и психотерапии, как нет и восприятия картины, музыки, поэзии, ибо двери в них забиты досками здравого смысла, обыденного сознания. Это похоже на разницу терапии занятостью и трудотерапии в наших психиатрических больницах, которая может и здорового свести с ума. Недаром же не пережившим

психотерапии людям так трудно рассказать, что такая психотерапия – моему молодому коллеге, увлеченому групповой психотерапией в отделении пограничных расстройств заведующий отделением сказал как-то: «Я понимаю – вы любите больных. Это хорошо. С больными тоже надо поговорить по-человечески. Но вы все разговариваете и разговариваете, а когда же вы лечить будете?».

В этом вопросе очень точно схвачена, правда – от противного, особенность психотерапевтического диалога. Действительно, почему бы просто не поговорить с женой (мужем), мамой или папой, другом? Зачем искать психотерапевта, ходить к нему, да еще и деньги за это платить? Только ли потому, что «Исповедаться жене? – Боль ей будет непонятна. Исповедаться стране? – до испуга необъятна» (Е. Евтушенко)? Красиво сказано, но дело не в этом. На самом деле все и сложнее, и проще. Обыденные диалоги – чаще всего монологи вдвоем: «Я думаю, что ты... Я тоже с этим сталкиваюсь, переживаю похожие вещи... Я бы на твоем месте...» и т.п. Это обмен словами, но не смыслами; по М. Буберу, что разговор «Я – Оно» и этимология «диалога» здесь – Диа + Логос (слово). Этимология «диалога» в психотерапии – Диа + Логос (смысл): где нет смысла (обмена смыслами и/или порождения новых смыслов) – нет и психотерапии. А если бы смыслы были всегда открыты обыденному сознанию – не было бы нужды в психотерапии (собственно, так и происходит, когда они открыты). В психотерапии диалог (при помощи слов, знаков) в какой-то момент – момент диалога, по Т. Крон – становится диалогом смыслов, который неуправляем. И он невозможен в плоскости обыденного сознания. В этой плоскости лежание на кушетке и говорение всего, что приходит в голову, не есть психоанализ, как перевод за руку матерью боящегося переходить дорогу ребенка на есть поведенческая терапия.

Психотерапия – я имею сейчас в виду не ее внешнюю, формальную сторону, а ту часть, которая и делает ее психотерапией – происходит и совершается в особом, отличном от обыденного измерении сознания. Эта особость звучит во многих определениях: особое пространство взаимодействия, психотерапевтическая жизнь, терапевтическая атмосфера. Нередко ее обозначают как эмоциональную вовлеченность. Число таких определений практически бесконечно, но если не стремиться его умножить, то можно остановиться на понятии транса в широком смысле этого слова: от гипнотического, ритуального, транса Магов – через медитационный опыт – до состояний, когда нам «открываются» поэзия или музыка, или состояний, из которых нас выводят чужое: «Ну, что ты застыл, как завороженный?!» или остающихся вовсе внешне незаметными. Нет никакой нужды ни патологизировать, ни мистифицировать понятие транса. Обыденное состояние сознания – это, по существу, поле активного осознания, удовлетворяющее задачам обеспечения повседневных житейских функций; в это поле, как утверждают кибернетики, выведено порядка 21 % содержания психики. В порядке метафоры можно сказать, что оно двумерно, и изрядная часть жизни человека посвящена попыткам расширения мернос-

ти – досуг, развлечения, игра захватывающая работа, творчество, секс, алкоголь или наркотики и т.д. Расширение мерности сознания и его пространства, изменение внутренних и внешних границ семиотического пространства сознания, трансформация его семантики, грамматики и синтаксиса с возможностью устанавливать новые связи и порождать новые смыслы и формы – вот тот самый минимальный набор характеристик, стоящих за понятием транса. Я намеренно избегаю обращения к религиозным, энергетическим и пр. описаниям транса – в интересующем меня плане это не имеет значения; я лишь хочу подчеркнуть, что трансовые состояния – необходимая, закономерная и широко представленная часть жизни, а не патология или мистика в одурненном смысле этого слова. Об этом столько написано, что, вроде бы и странно говорить снова и снова, но живой опыт (см., например, обсуждение работы А. Е. Алексейчика) показывает, что как раз это-то и остается за полем внимания при обсуждении психотерапии, в котором эпицентром рассмотрения продолжает оставаться формальный метод.

Что же делает метод? Какой задаче служит? Каково его место в психотерапии? Да, он структурирует процесс терапии, делает его постижимым, служит языком (приемлемым для одного и неприемлемым для другого психотерапевта или клиента) терапии. Но основная его роль – обеспечение путей подхода к терапевтическому трансу, «моменту диалога». Вместе о тем, метод – осознаваемое отражение терапевтом его работы; он никогда не бывает «чистым». Можно сколько угодно говорить, что внушение или НЛП манипулятивны, но при этом даже самый последовательный противник манипулятивности не может избежать их в своей работе. Всякая терапия, к какой бы школе она сама себя ни относила, неизменно транс-методична, и утверждение «Сколько психотерапевтов – столько школ терапии» фиксирует некоторое количество методов, а индивидуальные пути этой транс-методичности – прохождения вместе с клиентом через разные методические пространства в по-

исках психотерапевтического транса, «момента диалога» – внутреннего и/или внешнего.

Предлагаемый подход переводит проблему интеграции психотерапии из плоскости комбинации методов, которая может быть и эффективной, и опасной, в плоскость осознания трансметодичности любой психотерапии и осмысливания методов в этом трансметодическом контексте. Опасность психотерапии начинается там, где метод довлеет над клиентом и служит терапией для терапевта, где лежащие вне метода, но от этого ничуть не менее реальные, процессы игнорируются или отвергаются, становясь тем самым неуправляемыми. О понимании метода в трансметодическом контексте говорили М. Эриксон (Для каждого клиента – своя психотерапия), и Г. Пауль (Какое лечение, каким терапевтом более эффективно для этого человека, с этими специфическими проблемами, в этих специфических обстоятельствах?)

Подведем некоторые итоги. Ветвление, дифференциация психотерапии закономерно приводят к проблеме ее интеграции, которая реально уже и происходит. Однако, то – как она протекает и куда приведет, существенно зависит от выбираемых путей, Эклектизм, по определению, исходит из медицинской модели, в которой метод есть средство лечения и возможны монотерапия, комплексная терапия, полипрагмазия и т.д. Интеграция же требует не фиксации различий, а поиска общего. Таким общим моментом мне видится трансметодичность как представление о прохождении через разные методические пространства в поисках и подготовке целительного момента терапевтического транса. Одновременно трансметодичность облегчает видение и понимание психотерапии в широком контексте человеческой жизни и культуры, подводит к достаточно внутренне непротиворечивому объединению экспериментального и экспериментального подходов, прикладной психологии и психологической практики, помогает избежать тех потенциальных издержек в интеграции психотерапии, о которых справедливо предупреждает А. Лазарус.

ЛИТЕРАТУРА

- А. Дзенк Г. Дж. Сорок лет; спустя: проблемы эффективности в психотерапии. Психол. журн. 1994. т. 15, № 4
- Алексейчик А. Е. Восхождение на вершину. МПЖ, 1993, № 4
- Ассаджиоли Р, Психосинтез, М., REFL-book, 1994
- Бадхен А., Каган В. Новая психология и духовное измерение. С-Пб, Гармония, 1995 Бендлер Р., Гриндер Дж. Структура магии. С-Пб., 1993
- Бубер М. Два образа веры. М., Республика, 1995
- Бурно М. Е. О целебности абсурда. МПХ. 1993. № 4
- Василюк Ф. Е. От психологической практики к психотехнической
- Каган В. Е. Границы психотерапии. Независм. Психиатр. журн., 1995, № 2
- Крон Т. Исцеление через общение. Вестник РА ТЭПП. 1992, № 2
- Немиринский О. В. «Волшебная палочка» Алексейчика, или что случилось с Марком Розиным? МПЖ, 1993, № 4

- Поппер К., Открытое общество и его враги. М., Культ. Иниц., 1992
- Психотерапевтические тетради. С-Пб., Гармония, 1993
- Розин М. В. Терапия «Алексейчиком» (заметки наблюдателя). МПЖ, 1993, № 1
- Хайруллаева Л. М. Взгляд через годы. МПЖ, 1993. № 4
- Хеллер С., Ли Стил Т. Монстры и волшебные палочки. Киев, 1995
- Эриксон М. – Семинары с доктором медицины Милтоном Эриксоном, М., Класс, 1994
- Гипноз, т.т. 1–3, Харьков, Рубикон, 1994
- Lazarus A. A. Different Types of Eslecticism and Integration: Let's Be Aware of Dangers. J. of Psychotherapy Intergration. 1955, vol. 5, № 1
- Paul G. (1967) Cit. By Lazarus
- Rotenberg A. The Emerging Godde, The Creative Process in Art, Scienoe and Other Fields. Chicago, 1979

ПСИХИАТРИЯ И ПРАВА ЧЕЛОВЕКА

Совет Европы со дня своего создания в 1949 году содействует все более тесному союзу европейских государств, основанному на уважении общечеловеческих ценностей, демократии и прав человека. Его основная задача, как пишет генеральный секретарь Совета Европы Катрин Лалюмьер (1990), «найти пронизанные духом уважения к человеку и его правам общие или близкие ответы на проблемы, с которыми сталкивается современное общество... и, рано или поздно, каждый гражданин той или другой страны».

Европейский Секретариат по научным изданиям (СЕПС) при содействии Совета Европы издал в 1992 году русский перевод книги «Медицина и права человека». Нормы и правила международного права, этики, католической, протестантской, иудейской, мусульманской и буддийской религиозной морали», предназначеннной для медицинских факультетов и, в экспериментальном порядке, основы для преподавания этики в общеобразовательных школах. Это сокращенный вариант монументального издания «Врач и права человека» (1990). Сюда вошло описание 58 (из 133) казусов, представляющих наиболее характерные ситуации, с которыми может столкнуться врач в своей работе, и то, как решает их международное право, светская этика и религиозная мораль: католическая, протестантская, иудейская, мусульманская и буддийская.

Мы опубликуем в ближайших выпусках казусы, наиболее актуальные для психиатра, и надеемся, что их острота и напряженная проблематичность вызовут у читателей желание откликнуться. Особенно хотелось бы – конкретными примерами.

КАЗУС 45

ПРАВО НА ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ

Водитель трамвая, 40 лет, подвержен приступам эпилепсии, о которых знает лечащий врач, но не знает работодатель.

1. Международное право

Хотя национальные законодательства и нормы врачебной этики, как национальные, так и международные, упоминают о профессиональной тайне с неzapамятных времен, действующее международное право пока еще не относит ее к разряду прав как таковых. В этом случае, если национальное законодательство предусматривает право на врачебную тайну (и определяет обстоятельства и пределы его действия), врач может, ссылаясь на закон, отказать в предоставлении информации.

2. Этика

Лечащий врач безоговорочно обязан хранить профессиональную тайну (ВМА, Лондон, 1949 г.), (Женева, 1948 г., Лиссабон, 1981 г. – Двенадцать принципов, 1963 г.). Даже назначаемый работодателем врач предприятия должен соблюдать профессиональную тайну (Постоянный комитет врачей ЕЭС, 1969 г.).

3. Религиозная мораль

a. Католическая. Правила католической этики недвусмысленно подтверждают обязанность врача хранить профессиональную тайну, хотя и не абсолютно во всех случаях. В самом деле, было бы этичес-

ки недопустимо использовать тайну для скрытия преступления или обмана¹. В рассматриваемом случае болезнь пациента может отразиться на физической целостности других лиц, и поэтому врач должен сообщить компетентным органам о болезни пациента, если тот, будучи информирован о своем состоянии, откажется сообщить об этом работодателю.

б. Протестантская. Это – вопрос совести. Можно себе представить, что на первых порах врач попытается убедить пациента перестать водить трамвай и заняться какой-нибудь другой работой. Затем он должен был бы предупредить его, что неразглашение подобной «тайны» выше его сил и что он несет персональную ответственность, по крайней мере в моральном плане. Наконец, в данном случае решение следует принимать как можно быстрее...

в. Иудейская. Иудаизм придает большое значение соблюдению врачебной тайны, но в то же время, сознавая всю тяжесть ее раскрытия, признает, что бывают случаи, когда тайна может быть нарушена.

Уважение к частной жизни и нерушимость профессиональной тайны не могут быть выше интересов защиты и безопасности жизни людей. Безусловный долг защищать жизнь других людей обязывает врача принять меры, которые он считает необходимыми, чтобы устранить всякую опасность для их жизни. Врач обязан сообщить работодателю, что водитель подвержен приступам эпилепсии. В этом случае

¹ PIE XII, Discours et messages radiodiffusés, vol. VI, p.191.

долг врача – нарушить профессиональную тайну, так как никто не имеет права подвергать опасности жизнь других людей.

г. *Мусульманская*. У врачебной тайны есть свои границы. Она может быть нарушена, если сохранение тайны чревато нанесением физического ущерба третьему лицу, что противоречит мусульманской морали. Другими словами, надо показать больному лежащую на нем ответственность и убедить его сообщить о своей болезни работодателю.

д. *Буддийская*. Придерживается сходной с другими религиями точки зрения.

КАЗУС 46

Пациент, больной СПИДом, просит врача не сообщать диагноз его партнеру или партнерше.

1. Международное право

Многие международные правовые документы гласят: «Каждый человек имеет право на свободу поиска и получения информации любого рода в устной, рукописной и печатной форме... или используя для этого, по своему выбору, любые другие средства» (статья 19 Общего права, статья 19 (2) Пакта о гражданских и политических правах человека). «Пользование этой свободой предполагает, однако, специальные обязанности и особую ответственность и может сопровождаться определенными ограничениями, конкретно фиксируемыми законом и необходимыми для: а) соблюдения прав других людей; б) охраны общественного здоровья» (статья 19(30) Пакта о гражданских и политических правах и статья 10(2) Европейской Конвенции о правах человека).

Следовательно, если в национальном законодательстве предусмотрено право на врачебную тайну, врач может отказать партнеру или партнерше в предоставлении информации.

В случае отсутствия такого положения в законодательстве врачи, исходя из обязанности не наносить ущерб третьему лицу, должны ответить на вопросы, которые могут быть ему заданы.

Напомним, что пункт 2.2.3 рекомендации № R(87) 25 Комитета министров Совета Европы от 26.11.1987 г. ограничивается утверждением, что упомянутые лица «... должны быть поставлены в известность о подтвержденном положительном результате их анализа крови; им следует рекомендовать обратиться в компетентные медицинские службы и консультации для получения информации по защите собственного здоровья и по предупреждению распространения инфекции на других лиц». Напомним также, что, согласно второму абзацу пункта 2.2.1 той же резолюции, конфиденциальность в отношении тестов, проводимых с добровольного согласия, должна скрупулезно соблюдаться.

2. Этика

Лечащий врач безоговорочно обязан хранить профессиональную тайну (ВМА, 1949 г.), (Женева, 1948 г., Лиссабон, 1981 г. – Двенадцать принципов, 1963 г.). Даже назначаемый работодателем врач должен соблюдать профессиональную тайну (Постоянный комитет врачей ЕЭС, 1969 г.).

Мадридская декларация ВМА (1987 г.) требует

от врачей, чтобы они рекомендовали пациентам доводить до сведения своих партнеров, бывших и настоящих, что они, может быть, являются вирусоями. О каждом подтвержденном случае заболевания СПИДом следует анонимно сообщать соответствующим органам.

Личность заболевших СПИДом или носителей вируса не должна раскрываться, если только это не угрожает здоровью других членов сообщества.

Необходимо разработать способ предупреждения сексуальных партнеров зараженных лиц, соблюдая при этом, в пределах возможного, конфиденциальность сведений, касающихся последних. Он должен гарантировать соответствующую защиту законом врачей, которые выполняют свой профессиональный долг, предупреждая лиц, подвергающихся риску.

3. Религиозная мораль

а. *Католическая*. Согласно учению католической церкви, профессиональная тайна не носит абсолютного характера². Поскольку в рассматриваемом случае речь идет о заразной болезни, врач обязан заявить об этом санитарным органам. Врач должен по крайней мере потребовать от больного лично сообщить диагноз своему партнеру, так как только осведомленность об имевшемся или будущем риске позволит тому принять все необходимые профилактические меры. В случае безответственного отношения или отказа пациента это сделать интересы общества требуют, чтобы врач сам проинформировал компетентные власти или даже партнера.

б. *Протестантская*. Почему пациент этого требует? О каком «партнере» может идти речь, когда замышляется столь «страшный» обман? Врач должен помочь пациенту разобраться во всех этих вопросах и поступить с полным сознанием своей ответственности. В противном случае ясно, что забота о здоровье и, более того, о жизни партнера или партнерши должна быть выше уважения по меньшей мере спорного желания пациента.

в. *Иудейская*. Соблюдение права на невмешательство в личную жизнь и неразглашение врачебной тайны не должны превалировать над интересами защиты человеческой жизни и безопасности людей. Безусловный долг защищать жизнь других людей обязывает врача принять все необходимые, по его мнению, меры для устранения опасности. В этом случае долг врача – нарушить профессиональную тайну; замалчивание в такой ситуации должно быть наказуемо, так как никто не имеет права подвергать опасности жизнь других людей.

г. *Мусульманская*. Профессиональная врачебная тайна имеет свои пределы. Не сообщить о положительном результате анализа на СПИД – значит подвергать другого человека опасности заражения.

У врача есть и другой выход из этого положения – убедить инфицированного пациента самому сообщить об этом партнеру или партнерше, имея в виду, что, помимо предохранительных средств (применение презервативов), существуют и определенные медикаменты, способные подавлять распространение вируса. Ислам предписывает лояльность и честность.

д. *Буддийская*. Придерживается сходной с другими религиями точки зрения.

² PIE XII, Discours et messages radiodiffusés, vol. VI, p.191.

ЛИЧНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Женщина, 53 года, страдает алкоголизмом и циррозом печени, с варикозными поражениями вен пищевода, вызывающими рецидивные кровотечения и требующими каждый раз переливания большого количества крови.

Пациентка отказывается прекратить употребление алкоголя, что позволило бы остановить или ослабить кровотечение.

Позиция врачей: (относить расходы общества на оплату каждого переливания крови на счет пациентки.

1. Международное право

Не существует международных юридических актов, обязывающих каждого человека самому заботиться о своем здоровье.

Никто не подвергает сомнению тот факт, что в западных юридических системах право каждого субъекта предусматривает одновременно и личную ответственность, но в международном праве такого положения нет, что подтверждается отсутствием юридических документов. Однако следует обратить внимание на пункт Б Рекомендации № R (80) 4 Совета Европы, касающийся активного участия больного в своем лечении.

2. Этика

Врач должен выполнять свой профессиональный долг независимо от поведения пациента. Ему надлежит разъяснить поплещу опасность, которой он подвергает себя, злоупотребляя алкоголем (BMA, Токио: Декларация о злоупотреблениях наркотиками, 1975 г.). Решение о назначении того или иного лечения принимается врачом. (МКМО, Каким должен быть уход за больным, 1983 г.; BMA, Права больного, Лиссабон, 1981 г.).

Двенадцать принципов социального страхования (BMA, 1963 г., XI) гласят, что, исходя из высших интересов больного, нельзя ограничивать право врача прописывать медикаменты и предписывать любое лечение, которое он считает необходимым на основе общепризнанных медицинских норм.

3. Религиозная мораль

a. Католическая. Каждый человек обязан следить за сохранением в целости своего тела и поддержи-

вать его в здоровом состоянии. Он не является абсолютным хозяином своего тела и своего духа, а потому он не может распоряжаться собой по своему усмотрению¹. Долг врача – предупредить больного об опасности алкоголизма, его последствиях, и в качестве крайнего средства он может потребовать его госпитализации. Но по нашему мнению, врач имеет право госпитализировать пациента в принудительном порядке только в случае потери больным разума или опасности, которую он представляет для общества.

b. Протестантская. Чем вызван «отказ» пациентки? Вероятно, она просто не может бросить пить, но это вовсе не значит, что она этого не хочет. Во всяком случае, алкоголизм – это болезнь со многими составляющими, и ее можно лечить только с учетом всех сторон личности и ее окружения.

c. Иудейская. Обществу следует проводить антиалкогольные кампании, борясь с курением и вкладывать необходимые средства скорее в предупреждение заболеваний, чем в их лечение. На этих людей нужно оказывать моральное воздействие с тем, чтобы убедить их сойти с того путь, на который они встали. Во всяком случае, общество обязано нести ответственность перед этими больными и проявлять о них необходимую заботу, сколько бы это ни стоило. Эти больные – жертвы нашего общества, и оно ни в коем случае не должно занимать позицию невмешательства, игнорируя нужды этих обездоленных людей.

d. Мусульманская. Врач обязан сообщить больной, страдающей осложненным циррозом, о той опасности, которую представляет для нее употребление алкоголя. Должен быть рекомендован курс дезинтоксикации. Как бы ни складывалась ситуация, общество должно вести антиалкогольную кампанию. В случае ее неэффективности ему ничего другого не остается, как только брать на себя ответственность и проводить необходимое лечение.

e. Буддийская. Общество обязано отвечать за проблемы, которые оно прямо или косвенно порождает. В поисках выхода из этой ситуации нельзя руководствоваться только общими законами, нужно принять во внимание и особые индивидуальные обстоятельства. Вместе с тем ответственность должен нести и сам пациент.

ФАРМАКОЗАВИСИМОСТЬ

Тридцатилетний пациент, регулярно впрыскивает себе морфий. Несколько попыток прекратить употребление наркотика.

Строгий контроль за его поведением как наркомана (законодательство Великобритании, абсолютный запрет и уголовное наказание в Бельгии – закон от 1975 г.).

1. Международное право

В этом казузе ставятся два вопроса: во-первых, о наличии юридической персональной ответственнос-

ти за сохранение здоровья; во-вторых, о законности юридических мер (уголовных или иных), которые ведут к ограничению личной свободы, возможностей человека как юридического лица и в личной жизни.

В первом случае весьма сомнительно, чтобы в настоящий момент (даже путем толкования от противного – a contrario – существующих положений о праве на здоровье) было возможно разработать ка-

¹ Pie XII, Discours et messages radiodiffusés, vol. XIV, 1952.

кое-то индивидуальное международное обязательство индивида заботиться о своем здоровье.

Что же касается второго вопроса, то вмешательство государственных властей в личную жизнь оправданно, если оно направлено на защиту здоровья (например, заражение СПИДом или другими болезнями, поражающими наркоманов).

Таким образом, меры по ограничению личной свободы совместимы с международным правом (права человека).

2. Этика

Необходимо руководствоваться общими принципами (интересы пациента, выбор терапевтических средств и ограничение их воздействия на способности пациента), вытекающими из деклараций международных организаций (ВМА, Лондон, 1949 г.).

Кроме того, Токийская декларация о злоупотреблении психотропными наркотическими средствами (ВМА, 1975 г.) обязывает врача с большой осторожностью использовать эти препараты, строго соблюдать медицинские предписания, чтобы они соответствовали точному диагнозу, сопровождались рекомендациями нефармакологического порядка и чтобы фармакотерапевтические средства использовались с соблюдением предосторожности, не забывая о возможной опасности их неправильного употребления и злоупотребления ими.

2. Религиозная мораль

a. Католическая. В различных документах, опубликованных главой Римской церкви, объявляется незаконным использование наркотических средств, которые создают иллюзию освобождения и ведут к физическому и психическому саморазрушению¹. Основываясь на общих принципах определения эффективного лечения, необходимо рассматривать человека в его совокупности, т.е. не только с точки зрения

его физического состояния, но и с точки зрения его психологии, морального и духовного идеала и места, которое он занимает в социальной среде². Принудительное лечение должно рассматриваться как «последнее средство» (*ultima ratio*), равно как и обязательное лечение психических больных в специальных заведениях, – все это при условии, что применение только терапевтических средств совершенно недостаточно.

b. Протестантская. Наркоманами не рождаются, ими становятся. Почему? Если наркомания является состоянием, в которое «впадают», то, очевидно, из него можно выйти. Каким образом? Какой ценой?

Пусть те, кого серьезно волнуют эти вопросы, сделают все, чтобы найти ответы на них!

c. Иудейская. В подобных случаях врач должен всячески избегать предписания наркотических препаратов, которые могут вызвать привыкание к ним или психические расстройства; к такому лечению следует прибегать лишь в крайних случаях, когда нет никакого другого средства и когда жизнь пациента в опасности.

d. Мусульманская. Согласно Корану, человек, его плоть и его дух представляют собой высшую ценность. Исходя из этого, ислам запрещает всякое воздействие, наносящее ущерб человеческому телу. Однако лечение от наркомании допускается при условии его безопасности и под постоянным контролем врачей.

d. Буддийская. Поскольку целью является оказание помощи пациенту, избавление его от страданий, само по себе это решение может показаться удовлетворительным. Однако необходимо побуждать пациента обратиться к мягкой психотерапии, к упражнениям по системе йогов, к занятиям спортом... В то же время существует опасность институционализации наркотиков.

КАЗУС 19

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ

Обвиняемый, 28 лет, подозревается в организованном групповом грабеже; допрос невозможен по причине психического расстройства обвиняемого.

Либо участие психиатра в допросе, либо он назначает психотропные препараты.

I. Международное право

Рассматриваемый случай представляет собой один из примеров злоупотреблений в психиатрической практике, запрещенных не только всеми международными документами, упомянутыми в казусах 17 и 18, но также и рекомендацией п.Р. (83) 2, принятой Комитетом министров 22.02.1983 г., относительно юридической защиты лиц, страдающих психическими расстройствами и подвергающихся принудительному лечению (см. статью 5 и пункты 29-32 изложения мотивов). По этому же вопросу см. также постановления Суда по правам человека по делам Унтерверпа (24.10.1979 г.) и в особенности – X. против Соединенного Королевства (05.11.1981 г.).

В отношении различных видов пыток и жестокого, бесчеловечного или унижающего человеческое

достоинство обращения и наказания см. постановления Суда по правам человека по делам: Ирландия против Соединенного Королевства (18.01.1978 г.); Тирер против Соединенного Королевства (25.04.1978 г.); Сильвер и другие против Соединенного Королевства (25.03.1983 г.); Бойл и Райс против Соединенного Королевства (27.04.1988 г.) и Шененберг и Дюрмаз против Швейцарии (20.06.1988 г.). см. также решения Комиссии по правам человека 18.10.1985 г. и 31.12.1985 г. по делам Фарранта, Гливса и других против Соединенного Королевства; Вирна, МакФаддена и других против Соединенного Королевства.

В отношении телесных наказаний в школе как формы бесчеловечного и унижающего достоинство обращения см. резолюцию (87) 9, принятую Комите-

¹ Congrégation pour l'Éducation catholique, «Orientamenti educativi per l'amore umano», n. 104, L'Osservatore Romano, 2.12.1983; Congrégation pour la doctrine de la Foi, «Libertatis conscientia», n. 14, A.A.S. 79 (1987), p. 554-599.

² Pie XII, Discours et messages radiodiffusis, vol. XX (1958), p. 331.

том министров Совета Европы 25.06.1987 г.; постановление Суда по правам человека по делу Кэмпбелла и Козенса против Соединенного Королевства (25.02.1982 г.) и доклады Комиссии по правам человека 23.01.1987 г. и 16.07.1987 г. по заявлению 9119/80; 9014/81 и 10592/83 все против Соединенного Королевства.

2. Этика

Основным нормативным актом по вопросам злоупотреблений в психиатрии является текст, принятый Всемирной психиатрической ассоциацией в 1977 году во время сессии на Гавайских островах. Он подтверждает, что призвание врача состоит в исцелении людей при уважении их достоинства. Любое постороннее влияние на лечебный процесс должно отвергаться врачом.

3. Религиозная мораль

a. *Католическая*. Прямое или косвенное участие психиатра в действиях, нарушающих психофизическую целостность человека и направленных на подавление личности обвиняемого с целью получения

от него признаний, неприемлемо с моральной точки зрения¹. В данном случае участие психиатра незаконно по причине отсутствия «медицинских показаний» на умственную или психическую патологию.

b. *Протестантская*. Вызывает удивление сама постановка подобного вопроса в пособии по правам человека. Статья 5 Всеобщей декларации прав человека резко осуждает пытки, а также «жестокое, бесчеловечное или унижающее человеческое достоинство обращение и наказание». Протестантизм считает такую оценку исчерпывающей. в. *Иудейская*. Пытки запрещаются и осуждаются, и, следовательно, участие врачей в них недопустимо.

г. *Мусульманская*. Ислам запрещает любое посягательство на физическую или психическую целостность человека, даже если речь идет о подозреваемом в каком-либо преступлении.

д. *Буддийская*. Придерживается сходной с другими религиями точки зрения.

¹ Pie XII, Discours et messages radiodiffusés, vol. XX, 1958? p. 331...

(Окончание следует)

НПА

осуществляет проект

«НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ СЛУЖБА РОССИИ»,

включающий следующие программы:

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

Как благотворительная организация НПА нуждается
в спонсорах и принимает пожертвования

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

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

ЖЕРТВА КОНФОРМИЗМА

В. Батаев

В наши дни, когда мир еще не оправился от потрясения, вызванного трагедией в токийском метро, когда главное действующее лицо это трагедии – руководитель религиозной секты «АУМ Синрике» Асахара предстал перед японским судом, а российская фаланга секты объявлена вне закона, казалось бы уже не осталось места для каких-либо споров: деятельность секты признана вредной, а всякое заступничество за ее члена – кощунственным. Поэтому автор, вступая в полемику с заключением судебно-психиатрической экспертизы, признавшей одного из членов российской общины «АУМ» пострадавшим, рискует прослыть по крайней мере ретроградом, если не начать с необходимых объяснений.

Я не выступаю здесь в защиту секты и вышеозначенного ее адепта (на их месте могли оказаться другие); во главу угла я ставлю первостепенность научной истины; я подвергаю сомнению диагноз «индукционный психоз», установленной комиссией судебно-психиатрической экспертизы; я хочу показать как легко порой психиатры идут на выполнение социального заказа, на втискивание в прокуратуру ложе психиатрического диагноза обычной человеческой судьбы, социального или психологического феномена. Становится не по себе, когда они, забыв о предмете своей науки и своей роли в ней, уподобляются какому-нибудь невежественному «Московскому комсомольцу», который сетует, что членов секты «АУМ» «...пытается привлечь к административное ответственности. На самом деле их надо лечить». («МК» от 18.03.96 г.).

Итак, на суд читателей представляется изложение акта судебно-психиатрической экспертизы, проведенной Боб-ву, являвшемуся свидетелем по уголовному делу в отношении религиозной организации «АУМ Синрике»; экспертиза проводилась в московской клинической психиатрической больнице № 1 им. Алексеева в июле 1995 г.

Из акта видно, что испытуемый (1971 года рожд.) родился в асфиксии с признаками родовой травмы от беременности, протекавшей с токсикозом, угрозой прерывания. Отставал в психическом и физическом развитии. В 1,5 года перенес сильное отравление фотопротивоактивами. Родился беспокойным, двигательно расторможенным, плохо спал по ночам. С 2-х летнего возраста отмечались «тики», заикание. В 4-х летнем возрасте перенес тяжелое отравление интоксицидами, был помещен в реанимационное отделение. В 5-и летнем возрасте в связи с общей двигательной расторможенностью, беспокойным сном, непроизвольным подергиванием мышц лица и плечевого пояса, энурезом, энкопрезом, впервые был осмотрен психиатром; установлен диагноз «Остаточные явления органического поражения ЦНС в форме невро-

зоподобного синдрома». В последующем систематически наблюдался у психиатра, получал терапию. В школу пошел своевременно, учился с трудом. В 3-м классе отправлен в психоневрологический санаторий. Там отмечалось, что он маленького роста, дисплазичен, с рассеянной неврологической симптоматикой. При психологическом исследовании выявлялись грубые нарушения памяти и внимания, расторможенность, дурашливость. Первые дни плакал, скучал по матери. В процессе лечения стал спокойнее, учился на «4» и «5», уменьшились тики, подружился с ребятами, однако на занятиях оставался отвлекаемым. Был выписан с диагнозом «Неврозоподобный синдром вследствие органического поражения ЦНС многофакторной этиологии». В 4-м классе продолжал обучение в общеобразовательной школе, вновь усилились проявления энуреза и энкопреза, тики. Был крикливы, непоседлив. Был направлен на учебу в санаторно-лесную школу, где учился с 5-го по 8-й классы.

Там поведение было упорядоченным, хорошо усваивал программу, дружил с другими учениками. Однако оставались жалобы на повышенную утомляемость, периодические головные боли, тики, усиливающиеся при волнении, эпизодический энурез. По окончании 8-и классов поступил в техникум электронных приборов, учился средне, на занятиях уставал, был стеснительным и малообщительным. В 19-и летнем возрасте увлекся рок-музыкой, посещал концерты, видеозалы, смотрел боевики, фильмы ужасов. В 1990 г. проходил военную экспертизу в психиатрической больнице № 3. Там предъявлял жалобы астенического характера. На ЭЭГ отмечались изменения, свидетельствующие о дисфункции срединных образований головного мозга. При психологическом исследовании отмечались некоторое снижение памяти, невысокий интеллектуальный уровень у личности с заметной неуверенностью в себе, трудностями общения, склонностью к снижению настроения. Установлен диагноз «Остаточные явления раннего органического поражения ЦНС с выраженным стойким неврозоподобным синдромом». Служба в армии была отсрочена на 5 лет. По окончании техникума устроился работать в НИИ лаборантом, одновременно поступил на вечернее отделение Института электронного машиностроения, с работой и с учебой справлялся с трудом, быстро утомлялся, не понимал объяснений. В мае 1993 г., увидев по телевизору рекламу религиозной организации «АУМ Синрике», решил посещать занятия организации, заявил матери, что у него «улучшится память», он будет «другим человеком». Стал официальным членом этой организации. С этого времени, со слов матери, перестал спать ночами, сидел, закрывшись в комнате в позе «лотоса», в темноте. Забросил учебу, а затем и работу. Активно участвовал в жизни секты; в одно прекрасное время ушел из дома, жил в общине на ее средства, стал монахом. В 1995 г. по направлению районного психиатра с диагнозом «Органическое поражение головного мозга; склонность к сверхценным образованиям» был

направлен в МКПБ № 1 им. Алексеева на стационарную военную экспертизу, на которой он пробыл три месяца. (Со слов Боб-ва, вначале к нему в больнице относились как и к другим призывникам, но как только мать рассказала врачам о его причастности к «АУМ», отношение к нему резко изменилось: его перевели в коридор под наблюдение и начали лечить; после первой же инъекции галоперидола у него возникло сильное беспокойство с неусидчивостью, которое, кстати, в акте описано как спонтанное кратковременное психомоторное возбуждение). Никакой психотической симптоматики за период нахождения в стационаре в акте не описано, указано лишь на колебания настроения непсихотического уровня. Спустя три месяца после «добропроводства» проведенное терапии с диагнозом «Шизофрения вялотекущая психопатоподобная на фоне остаточных явлений раннего органического поражения головного мозга» и после определения ему 2-й группы инвалидности Боб-в представлен на судебно-психиатрическую экспертизу.

Предвижу множество недоуменных вопросов читателей:

- Почему, направленного на военную экспертизу Боб-ва задержали в стационаре на 3 месяца?
- Какие показания были для назначения лечения (галоперидола)?
- Чем обоснован диагноз «шизофрения»?
- Какие показания были для установления 2-й группы инвалидности?
- Не слишком ли подозрительно выглядит вся эта цепь: направление на стационарную военную экспертизу, диагноз шизофрения и ее интенсивное лечение, и тут же, в стационаре проведение суд. психиатр. экспертизы? И т. д.

На все эти вопросы мне остается лишь развести руками.

Вернемся к акту судебно-психиатрической экспертизы.

ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ. Контакту доступен формально, во время беседы напряжен, насторожен, на вопросы отвечает не всегда в плане заданного, на лице эпизодически появляется неадекватная улыбка. Внимательно следит за реакцией окружающих, подозрителен. До конца своих переживаний не раскрывает, многие вопросы оставляет без ответа. Предъявляет жалобы на раздражительность, вспышливость, сниженный фон настроения. Сообщает, что самочувствие ухудшается к вечеру, бывают такие периоды, когда не хочется жить, в то же время подчеркивает, что суицидальных попыток не предпринимал. Отмечает у себя поверхностный сон с кошмарными сновидениями – снится, что за ним кто-то гонится, хочет убить. Жалуется на трудности сосредоточиться, «обрывы, остановки мыслей». При расспросе о его участии в организации «АУМ Синрике» вначале на эту тему говорит неохотно, в последующем при наводящих вопросах, видя заинтересованность комиссии, оживляется, отвечает охотно. Удается выяснить, что узнал об этой организации из средств массовой информации, «хотел улучшить свое здоровье, память, общее состояние», поэтому вступил в нее, «нашел там то, что давало энергию». Говорит, что в течение 2-х лет был верующим, а с 22.10.94 г. стал «монахом». Не отрицает что ему первое время было трудно, т.к. из-за плохой памяти и несосредоточенности вынужден был заниматься больше, чем другие, чтобы выучить положения учения, молитвы, овладеть физическими упражнениями, избавиться от искуса и преодолеть глав-

ные 3 порока человека – жадность, жестокость, чревоугодие, с сожалением говорит, что ему понадобилось целых 4 месяца, чтобы стать монахом, подчеркивает, что считает себя таковым до настоящего времени. Рассказывает, что основой практики «Шести совершенств» в АУМ Синрике является жертвование и он с удовольствием при поступлении в эту организацию в 1993 г. внес вступительный взнос в размере 500 руб., а в последующем ежемесячно вносил 300 руб., а также делал «добровольные пожертвования» в данную организацию. Не отрицает, что он уходил из дома, подолгу жил на квартирах у «монахов». Говорит, что несмотря на то, что овладел «техникой йоги», возможностью «расслабиться», не достиг еще истинного просветления и освобождения, потому что было трудно общаться с людьми и «доносить до них это учение», и он занимался только различными ремонтными и подсобными работами на благо этой организации. В начале беседы утверждает, что, узнав о преступной деятельности этой организации понял, что ее путь «неправильный», разочаровался в этом учении. Однако тут же заявляется, что если эта организация будет разрешена, он безусловно вернется в нее и останется «монахом». В отделении его настроение в первые дни было неустойчивым, с преобладанием пониженного, залеживался в постели, с испытуемыми не общался, интереса ни к чему не проявлял. К проводимому лечению относился негативно, считал себя психически здоровым, с неудовольствием подчеркивал, что в организации его предупреждали о возможности «навязывания психиатрической помощи»... Считает, что после отрыва от монашеской деятельности и лечения в психиатрической больнице состояние его ухудшилось: «упал интеллект, все стало трудным, непонятным», заявляет что ранее у него был «выше духовный уровень», он теплее относился к людям, «не разделял их на плохих и хороших». Уверен, что лекарства «засоряют каналы, понижают его духовные силы, в связи с чем он не может противостоять своим желаниям. Объясняет свое плохое отношение к матери тем, что она была против его увлечения и участия в этой религиозной организации, всячески препятствовала в этом, хотя «занятия духовно практикой помогли ему преодолеть сильную ненависть к людям». С энтузиазмом рассказывает о том, как его учили разрушать в себе такие качества, как «ненависть, жадность, невежество». Рассказывает, как он «очищал» свой организм: промывал желудок и кишечник водой, соблюдал вегетарианскую диету.

Не отрицает, что и в настоящее время он хотел бы продолжить прежний образ жизни, вернуться в эту организацию, подчеркивает, что пока он будет жить с матерью, и если деятельность этой организации не будет восстановлена, то в последующем, возможно, продолжит начатую учебу и работу. Эмоциональные реакции неустойчивые, суждения наивные, поверхностные, противоречивые, интеллект невысокий. Критика к своему состоянию отсутствует. При экспериментально-психологическом исследовании на первый план выступает пониженная и неустойчивая умственная работоспособность, явления выраженной истощаемости, повышенная отвлекаемость и непоследовательность суждений, а также монотонность внешних эмоциональных проявлений, фиксация на интересующих его темах, отсутствие критического отношения к своему состоянию и сложившейся ситуации, отдельные случаи проекции подозрительного и недоверчивого отношения к окружающим. Отмечаются достаточно высокая сохранность операционной стороны мышления, возможности выполнения различных мыслительных действий с использованием практически значимых свойств предметов, продуцирования

конкретных и эмоционально окрашенных ассоциативных образов, оперирования условными смыслами, а в ситуациях затруднений – склонность к широким и абстрактным обобщениям. Индивидуально-психологические особенности характеризуются явлениями выраженной личностной незрелости, преобладанием эмоциональных форм реагирования, повышенной обидчивостью и чувствительностью к внешним замечаниям, признаки личностной несамостоятельности с ориентацией на привлекательные идеи и группы с высокой внутренней сплоченностью, трудностями установления и сохранения социальных контактов.

На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что у Боб-ва выявляются признаки ИНДУЦИРОВАННОГО ПСИХОЗА, развившегося у личности с последствиями органического поражения мозга сложного генеза.

И следователь получает на свои вопросы желаемые ответы:

Вопрос: Страдает ли свидетель Боб-в каким-либо душевным заболеванием, если да, то каким именно, каковы время и этиология его происхождения, развития, в чем клиническая картина, особенности протекания данного заболевания?

Ответ: Да, Боб-в страдает психическим заболеванием в форме индуцированного психоза. Страдает им с 1993 г. после вступления в религиозную организацию «АУМ Синрике». Заболевание проявляется в наличии сверхценных и паранойяльных расстройств религиозного содержания, полностью определяющих его поведение и лежащих в основе его социальной дезадаптации. Развилось заболевание по следующей схеме: заострились свойственные ему ранее патохарактерологические особенности, появились колебания настроения, ну, а дальше присоединились паранойяльные идеи религиозного содержания.

Вопрос: Может ли Боб-в по своему психическому состоянию правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них адекватные реальности показания?

Ответ: По своему психическому состоянию в настоящее время Боб-в не может правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них показания.

Вопрос: Если Боб-в страдает каким-либо душевным заболеванием (или страдал) в период практики в «АУМ», либо находится в ином болезненном пси-

хическом состоянии, то развилось ли (либо обострилось) это заболевание вследствие «практики» в «АУМ» или безотносительно к ней?

Ответ: Развитие психического состояния у Боб-ва после вступления его в религиозную организацию позволяет сделать вывод о прямой причинно-следственной связи состояния Боб-ва с практикой религиозной организации «АУМ Синрике».

Признаюсь, было искушение подробнейшим образом проанализировать вышеизложенный отпуск, да удержала вера в клиническую грамотность наших читателей, которые и сами разберутся в грубой «состряпанности» этого «дела».

Известно, что индуцированные психозы – явление чрезвычайно редкое и их вполне можно отнести к психиатрической казуистике. (Кстати, в современных отечественных руководствах по общей и судебной психиатрии о них даже не упоминается).

Известно также, что общим признаком индуцированного психоза является передача психотической симптоматики (бреда и галлюцинаций) от психически больного к до того здоровому лицу и исчезновение этой симптоматики после прекращения контакта с больным.

Боб-в обследован в НПА уже после того, как прекратил практику в «АУМ». Его религиозное мировоззрение остается прежним*. Если это бред, то почему нельзя считать таковыми религиозные убеждения членов любой религиозной конфессии, идейную убежденность членов политической партии или проповедников неординарных научных идей и т.д.?

В массовом сознании живучи представления о том, что члены любой религиозной секты если и не очевидно душевнобольные, то по крайне мере люди с психическими девиациями, что участие в секте есть проявление психической эпидемии, что многих верующих было бы неплохо принудительно изолировать в психиатрическую больницу.

Годится ли психиатрам при решении своих профессиональных вопросов идти на поводу массового сознания?

* Кстати, религиовед и лучший в России специалист по палийскому буддизму – А. Б. Парибог относит учение «АУМ Синрике» к одной из форм ортодоксального буддизма. (см. Независимый психиатрический журнал, № 2 за 1995 г.).

ЛИТЕРАТУРА:

1. Проф. П. И. Ковалевский. Судебная психиатрия. С-Пб. 1902.
2. Д-р Е. Блейлер. Руководство по психиатрии. Репринтное издание НПА, 1993 г., по изданию Берлин, Издательство т-ва «Врач», 1920
3. В. А. Гиляровский. Психиатрия. Руководство для врачей и студентов. Биомедгиз. Москва-Ленинград, 1935.
4. В. Джемс. Многообразие религиозного опыта. Репринтное издание «Андреев и сыновья». С-Петербург, 1993 г.
5. В. Франкл. Поиск смысла жизни и логотерапия. В сб. «Психология личности» Изд. МГУ. 1982 г.
6. М. И. Рыбальский. Бред. Москва, «Медицина», 1993 г.
7. Руководство по психиатрии. Под ред. академика АМН СССР А. В. Снежневского. Москва, «Медицина», 1983 г.
8. Судебная психиатрия. Рук. для врачей. Москва, «Медицина», 1988.
9. Руководство по психиатрии. Под ред. академика АМН Г. В. Морозова. Москва, «Медицина», 1988.
10. А. Б. Смулевич, М. Г. Щирин. Проблема паранойи. Москва, «Медицина», 1972 г.
11. Т. Шибутани. Социальная психология. Пер. с англ. «Прогресс», Москва, 1969 г.
12. В. И. Блейхер, И. В. Крук. Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж. НПА «МОДЭК», 1995 г.

МОЖЕТ ЛИ НЕДЕЕСПОСОБНЫЙ ВЫБИРАТЬ ОПЕКУНА? - ИЛИ ПОДЛИННОСТЬ НАШЕЙ ЗАБОТЫ О БОЛЬНОМ

Последние 2–3 года через общественную приемную и экспертную комиссию НПА проходит множество случаев, связанных с недееспособностью. О часто встречающейся недобросовестности родственников мы уже писали, теперь – 2 случая, отражающие формальное отношение ПНД при решении такого жизненно важного для больных вопроса, как назначение опекуна.

В первом случае душевнобольной В. – творческий человек, художник, длительное время не состоявший на учете в ПНД, – влюбился в молодую красивую женщину. От этого романа родилась девочка, в документах которой указано, что В. является ее отцом, хотя брак с матерью девочки не зарегистрирован. Таким образом, у В. появилась законная наследница. И что же? Как только его взрослый сын, живущий отдельно, узнает об этом, он тут же подает в суд заявление о признании отца недееспособным. Обманным путем сын и его жена привозят б-го в ПБ № 1, где была назначена амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза (якобы, чтобы снять с учета в ПНД). Комиссия признает В. неспособным отдавать отчет в своих действиях, суд утверждает решение комиссии и объявляет В. недееспособным. Опекуном при этом назначается старший сын, хотя не надо долго разбираться, чтобы понять, что мотивы его были сполна меркантильными. И что же дальше? Дальше сын подает в суд новое исковое заявление о признании недействительным факта отцовства, а отцу заявляет: «гулять ты можешь с кем угодно, а вот иметь детей не имеешь права». Не будем подвергать сомнению выводы судебно-психиатрической комиссии. В болезни В. сомнений нет, хотя нам он не показался таким уж беспомощным. Живя один, он аккуратно и красиво одет (причем все сшито своими руками), сам распоряжается своими деньгами, покупает продукты, готовит, убирает квартиру и т.п. В. имеет хорошую квартиру на Кутузовском проспекте и мастерскую. Конечно, мать его дочки, с которой вот уже более 5 лет В. поддерживает близкие отношения, желает обеспечить будущее своего ребенка, но разве в этом есть что-то криминальное? Между тем, главный врач ПНД, когда решался вопрос о направлении В. в интернат, о чем хлопочет сейчас его сын, выставила ее за дверь – «Вы ему никто, и я с Вами разговаривать не буду!» Вот так! Если бы была печать в паспорте, то пожалуйста, а так – будьте добры выйти вон!

А ведь это один из лучших диспансеров Москвы, где опекунский совет действительно печется о благе своих подопечных. Так, например, когда выяснилось, что сын не покупает отцу продукты и не отдает всех денег, которые получает в качестве опекуна, было вынесено решение о передаче пенсии в присутствии представителя опекунского совета. Здесь все контролируется как нельзя лучше, а вот спросить

больного, хочет ли он иметь опекуном своего сына – забыли, а, скорее, не сочли нужным. Что может хотеть недееспособный?

Второй случай касается тяжело больного и вне всяких сомнений недееспособного человека, который, однако по закону таковым не является. Диспансер на много лет просто «забыл» о нем. Проживает он после смерти матери в двухкомнатной квартире и достаточно ему подписать бумагу об обмене, продаже или дарении квартиры и ... ищи ветра в поле. Вот уже несколько лет ухаживают за ним представители религиозной организации «Богадельня Цесаревича Алексея», которые когда-то помогали его больной матери. Комиссия НПА посетила б-го на дому. З. – инвалид с детства, многие годы провел в различных ПБ, но последнее время благодаря патронажной службе «Богадельни» живет дома. Тихий, незаметный, из дома почти не выходит, ни с кем не общается. Привык к своим патронажным сестрам. Они получают его пенсию, покупают продукты, готовят, стирают и убирают. В доме чисто, все вещи аккуратно сложены, в холодильнике – продукты. Ситуация ясна и, казалось бы, надо только зафиксировать реальное положение вещей. Но стоило одной из представительниц «Богадельни» обратиться в ПНД, как их всех тут же обвинили в том, что они хотят отдать б-го в интернат и завладеть его квартирой. Администрация ПНД лучше других знает, что опекун не является наследником своего подопечного. Вопрос о жилплощади в таких случаях решается в судебном порядке и еще неизвестно, что получит эта религиозная организация. Между тем сам диспансер собирается теперь сделать именно то, в чем обвиняет представителей «Богадельни», – направить В. в интернат. «Вы думаете это животное может самостоятельно жить?» – заявили им в диспандере. Родственников же, которые могли бы взять на себя опекунство, нет. А что же представители «Богадельни Цесаревича Алексея», которым мы посоветовали срочно подавать исковое заявление о признании З. недееспособным? Они озабочены тем, как будет проводиться экспертиза. Добровольно б-ной на нее не пойдет, а недобровольно – это ведь «с применением силы», «а он ведь еще и сейчас часто вспоминает о предшествовавших госпитализациях, боится этого, как огня, это для него такая травма...»

Спрашивается, кто же в этих ситуациях защищает интересы больного и о ком или о чем заботится ПНД? Налицо чисто формальное соблюдение буквы Закона. Между тем, душевнобольные, даже те, которые «не могут отдавать отчет в своих действиях и руководить ими», продолжают оставаться людьми со своими чувствами и страстями, симпатиями и антипатиями, желанием (пусть не вербализованным, но безусловно присутствующим) жить в своей квартире и т.п. Давайте не будем забывать об этом.

Л. Виноградова

ПРАВОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПО НОВОМУ СЕМЕЙНОМУ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВУ

Ю. Н. Аргунова

С 1 марта 1996 года введен в действие Семейный кодекс Российской Федерации, принятый Государственной Думой 3 декабря 1995 года¹. Одновременно утратил силу действовавший с 1969 года Кодекс о браке и семье РСФСР.

Основными вопросами, касающимися правового положения психически больных в области семей-

ного законодательства, являются вопросы о допустимости заключения браков с психически больными и действительности таких браков; об условиях и последствиях признания брака недействительным; порядке расторжения брака с лицом, признанным недееспособным; о праве больного на воспитание детей; об алиментных обязательствах и др.

I. ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ БРАКА

I.1. Условия заключения брака

По общему правилу для заключения брака необходимы взаимное добровольное согласие мужчины и женщины, вступающих в брак, и достижение ими брачного возраста (ч. 1 ст. 12 СК РФ).

В соответствии со статьей 14 СК РФ, не допускается заключение брака между лицами, из которых хотя бы одно признано судом недееспособным вследствие психического расстройства. Указанное обстоятельство препятствует заключению брака, поскольку недееспособное лицо не может понимать значения совершаемых действий или руководить ими, а следовательно свободно выражать свою волю при вступлении в брак.

Наличие психического расстройства само по себе без признания больного недееспособным не может служить препятствием для заключения брака.

Семейный кодекс ввел новое положение о медицинском обследовании лиц, вступающих в брак (ст. 15). Такое обследование, а также консультирование по медико-генетическим вопросам и вопросам планирования семьи проводятся учреждениями государственной и муниципальной системы здравоохранения по месту их жительства бесплатно и только с согласия лиц, вступающих в брак. Результаты обследования составляют медицинскую тайну и могут быть сообщены будущему супругу только с согласия лица, прошедшего обследование. Статья предусматривает, что, если один из вступающих в брак скрыл от другого наличие венерической болезни или ВИЧ-инфекции, последний вправе обратиться в суд с требованием о признании брака недействительным (п. 3 ст. 15).

Следовательно, исходя из данной нормы, скрытие одним из вступающих в брак лиц наличия у него психических расстройств не является основанием для обращения другого лица в суд с подобным требованием.

Семейное законодательство по-существу сохраняет приоритет прав больного на создание семьи и рождение детей над интересами другого супруга, в частности правом иметь здоровое потомство. Такая позиция законодателя не бесспорна. В случаях, когда возникает риск доминантного наследования серьезных заболеваний, врач не только обязан проинформировать об этом больного и убедить его не скрывать этот факт от своего будущего супруга, но и имеет право при необходимости довести о нем до сведения здорового лица, вступающего в брак. На практике этот вопрос всегда решался на основе принципов медицинской этики и законодательством не регламентировался. Теперь же Закон по-существу запрещает врачу без согласия больного ставить в известность его будущего супруга о подобном характере заболевания, а, с другой стороны, лишает здорового супруга права на информацию, затрагивающую его права и законные интересы.

Представляется, что в данном случае, с правовой точки зрения, здоровый супруг все же может требовать признания брака недействительным, однако не по п. 3 ст. 15, а в связи с нарушением условия добровольности брачного союза (п. 1 ст. 12), так как такой супруг оказывается как бы в заблуждении относительно неблагоприятных перспектив своего брака, которые были известны вступающему в брак больному.

Несколько спешно и, к сожалению, неверно трактует эту норму «Российская газета», отвечая на письма читателей². Авторы считают, что по новому закону новобрачные «обязаны» информировать друг друга о своем состоянии здоровья. Однако, как мы видим, такой вывод из текста статьи не следует. Вероятно, введение подобного правила, принятого в зарубежных странах, сняло бы обсуждаемую проблему.

¹ «Российская газета», – 1996. – 27 января.

² «Российская газета» – 1996. – 20 марта.

I.2. Недействительность брака

Брак, заключенный с недееспособным, признается судом недействительным в соответствии со ст. 27 СК РФ. Недействительным может быть также признан брак, заключенный с лицом, хотя и дееспособным, но на момент его регистрации в силу болезненного состояния неспособным понимать значения своих действий или руководить ими, а по выздоровлении не продолжившим супружеских отношений³. В этом случае не соблюдено условие о добровольности заключения брака, предусмотренное ст. 12 СК, так как больной не был способен к свободному волеизъявлению. Нередки случаи, когда браки с психически больными заключаются без намерения создать семью⁴, а преследуют корыстные цели – завладеть имуществом больного, получить право на жилую площадь, иметь возможность наследования и прочее. НПА в своей экспертной деятельности неоднократно встречалась с подобной ситуацией. По данной категории дел, как правило, назначается судебно-психиатрическая экспертиза.

Согласно ст. 28 СК признания брака недействительным вправе, в частности, требовать:

супруг, права которого нарушены заключением брака, а также прокурор, если брак заключен при отсутствии добровольного согласия одного из супругов на его заключение: в результате принуждения, обмана, заблуждения или невозможности в силу своего состояния в момент государственной регистрации заключения брака понимать значение своих действий и⁵ руководить ими;

супруг, не знавший о наличии обстоятельств, препятствующих заключению брака, опекун недееспособного супруга, другие лица, права которых нарушены заключением брака с лицом, признанным недееспособным, а также орган опеки и попечительства и прокурор.

Анализ данной нормы позволяет однако выявить в ней несомненный пробел, который отсутствовал в ранее действовавшей ст. 44 КоВС РСФСР. Статья 28 СК РФ впервые разделила круг лиц, имеющих право требовать признания брака недействительным на разные категории. При этом перечень лиц, входящих в первую группу, ограничивается, как мы видим, лишь пострадавшим супругом и прокурором. В то время как в прежнем кодексе таким правом были наделены и другие лица, права которых оказались нарушены заключением этого брака. Такое сужение круга субъектов в новом кодексе юридически необоснованно, кроме того оно не согласуется с концепцией Гражданского кодекса РФ, первая часть которого вступила в силу с 1 января 1995 года. В

³ Подобная практика была закреплена п. 10 постановления Пленума Верховного Суда РСФСР от 21 февраля 1973 г. и ч. 2 п. 21 постановления Пленума Верховного Суда СССР от 28 ноября 1980 г.

⁴ Брак, заключенный с психически больным, может быть признан недействительным также в случае, если будет установлено, что, хотя больной на момент регистрации брака и не находился в болезненном состоянии, лишающем его способности понимать значение своих действий или руководить ими, однако намерения создать семью у лиц, вступивших в брак, или у одного из них не было. Такой брак именуется фиктивным.

⁵ В данной формулировке законодатель допустил неточность: вместо союза « и » следует указывать «или», т.к. и интеллектуальный компонент (понимание значения своих действий) и волевой компонент (возможность руководить ими) имеют самостоятельное юридическое значение.

частности, ст. 177 ГК РФ по сравнению с ранее действовавшей ст. 56 ГФ РСФСР наоборот расширила круг лиц, имеющих право подать иск в суд о признании недействительной сделки, совершенной гражданином, хотя и дееспособным, но находившимся в момент ее совершения в таком состоянии, когда он не был способен понимать значение своих действий или руководить ими. Помимо этого гражданина и прокурора такое право предоставлено и иным лицам, чьи права или охраняемые законом интересы нарушены в результате ее совершения. Возможно, сравнение правового регулирования двух разных групп отношений (вступление в брак и совершение сделки) и не является абсолютно корректным, все же определенный правовой диссонанс между новейшим гражданским и семейным законодательством прослеживается и не в пользу последнего.

При рассмотрении дела о признании недействительным брака, заключенного с лицом, признанным судом недееспособным, к участию в деле привлекается орган опеки и попечительства.

Суд может признать брак действительным, если к моменту рассмотрения дела отпали те обстоятельства, которые в силу закона препятствовали его заключению.

Суд обязан в течение трех дней со дня вступления в законную силу решения суда о признании брака недействительным направить выписку из своего решения в орган загса по месту регистрации заключения брака.

Брак признается недействительным со дня его заключения. Он не порождает никаких прав и обязанностей между супружами. Однако при вынесении своего решения суд вправе признать за супругом, права которого нарушены заключением такого брака (добросовестным супругом), право на получение от другого супруга содержания, а в отношении раздела имущества, приобретенного совместно до момента признания брака недействительным, вправе отступить от начала равенства долей супругов в их общем имуществе, а также признать действительным брачный договор⁶ полностью или частично (ст. 30 и 39 СК РФ). Добросовестный супруг вправе требо-

⁶ Брачный договор – понятие новое для российского законодательства. Брачным договором признается соглашение лиц, вступающих в брак, или соглашение супругов, определяющее их имущественные права и обязанности в браке и (или) в случае его расторжения. Такой договор может быть заключен к до регистрации брака, так и в любое время в период брака. Он составляется в письменной форме и подлежит нотариальному удостоверению. Брачным договором супруги вправе изменить установленный законом режим совместной собственности, установить режим совместной, долевой или раздельной собственности на все имущество супругов, на его отдельные виды или на имущество каждого из супругов. Супруги могут определить в договоре свои права и обязанности по взаимному содержанию, способы участия в доходах друг друга, порядок несения каждым из них семейных расходов; определить имущество, которое будет передано каждому из супругов в случае расторжения брака, а также включить в брачный договор любые иные положения, касающиеся имущественных отношений супругов. Брачный договор не может ограничивать правоспособность или дееспособность супругов, их право на обращение в суд за защитой своих прав; регулировать личные неимущественные отношения между супругами, права и обязанности супругов в отношении детей; предусматривать положения, ограничивающие право нетрудоспособного нуждающегося супруга на получение содержания; содержать другие условия, которые ставят одного из супругов в крайне неблагоприятное положение или противоречат основным началам семейного законодательства.

вать возмещения причиненного ему материального и морального вреда по правилам, предусмотренным гражданским законодательством. Он вправе также сохранить фамилию, избранную им при регистрации заключения брака.

1.3. Расторжение брака

Само по себе психическое расстройство супруга не служит основанием к разводу, поэтому, если психическое заболевание у лица возникло после заключения брака, брак с ним может быть расторгнут в обычном порядке. Вместе с тем в суде по бракоразводным делам должны приниматься во внимание такие особенности психического заболевания, которые препятствуют дальнейшей совместной жизни супружов и сохранению семьи (например, наличие бреда, ревности).

В случае же, когда один из супружей после заключения брака был признан судом недееспособным, расторжение брака производится по заявлению другого супружего в органах загса в соответствии со ст.

19 СК, независимо от наличия у супружей общих несовершеннолетних детей. По новому кодексу брак может быть расторгнут и по заявлению опекуна супруга, признанного недееспособным. Согласия последнего при этом не требуется. Расторжение брака и выдача свидетельства о его расторжении производятся по истечении месяца со дня подачи заявления (по прежнему законодательству это производилось по истечении трех месяцев). Брак прекращается со дня государственной регистрации расторжения брака в книге регистрации актов гражданского состояния.

Споры о разделе общего имущества супружей, выплате средств на содержание нуждающегося нетрудоспособного супружего, а также споры о детях, возникающие между супружами, один из которых признан недееспособным, рассматриваются в судебном порядке независимо от расторжения брака в органах загса. По ранее действовавшему Кодексу о браке и семье РСФСР при возникновении таких споров расторжение брака производилось только в судебном порядке.

2. АЛИМЕНТНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

Семейный кодекс РФ подробно регулирует алиментные обязательства родителей и детей, супружей и бывших супружей, других членов семьи, порядок уплаты и взыскания алиментов.

В соответствии со ст. 89 СК РФ супруги обязаны материально поддерживать друг друга. В случае отказа от такой поддержки и отсутствия соглашения между супружами об уплате алиментов нетрудоспособный нуждающийся супруг, а также нуждающийся супруг, осуществляющий уход за общим ребенком-инвалидом до достижения последним возраста 18 лет или за общим ребенком-инвалидом с детства 1 группы, имеет право требовать предоставления алиментов в судебном порядке от другого супружего, обладающего необходимыми для этого средствами. Состояние нетрудоспособности в первом случае – обязательное условие возникновения права нуждающегося супруга требовать материальное содержание (алименты). Нетрудоспособным признается супруг, достигший пенсионного возраста или являющийся инвалидом 1 или 2 групп. Второе обязательное условие – нуждаемость в материальной помощи нетрудоспособного супружего. Необходимо, кроме того, наличие достаточных средств у другого супружего для оказания такой помощи.

За указанными категориями граждан сохраняется право на получение алиментов и после расторжения брака. Их размер и порядок предоставления мо-

гут быть определены соглашением между бывшими супружами (ст. 90 СК).

Если лицо, обязанное уплачивать алименты, и (или) получатель алиментов являются недееспособными, соглашение об уплате алиментов заключается между их законными представителями. Нотариально удостоверенное соглашение имеет силу исполнительного листа.

Если предусмотренные соглашением условия предоставления содержания недееспособному члену семьи существенно нарушают его интересы, такое соглашение может быть признано недействительным в судебном порядке по требованию его опекуна, а также органа опеки и попечительства или прокурора. При отсутствии соглашения лица, имеющее право на получение алиментов, вправе обратиться в суд с требованием об их взыскании независимо от срока, истекшего с момента возникновения права на алименты.

Помещение супружего, получающего алименты от другого супружего, в дом-интернат для престарелых и инвалидов или психоневрологический интернат на государственное обеспечение может явиться основанием для освобождения плательщика алиментов от их уплаты, если отсутствуют исключительные обстоятельства, делающие необходимыми дополнительные расходы (особый уход, лечение, питание и пр.). Суд вправе также снизить размер алиментов, выплачиваемых по ранее принятому решению, приняв во внимание характер дополнительных расходов⁷.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ И ДЕТЕЙ

3.1. Установление происхождения детей

Если ребенок родился от лиц, состоящих в браке между собой, а также в течение трехсот дней с момента расторжения брака, признания его недействительным или с момента смерти супружего матери ребенка, отцом ребенка признается супружего (бывший супружего) матери, если не доказано иное.

Отцовство лица, не состоящего в браке с матерью ребенка, устанавливается путем подачи в орган загса их совместного заявления; в случае признания матери недееспособной – по заявлению отца ребенка.

⁷ Это правило содержится в п. 11 постановления Пленума Верховного Суда РСФСР от 21 февраля 1973 г. («Бюллетень Верховного Суда РСФСР». – 1973 г. – № 5).

ка с согласия органа опеки и попечительства⁸, при отсутствии такого согласия – по решению суда (п. 4 ст. 48 СК).

Установление отцовства в отношении лица, достигшего совершеннолетия, допускается только с его согласия, а если оно признано недееспособным – с согласия его опекуна или органа опеки и попечительства.

Оспаривание отцовства (материнства) производится в судебном порядке, в т.ч. по требованию опекуна родителя, признанного недееспособным.

3.2. Права и обязанности родителей

Родители несут ответственность за воспитание и развитие своих детей. Они обязаны заботиться о здоровье, физическом, психическом, духовном и нравственном развитии своих детей.

Родитель, проживающий отдельно от ребенка, имеет право на получение информации о своем ребенке из воспитательных и лечебных учреждений, учреждений социальной защиты населения и других аналогичных учреждений. В предоставлении информации может быть отказано только в случае наличия угрозы для жизни и здоровья ребенка со стороны родителя.

Лица, не выполняющие своих родительских обязанностей вследствие психических расстройств (за исключением больных хроническим алкоголизмом или наркоманией) не могут быть лишены родительских прав. В то же время, если оставление ребенка с родителями (одним из них) опасно для ребенка по обстоятельствам, от родителей не зависящим, в частности вследствие психического расстройства или иного хронического заболевания, суд может с учетом интересов ребенка, руководствуясь ст. 73 СК,

принять решение об отобрании ребенка у родителей (одного из них) без лишения их родительских прав (ограничении родительских прав).

Иск об ограничении родительских прав может быть предъявлен близкими родственниками ребенка, органами и учреждениями, на которые законом возложены обязанности по охране прав несовершеннолетних детей, образовательными учреждениями, а также прокурором. Дела такого рода рассматриваются с участием прокурора и органа опеки и попечительства. В этом случае контакты родителей с ребенком могут быть разрешены, если это не оказывает на ребенка вредного влияния и допускаются с согласия органа опеки и попечительства либо с согласия опекуна, приемных родителей ребенка или администрации учреждения, в котором находится ребенок.

Если основания, в силу которых родители были ограничены в родительских правах, отпали, суд по иску родителей (одного из них) может вынести решение о возвращении ребенка родителям.

Семейный кодекс предусматривает также возможность немедленного отобрания ребенка у родителей (одного из них) или у других лиц, на попечении которых он находится, при непосредственной угрозе жизни и здоровью ребенка (ст. 77 СК). Немедленное отобрание ребенка производится органом опеки и попечительства на основании соответствующего акта органа местного самоуправления. При этом орган опеки и попечительства обязан незамедлительно уведомить прокурора, обеспечить временное устройство ребенка в течение семи дней после вынесения органом местного самоуправления акта об отобрании ребенка обратиться в суд с иском о лишении или ограничении родителей родительских прав.

4. УСЫНОВЛЕНИЕ (УДОЧЕРЕНИЕ) ДЕТЕЙ

Усыновление по новому Семейному кодексу производится судом по правилам гражданского процессуального законодательства⁹ по заявлению лиц (лиц), желающих усыновить ребенка, при участии органов опеки и попечительства. Усыновителями, согласно ст. 127 СК РФ, не могут быть, в частности:

лица, признанные недееспособными или ограниченно дееспособными;

супруги, один из которых признан недееспособным или ограниченно дееспособным¹⁰;

лица, ограниченные судом в родительских правах;

лица, которые по состоянию здоровья не могут осуществлять родительские права. Перечень забо-

леваний, при наличии которых лицо не может усыновить ребенка, принять его под опеку (попечительство), взять в приемную семью, устанавливается Правительством РФ.

В Семейный кодекс однако по непонятной причине не включена норма о признании усыновления недействительным в случае, если усыновителями окажутся перечисленные выше граждане, а также если решение об усыновлении было основано на подложных документах или при фиктивности усыновления.

В соответствии с Положением о порядке передачи детей, являющихся гражданами Российской Федерации, на усыновление гражданам Российской Федерации и иностранным гражданам, утвержденным постановлением Правительства РФ от 15 сентября 1995 г. № 917¹¹, к заявлению гражданина, желающего усыновить ребенка, среди прочих документов должна быть приложена медицинская справка государственного или муниципального лечебно-профилактического учреждения о состоянии его здоровья. На ребенка, передаваемого на усыновление, администрация учреждения либо лицо, у которого наход-

⁸ Согласия органов опеки и попечительства по ранее действовавшему законодательству (ст. 49 КоАС РСЭСР) в этом случае не требовалось. Установление такого условия является важной гарантией соблюдения прав недееспособной.

⁹ Судебный порядок усыновления вводится в действие с 28 сентября 1996 г. – со дня введения в действие Федерального закона «О внесении изменений и дополнений в Гражданский процессуальный кодекс РСФСР».

¹⁰ В прежнем Кодексе эта норма отсутствовала, что приводило к противоречию в законодательстве.

¹¹ «Российская газета». – 1995. – 26 сентября.

дится ребенок, наряду с другими документами представляют заключение о состоянии здоровья, физическом и умственном развитии ребенка, выданное экспертной медицинской комиссией, осуществляющей свою деятельность в соответствии с положением, утверждаемым Минздравом РФ. Кандидаты в усыновители имеют право обратиться в медицинское учреждение для проведения независимого медицинского освидетельствования усыновляемого ребенка (п. 20 и 24 Положения).

Ограничений возможности усыновления в зависимости от состояния здоровья ребенка законом не предусматривается. Однако в течение длительного времени в соответствии с ведомственной инструкцией препятствием для усыновления являлось наличие у ребенка отягощенной наследственности, недостатков физического и умственного развития. Минобразования РФ и Минздрав РФ в 1991 г. утвердили новую Инструкцию о порядке усыновления (удочерения), которая в значительной мере устранила эти препятствия, что, как представляется, соответствует духу Конвенции ООН о правах ребенка, принятой в 1989 году.

Семейный кодекс РФ, как и ранее действовавший Кодекс о браке и семье РСФСР, в нормах, регулирующих усыновление, все же содержит некоторые

противоречия, касающиеся правового положения лиц с психическими расстройствами.

По правилам ст. 129 и 130 СК для усыновления ребенка необходимо согласие его родителей. Однако такого согласия не требуется, если родители признаны недееспособными, хотя родительских прав, как указывалось выше, они не лишаются. Если впоследствии ввиду выздоровления или значительного улучшения состояния здоровья дееспособность родителей будет судом восстановлена, они вправе требовать и возвращения им ребенка находящегося на попечении органов опеки и попечительства. Однако за время пока родители являлись недееспособными их ребенок мог быть усыновлен другими лицами без согласия родителей. Таким образом, указанные лица, юридически не лишенные родительских прав, фактически эти права теряют. Разрешить подобную правовую коллизию можно было бы, закрепив в законе передачу таких детей на усыновление лишь в исключительных случаях при неблагоприятном прогнозе заболевания родителей. При этом к детям, родители которых признаны недееспособными, вполне применима ст. 154 СК, предусматривающая передачу детей на воспитание в приемную семью, что в отличие от усыновления не должно исключать возможности возвращения ребенка к его собственным родителям.

5. ПРИЕМНАЯ СЕМЬЯ

Приемная семья образуется на основании договора о передаче ребенка (детей) на воспитание в семью, заключенного между органом опеки и попечительства и приемными родителями на определенный срок (ст. 151 СК). Приемные родители по отношению к приемному ребенку обладают правами и обязанностями опекуна (попечителя). Труд их оплачивается.

Приемными родителями не могут быть: лица, признанные судом недееспособными или ограниченно дееспособными; лица, лишенные родительских прав или ограниченные в родительских правах; лица, имеющие заболевания, при наличии которых нельзя взять ребенка на воспитание в приемную семью, и другие.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 17 июля 1996 года № 829 утверждено Положение о приемной семье¹². К заявлению лица, желающего взять ребенка на воспитание в приемную семью, среди других документов должна быть приложена медицинская справка лечебно-профилактического учреждения о состоянии здоровья данного лица. Порядок такого освидетельствования определяется Минздравом РФ.

На воспитание в приемную семью передаются дети, оставшиеся без попечения родителей, в том числе дети, родители которых ограничены в родительских правах или признаны недееспособными; дети, родители которых по состоянию здоровья не могут лично осуществлять их воспитание и содержание, а также дети, находящиеся в воспитательных, лечебно-профилактических учреждениях, учреждениях социальной защиты населения или других ана-

логичных учреждениях. По желанию лиц (лица), имеющих на то необходимые условия, возможна передача им на воспитание в приемную семью ребенка (детей) с ослабленным здоровьем, больного ребенка, ребенка с отклонениями в развитии, ребенка-инвалида. При этом учитывается мнение ребенка. Ребенок, достигший возраста десяти лет, может быть передан в приемную семью только с его согласия. Дети, находящиеся в родстве между собой, как правило передаются в одну семью, за исключением случаев, когда по медицинским показаниям или другим причинам они не могут воспитываться вместе.

На ребенка, передаваемого на воспитание в семью, администрация учреждения (либо лицо, у которого находится ребенок) представляет в орган опеки и попечительства заключение о состоянии здоровья, физическом и умственном развитии ребенка, выданное экспертной медицинской комиссией в установленном порядке. Приемным родителям передаются выписка о состоянии здоровья ребенка, документы о его родителях (решение суда, справка о болезни, другие документы, подтверждающие невозможность воспитания ими своих детей).

Договор о передаче ребенка на воспитание в семью может быть расторгнут досрочно по инициативе приемных родителей при наличии уважительных причин (болезни, изменения семейного или имущественного положения, отсутствия взаимопонимания с ребенком, конфликтных отношений между детьми и других), а также по инициативе органа опеки и попечительства в случае возникновения в приемной семье неблагоприятных условий для содержания, воспитания и образования ребенка, в случае возвращения ребенка родителям, в случае усыновления ребенка.

¹² «Российская газета». – 1996. – 15 августа

ХРОНИКА

ВОСЬМОЙ КОНГРЕСС АССОЦИАЦИИ ЕВРОПЕЙСКИХ ПСИХИАТРОВ

Лондон, 7–12 июля 1996 года

Нынешнее лето оказывается «жарким» не только для любителей политики и почитателей спорта. По-видимому, значение этого лета немаловажно и для сегодняшней психиатрии. В мае – грандиозный по формам и разнообразию содержания Ежегодный съезд Американской психиатрической ассоциации, в июне – Конгресс Ассоциации европейских психиатров (АЕП), в августе – Конгресс Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) и в сентябре – международным психотерапевтический конгресс.

Собрание европейских психиатров, объединенное с ежегодным съездом Королевского колледжа психиатров Великобритании, предварило всемирный психиатрический форум. Временная последовательность, повторяя историческую, как бы подразумевает расстановку акцентов, намечая роль – реальную или потенциальную – европейской ассоциации в развитии психиатрии. Девиз Конгресса: «Европейская психиатрия – сила для будущего». Работа Конгресса подтвердила, что старая добрая Европа действительно обладает такой силой и сдавать свои позиции не собирается.

Лондон. Золотая пора солнечного июля. «Стеклянный» Конференц-центр королевы Елизаветы II – буквально в нескольких метрах от Вестминстерского аббатства и Зданий Парламента. Научная программа охватывала практически все аспекты современной психиатрии – компьютерно-математические, биологические, психологические, клинико-психопатологические, социальные, философские. Обсуждались все уровни психиатрической службы – профилактика, диагностика, терапия, реабилитация, организация, образование. Каждый из шести рабочих дней Конгресса включал не менее двух пленарных лекций, около 25 секционных заседаний, постерную сессию (более 80 сообщений в каждой), рабочие группы, свободные дискуссии.

Сильное впечатление остались пленарные лекции, например такие как «Генетика аутизма: клиническое значение», сэра M. Rutter, «Шизофрения: голоса из прошлого», президента Ассоциации европейских психиатров K. Мигтая. «К достижению целостности – преодоление границ между религией и психиатрией» Архиепископа Кентерберийского доктора G. Carey.

Ведущие европейские психиатры представляли серии выступлений, создававшие итоговое впечатление своего рода хрестоматии современной психиатрии, «избранного» основных европейских школ. Зна-

чительным был цикл выступлений будущего президента АЕП J. Angst (Zurich) – от пленарной лекции «Нозологомия и коморбидность в психиатрии» до секционных докладов, посвященных социальным, эпидемиологическим и фармакологическим аспектам тревоги и аффективных расстройств, а также эпидемиологии сексуальных нарушений. Большим вниманием пользовались выступления бывшего президента Ассоциации P. Bech (Copenhagen), затрагивавшие узловые вопросы психопатологии и терапии депрессий, теоретическую проблему мета-анализа сведений, даваемых пациентами. P. Bech предложил понятие «позитивной меланхолии» как варианта «философского темперамента», вызвавшее сомнения у другого крупнейшего европейского психиатра – U. Peters (Cologne).

Наиболее заметной фигурой Конгресса несомненно стал будущий президент ВПА N. Sartorius. Его пленарная лекция «Объединение Восточной Европы» многими участниками признана лучшей. Представленные на разных европейских языках все восемь выступлений N. Sartorius сочетали простоту и лаконичность формы с принципиальностью содержания. Сообщения о перспективах применения новой психиатрической классификации, роли негосударственных структур в организации психиатрической помощи, значении образовательных программ для молодых психиатров Восточной Европы, анализ развития Европейской психиатрии – все это показало, что ВПА получает достойного президента.

Пытаясь дать хотя бы неполное представление о масштабах Конгресса из необозримого разнообразия тем приведу лишь некоторые. По нескольку симпозиумов было посвящено проблемам классификации в психиатрии и в частности ICD-10. Солидно освещались проблемы организации психиатрической службы в том числе женщинам и детям, а также вопросы социальной психиатрии. При переполненных аудиториях проходили симпозиумы «Психиатрия и средства массовой информации», «Философия, нейронауки и сознание», «Европейская психопатология: вчера, сегодня, завтра». Традиционное внимание уделялось шизофрении: позитивные и негативные симптомы, категориальный и дименсионный подходы, тревоге и аффективным расстройствам, обсессивно-компульсивным расстройствам. По современному широко, хотя и не достигая размаха американского съезда, были представлены вопросы терапии, включая симпозиумы, проведенные при поддержке ведущих фармацевтических фирм. В то

же время специальная секция уделила внимание физическим методам лечения в психиатрии.

На съезде не так уж мало и весьма заинтересовано говорили о России. Представленаность же российской психиатрии, даже по нынешним, не больно тяготеющим к науке, временам, трудно назвать адекватной. Практически не заметной была ни официальная делегация, если таковая была, ни отдельные участники. А вот психиатры из стран бывшего СССР заметны были, не говоря уже о странах бывшего социалистического лагеря. Большинство из них охотно общалось в том числе и на русском языке. Многие заканчивали российские медицинские вузы, защищали в Москве диссертации.

Остается надеяться, что наша психиатрия пока-

жет свои действительно немалые достоинства на Всемирном психиатрическом конгрессе в Мадриде. И на следующем Европейском конгрессе тоже. Европейская ассоциации имеет только индивидуальное членство – достаточно выслать заполненную анкету, краткую профессиональную биографию (*curriculum vitae*), две рекомендации и Ваши документы будут рассмотрены. Особые привилегии имеются для молодых психиатров из провинции. Более подробную информацию можно получить по адресу:

Secretary General, Pr. CPIJLL,
Centre Hospitaller de Luxembourg, 4 me Barble,
L-1210 Luxembourg,
tel: 352 44 11 2706,
fax: 352 44 11 1247

Е. Б. Беззубова

ПЕРВЫЙ ШАГ К КОАЛИЦИИ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

4 июля 1996 г., на следующий день после несостоявшегося реванша «коммунизма» на выборах Президента РФ, в Москве состоялась конференция «Общественные инициативы в сфере психического здоровья», организованная благотворительным фондом «Душа человека» (создан в июне 1991 г., председатель Игорь Евгеньевич Доненко, директор по связям с общественностью Андрей Станиславович Синельников), на которую были приглашены представители 18 общественных организаций, в том числе Независимая психиатрическая ассоциация. Для последней сотрудничество с общественными организациями, объединяющими больных и их родственников, является одной из приоритетных задач.

Вопросы, ставшие предметом обсуждения, были хорошо продуманы и структурированы заранее. Это:

выявление и обсуждение общих проблем организаций, работающих в сфере психического здоровья;

как общественные организации могут решить эти проблемы;

возможности общественных благотворительных организаций;

«Закон о государственном социальном заказе»; чем он может нам помочь?

необходимые предпосылки и условия для продуктивного сотрудничества общественных организаций;

коалиция московских организаций, нужна ли она? преимущества и недостатки взаимодействия;

может ли объединение организаций в коалицию решить часть общих проблем?

лоббирование в государственных структурах интересов общественных организаций, работающих в сфере психического здоровья.

Приятно было убедиться в высокой активности участников, представителей благотворительных фондов «Душа человека» и «Нет алкоголизму и наркомании» (О. В. Зыков), Ассоциации родственников душевнобольных «Острова Надежды» (Л. И. Симонова), Московского объединения телефонов доверия (М. О. Дубровская), Московского клубного

дома (Л. Д. Белых) и др. А Положение о взаимоотношениях с правительством Москвы и присутствие представителя Департамента здравоохранения Москвы (И. Г. Леонова) придавало обсуждению практический и реалистический характер.

Законопроект «О государственном социальном заказе», подготовленный Российской благотворительным фондом «Нет алкоголизму и наркомании» («НАН»), и внесенный к рассмотрению Пятой Государственной Думой депутатами А. Г. Головым и В. В. Борщевым, принятие которого ожидается в сентябре 1996 года, послужит частичному разгосударствлению социальной службы, ограничив статус ведомств ролью государственного заказчика. Широкая гласность обсуждения приоритетных социальных задач и конкурсный механизм их реализации с обеспечением равных прав любых участников послужат конструктивному сотрудничеству общественных и государственных организаций и, таким образом, формированию гражданского общества. Той же цели служит разрабатываемый опять-таки общественными организациями, проект закона «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях», согласно которому государство должно предоставлять таким организациям льготы и дотации.

Перед лицом правового закрепления такого сотрудничества государственных и общественных организаций, последним важно интегрировать свои усилия, найти оптимальные формы взаимодействия. Такой удачно найденной формой и является коалиция общественных организаций родственного направления.

Следует отметить высокую культуру проведения этой конференции. Умело подобранные материалы сразу вводили в курс дела, концентрировали и интегрировали усилия собравшихся, содействовали дальнейшим контактам.

Пожелаем успеха этому начинанию, столь важному для всех нас.

КОНФЕРЕНЦИЯ НПА ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА В ПСИХИАТРИИ

(Москва)

20–21 июня 1996 г. в Москве состоялась 2-х дневная конференция «ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ПСИХИАТРИИ И ПРАВА ЧЕЛОВЕКА. Каковы эти тенденции? И какое место занимают в них и должны занимать права человека?», организованная НПА в конференц-зале Института профилактики психических заболеваний. Открывая конференцию, президент НПА Ю. С. Савенко сказал, что ее цель «не ограничивается ее названием. Это еще и попытка конструктивного сотрудничества представителей всех практических и научных учреждений Москвы и Московской области. Обе эти цели нашли поддержку Департамента здравоохранения Москвы и Минздрава России. Время обсуждения выбрано не случайно. При всех неудобствах предотпускного периода это возможность использовать:

материалы XII съезда Российского общества психиатров;

опыт симпозиума на сходную тему, который НПА провела в мае этого года в рамках съезда Американской психиатрической ассоциации, где были обсуждены 7 наших докладов;

впечатления о новых тенденциях американской психиатрии, прозвучавшие на этом съезде и опыт трех шестидневных семинаров опять-таки на сходную тему, которые провела наша Ассоциация на протяжении последнего года.

Это дает возможность попытаться накануне Конгресса ВПА в Мадриде интегрировать все это в ходе свободного обсуждения».

Конференция проходила по принципу круглых столов. На нее были приглашены представители всех ведущих психиатрических учреждений Москвы и Московской области и руководители Российской общества психиатров. Несмотря на неудачное время, конференция собрала представительную аудиторию. Присутствовали: главный психиатр Москвы В. Н. Козырев, главный психиатр Московской области В. И. Поддубный, главный врачи ПНД № 4 и № 8 И. В. Лобзин и В. В. Иванов, зам. главного врача ПБ № 1 А. Л. Шмилович, врачи ПНД и ПБ, д.м.н. И. В. Шахматова-Павлова, президент Независимой ассоциации детских психиатров и психологов А. А. Северный, директор Института профилактики психических заболеваний С. Ю. Циркин, сотрудники этого института д.м.н. В. Г. Ротштейн, М. Н. Богдан, С. А. Долгов, А. Ю. Сосновский, руководители отделов Государственного Центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского д.м.н. В. А. Тихоненко и д.м.н. Б. И. Бенькович, руководитель отдела Государственного Центра психиатрии и наркологии д.м.н. А. В. Немцов, руководитель отдела ЦНИИ скорой помощи им. Склифосовского д.м.н. В. Г. Остроглазов, доценты кафедр психиатрии Московского Государственного медицинского университета А. Н. Богдан, Б. А. Воскресенский, В. Н.

Прокудин и кафедры психотерапии Российской медицинской академии ПО М. Е. Бурно. Большое значение имело активное участие целой делегации ассоциации родственников психически больных «Острова надежды».

Познакомив присутствовавших с результатами поездки на съезд АПА (Ю. С. Савенко, Л. Н. Виноградова, А. Н. Богдан, М. Е. Бурно), организаторы перешли к обсуждению актуальных проблем российской психиатрии. Конференция была задумана как серия круглых столов практически по всем темам современной российской психиатрии. Как и предполагалось, такой обмен мнениями и широкий взгляд на проблему без конкретизации отдельных пунктов позволил выделить действительно важные долговременные тенденции развития отечественной психиатрической науки и практики и настроил аудиторию на конструктивное взаимодействие в решении наиболее актуальных проблем. В первый день конференции участники сосредоточились на обсуждении общих вопросов психиатрической науки и практики. Подробно обсуждался вопрос о кризисе науки в России и о катастроическом положении с научными кадрами. По последним данным МЗ РФ 80% работающих психиатров – предпенсионного и пенсионного возраста. Общее снижение уровня профессиональной подготовки, стандартизация и шаблонизация тонких научных и клинических процедур, господствующий принцип «экономии мышления» – все это характерно не только для российской, но и для мировой психиатрии. Однако в России положение особенно серьезно, так как непрекращающийся отток научных кадров (в коммерцию и в эмиграцию) вообще лишает российскую психиатрию будущего. В качестве основных препятствий продвижения вперед были названы общая пассивность и проблема финансирования. Последняя, впрочем, скоро была переформулирована в проблему эффективности использования имеющихся средств. Обсуждались: возможный переход от бюджетного финансирования научных исследований к системе проектов и грантов, выдаваемых на конкурсной основе; участие профессионального сообщества в выборе приоритетных направлений исследования и критерии этих приоритетов; формирование федеральных научных центров – в первую очередь для решения фундаментальных вопросов; интеграция науки и образования, необходимая для подготовки новых специалистов. Кроме того участники подняли вопрос о дополнительности статистических данных и метода феноменологического наблюдения, обсудили особенности американской системы медицинского страхования, положение дел в детской психиатрии и, как всегда, социальные последствия введения в действие Закона о психиатрической помощи (в частности, увеличение количества бездомных душев-

нобольных). Второй день конференции был посвящен социальным и правовым вопросам психиатрии. Вслед за обсуждением выступления доц. Б. А. Воскресенского, здесь разгорелся спор между членами экспертной комиссии НПА и представителями Ассоциации родственников душевнобольных «Острова надежды». В центре дискуссии оказалось предложение юрист-консультанта НПА Ю. Н. Аргуновой, с которым она выступала ранее в том числе на страницах «Независимого психиатрического журнала», о внесении дополнений в Закон о нотариате. Предлагалось наделить нотариуса правом предлагать участнику сделки пройти психиатрическое освидетельствование в тех случаях, когда совершаемая сделка наносит ему прямой ущерб и у нотариуса есть основания сомневаться в психическом здоровье клиента. Представители Ассоциации «Острова надеж-

ды» расценили это предложение как ограничение прав лиц с психическими расстройствами на действия с собственностью. Обсуждалось также Обращение в Государственную Думу и правительство РФ, принятые на семинаре НПА «Социальная работа в психиатрии и права человека». Беседа за круглым столом наглядно показала, что за горячими спорами часто стоит недостаточное понимание позиции собеседников, в действительности преследующих одну и ту же цель. Конференция в очередной раз продемонстрировала необходимость и возможность совместного обсуждения острых проблем с самыми серьезными оппонентами и непримиримыми противниками, подтвердила правильность выбранной формы проведения – в виде круглых столов, обеспечивающих общую дискуссию и равноправное участие каждого из присутствующих.

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

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

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

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

Телефон для справок:

(095) 206-86-39

Почтовый адрес:

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

Экспертиза и консультации проводятся бесплатно

Уральская государственная юридическая академия готовит к изданию пособие

Б. Н. Алмазов – «СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ»,

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

Объем пособия – 186 стр.

О г л а в л е н и е:

история правового регулирования отношений психически больных с обществом и государством;

право граждан на психиатрическую помощь;

психически больной и гражданский закон;

психически больной и уголовный закон;

судебно-психиатрическая экспертиза;

психическая зрелость как объект экспертизы;

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

Пособие рассчитано на юристов и врачей-психиатров.

Цена одного экземпляра 10 000 руб.

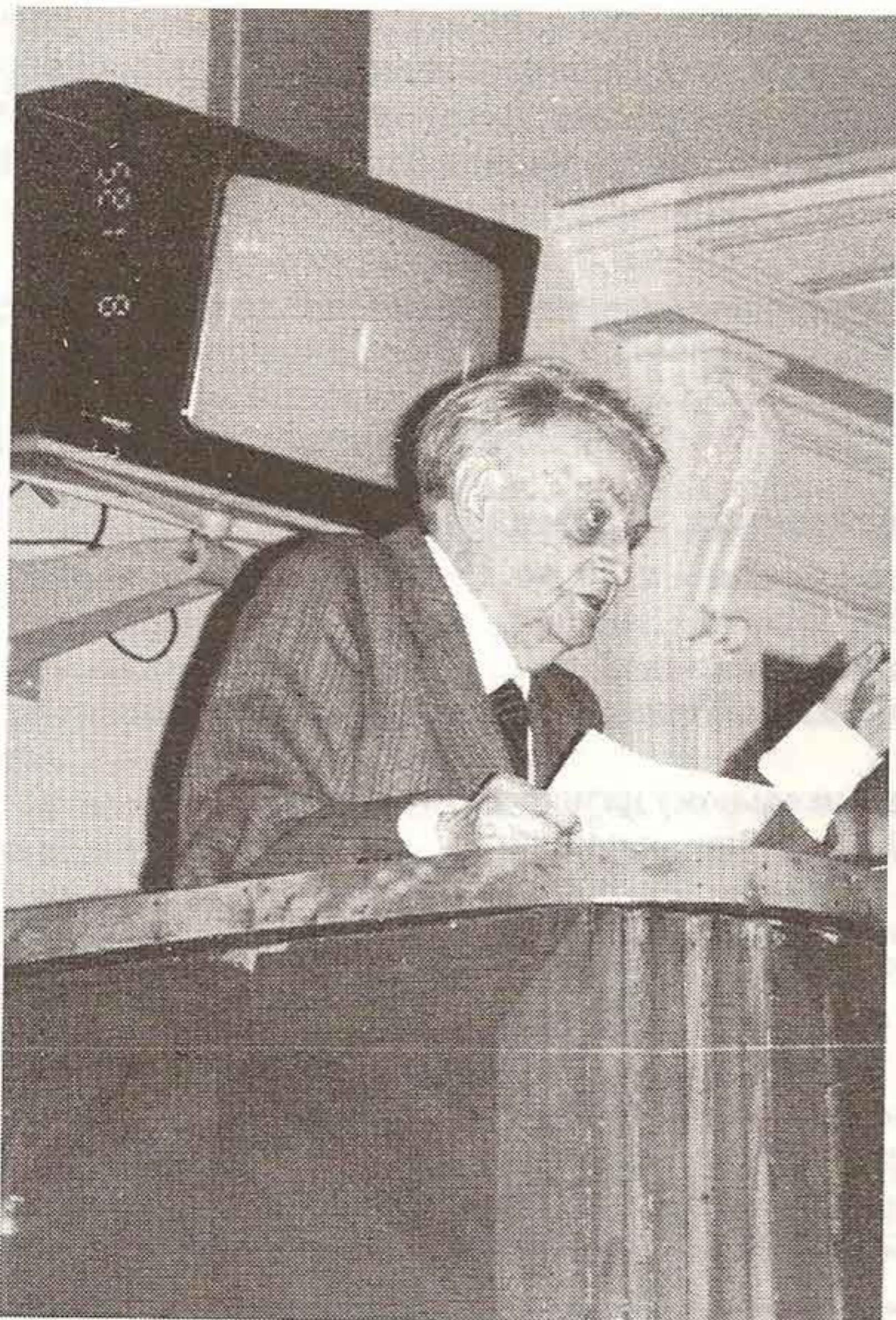
Заявки просим направлять по адресу: 620030, г. Екатеринбург, Сибирский тракт, 8 км,

Областное объединение «Психиатрия», юротдел.

на конференции, планируется издать сборником за счет авторов.

Оргкомитет конференции «Консторумские чтения»

Виктор Михайлович Морозов (1907 – 1996)



Умер Виктор Михайлович Морозов. С его уходом завершилась великая эпоха отечественной психиатрии. Он последний в ряду тех, кто в России составляет цвет нашей профессии, тех, для кого Виктор Михайлович был не только современником, но учеником, соратником, оппонентом ... *last, but not least.*

Когда пытаешься наиболее точно обозначить, что

– В последние годы объектом Вашего углубленного интереса и предметом научного творчества стала эпистемология. Есть ли в этом проявление какой-то закономерности в динамике научного мировоззрения многоопытного преподавателя и ученого?

– Эпистемология или науковедение действительно в последние 3–4 года, уже на склоне лет, привлекла мое внимание. К этому привел меня обычный жизненный, профессиональный опыт, а главное общественный опыт. Изменения в жизни нашего обще-

определеняет личность Виктора Михайловича Морозова, прежде всего на ум приходят слова: гордость и достоинство – во всех смыслах и степенях. Ему была свойственна и гордыня духа, интеллектуала, которому не важны ни языковые различия, ни государственные границы, и самодостаточность патриотически мыслящего русского интеллигента.

Виктор Михайлович прожил долго, почти 90 лет, о нем не скажешь словами Мандельштама, что он жил «... под собою не чуя страны...» Виктор Михайлович в полной мере разделил жизнь и судьбу своей Родины. Ему выпал счастливый жребий: на войне и в годы репрессий он не погиб и не сгинул; в его жизни была любовь: лучшие годы он провел возле удивительной женщины, она родила ему сына, с которым до последних дней его связывали не только кровные узы, но единодушие и единомыслие... Судьба действительно была милостива к Виктору Михайловичу Морозову – до последних мгновений не было отнято у него ценнейшее достояние его личности: светлый ум и способность к творчеству.

Будучи очень и очень умным человеком, Виктор Михайлович, как мало кто другой, был преисполнен самоиронии и весьма скептически относился к громким словам в свой адрес. А потому, отважившись сломать жесткие рамки жанра, вместо заказанного некролога, решаясь предоставить читателю уникальную возможность услышать живой голос Виктора Михайловича. Эта беседа была записана около года назад Н. М. Михайловой и Л. И. Дворецким и опубликована в журнале «Клиническая геронтология» (1995, 3, 73–76).

По свидетельству сына к этому, оказавшемуся последним, интервью Виктор Михайлович относился о особенным чувством: размышлял над текстом, отделял формулировки, чрезвычайно интересовался откликами. Он хотел, хотел как никогда, быть услышанным.

E. M. Вроно

ства, перестройка дали возможность, послужили толчком к размышлению над этой проблемой. Эпистемология изучает представления о развитии и будущем науки. Это наука о науках или наука наук, что соответствует и самому термину. Эпистема подревнегречески означает «наука», «точное знание». Эпистемология, в истории вообще и в истории медицины и психиатрии в частности, не отвергает давно общепризнанных принципов периодизации истории науки, но она ставит вопросы и разрешает их в аспекте изучения развития основных концепций, кото-

рые свойственны разным эпистемам, т.е. наукам. Согласно взглядам очень интересного английского историка современной психиатрии Bettios, историю психиатрии следует излагать как концептуальную историю, а не просто с точки зрения ставшей достаточно банальной периодизации. Эпистемология отрицает дескриптивно-факторический подход к истории и утверждает концептуальный подход. Это – научоведение и оно может быть отнесено к общему изучению многих наук, не только психиатрии. История классификации наук – это также объект эпистемологии. В нашей стране были попытки исследований в области эпистемологии. К сожалению, забыта фамилия русского исследователя, который имел тесные научные контакты с известным американским эпистемологом Т. Куном, автором хорошо знакомой книги «История научных революций» и, кстати, автором термина «парадигма», рассматривавшим историю науки как смену различных парадигм.

– Вы начинали свою деятельность в клинике Московского университета (ныне Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова). Какая наиболее яркая фигура среди Ваших наставников была в то время и произвела на Вас впечатление?

– По моему мнению, наиболее яркой фигурой в то время был заведующий кафедрой психиатрии П. Б. Ганнушкин, который произвел на меня совершенно неизгладимое впечатление своими лекциями. Но объективности ради следует указать на целый ряд выдающихся личностей, таких как терапевт Д. Д. Плетнев, невропатолог Г. И. Россолимо, венеролог Мещерский и др.

Д. Д. Плетнев был блестящим лектором. Я помню, как он образно воспроизводил хлопающий первый тон сердца, используя полу своего халата. Плетнев всегда обращал внимание на психическое состояние больного и одним из первых указал в литературе на то, что различные соматические расстройства могут быть эквивалентом депрессивных фаз циклотомии.

– Какое место, по Вашему мнению, занимает или должна занимать психиатрия как врачебная специальность в практике интерниста, в гериатрической практике? В какой мере необходима интеграция психиатрии с другими клиническими дисциплинами?

– Клинический подход врача любой специальности всегда предполагает обращение к личности больного, учет его психического состояния. В этом самый естественный путь интеграции всех врачебных специальностей. Ведь это старый вопрос – лечим ли мы болезнь или больного человека с его личностными особенностями реакций и т.п.

– В системе постдипломного медицинского образования по гериатрии стратегическим вопросом является мультидисциплинарность преподавания. Какие вопросы психиатрии необходимо обобщать в циклах усовершенствования по гериатрии для врачей интернистов, семейных врачей и т.д.?

– Чисто пожилых и старых людей растет в популяции во всем мире, а они имеют свои особенности. Геронтология, естественно, занимает все большее место во всей медицине. Поэтому это очень важно и для постдипломного обучения. Однако имеются определенные трудности в постдипломном образова-

нии, на которое не всегда обращают внимание, в частности, неточность некоторых ориентированных данных даже в документах международного характера, в целом отсутствие единой адекватной терминологии. Известно, что медицина стремилась еще с начала XIX века установить общую терминологию, понятную для всех врачей. Этот вопрос будет ставиться, по-видимому, и в дальнейшем, пока он освещается в литературе недостаточно и с известными ошибками. Мы с доктором Овсянниковым опубликовали статью о проблемах постдипломного обучения психиатрии, где подняты эти вопросы, приведен пример возникшей путаницы в связи с некритическим освоением одного из документов ВОЗ.

– Традиционный вопрос психиатру. Психиатрия с момента своего зарождения как научно-практическая дисциплина имела различное прикладное, в том числе и общественно-политическое значение в обществе. Наше общество, по-видимому, не было исключением. В какой мере действительно психиатрия использовалась у нас в качестве политического инструмента?

– Да, действительно, психиатрия использовалась в нашей стране в качестве политического инструмента. Этот вопрос обсуждался в свое время на Международном конгрессе психиатров в Афинах и, по-моему, получил адекватную оценку. Речь здесь может идти не только об использовании психиатрии в качестве инструмента репрессий в отношении отдельных личностей, но и о репрессиях идеологического режима в отношении целых областей науки. Следует сказать, что эпистемология при своем последовательном развитии неизбежно приводит к деидеологизации науки, а в наших исторических условиях вступает в борьбу с идеологией. А. Д. Сахаров вел борьбу с коммунистической идеологией как эпистемолог, а А. И. Солженицын – как идеолог (во многом с позиции христианства, т.е. видно, что может быть борьба эпистемологии с идеологией, а может быть борьба одной идеологии с другой). В таких условиях, когда эпистемология подвергалась отчаянному настиску, отчаянной репрессии со стороны коммунистической идеологии, это немогло не привести к культурному ощущению ошибок в любой области знания, включая генетику и психиатрию, что и сказалось на неправильной оценке психической деятельности ряда лиц. А. В. Снежневский был одаренным человеком, масштабной личностью в психиатрии, но в его взглядах и позициях научный подход (эпистемологический) подвергался колебаниям под настиском идеологии. А. В. Снежневский – фигура сложная, типичная для сталинской эпохи, но в нем привлекала любовь к психиатрии, огромный научный интерес к ее проблемам. Обладая чертами диктатора, он вместе с тем был демократичен в ходе научных дискуссий, допускал различие мнений, активно выступал сам, способствовал развитию научной мысли, но был весьма адаптирован к режиму и власти, позволял идеологии одерживать верх над эпистемологией.

Насколько известно были и другие примеры идеологических репрессий в отечественной психиатрии.

В истории отечественной психиатрии имеется яркий пример психической идеологической репрессии в отношении клинической концепции П. Б. Ганнуш-

кина о нажитой инвалидности. Ганнушкин первым заметил и описал стойкие психические изменения у лиц (чаще всего молодого возраста), переживших физический и психический стресс в период участия в революции и гражданской войне в виде астенических расстройств, интеллектуальной недостаточности, вегетативных сосудистых нарушений, расстройств сна с кошмарными сновидениями, и обратил внимание на проявление раннего атеросклероза сосудов головного мозга. Это соответствует современному посттравматическому стрессовому синдрому в МКБ, получившему широкое признание и освещение в научной литературе после освещения этих расстройств у участников войны во Вьетнаме, Афганистане, теперь уже и в Чечне. В то время П. Б. Ганнушкина обвиняли в том, что он, признавая несостоятельность бывших участников революции и гражданской войны, не верит в систему подготовки кадров на рабфаках, подрывает тем самым веру в возможность построения социализма. Высказывалось мнение, что его взгляды являются продуктом кулацкой идеологии и т.д. Принятое в современной классификации международной болезни понятие о посттравматическом стрессовом синдроме прямо вытекает из концепции П. Б. Ганнушкина о нажитой психической инвалидности. Могу сказать, что на основании личного опыта мои в 50-е годы описаны психические изменения у выживших узников концлагерей со стойкими астеническими расстройствами и ранним атеросклерозом.

— В настоящее время многие считают, что истоком многих наших экономических, социальных и политических бед была революция, насильственно совершенная большевиками, которые, возможно, искренне хотели людям благополучия, но превратили их жизнь в ад. Какой, в связи с этим, Вам видится фигура Ленина?

— Ленин создал учение о диктатуре пролетариата как неизбежном обязательном продукте распада капиталистического общества. Он был не прав. Именно учение о насильственной диктатуре пролетариата и привело Россию к отклонению от демократического пути развития и повлекло за собой огромные человеческие жертвы. Людей он не любил. Некоторые считают его трагической фигурой, хотя он сам себя трагической фигурой не считал.

— История человечества знает немало примеров творческого долголетия, поражающих, порой, воображение. А, может быть, в этом нет ничего по-разительного и творческая активность, человеческий интеллект аккумулируется и расцветает с возрастом, приобретает новые грани, если этому не препятствуют различные патологические процессы?

— Великий немецкий психиатр Крепеллин (он умер в 70 лет) в последние годы своей жизни говорил, что он сам уже заметил в себе изменения, «...но настанет время, — обращался он к психиатрам, — когда я своего изменения замечать не буду, а вы его заметите. Сейчас же я чувствую, что изменился, а ведь вы этого не замечаете». По-моему, это очень тонкое наблюдение. Что касается предпосылок творческого долголетия, я всерьез не задумывался над

этим. По-видимому, важно сохранение интереса к новому. Это может быть критерием здоровья. Для меня как преподавателя важно сохранение интереса к устной деятельности, поэтому я охотно даю согласие читать лекции.

Среди психиатров творческим долголетием известны Фрейд, Бонгэффер, которому в 1946 г. в возрасте 78 лет после освобождения из концлагеря предложили вернуться на кафедру. Из отечественных психиатров долго работали Зиновьев, Снежневский, Штернберг. Кстати, в Германии сейчас создается монография о жизни и деятельности Э. Я. Штернberга, самого крупного отечественного геронтопсихиатра.

— Насколько плодотворны оказались идеи Фрейда в клинической медицине, в частности в психиатрии?

— С моей точки зрения, идеи Фрейда не оказались плодотворными ни в медицине, ни в клинической психиатрии. Не скрываю, что я, как и мой покойный учитель П. Б. Ганнушкин, отношусь к концепциям Фрейда отрицательно. Даже за рубежом, где Фрейд ставится очень высоко и более почитаем, существуют и другие точки зрения. В английской психиатрической энциклопедии имеется статья известного английского психолога Айзенка под названием «Крушение империи Фрейда», в которой оценка емудается ни в коем случае не положительная. Фрейд был очень ортодоксален, нетерпим к людям и, прежде всего, к своим оппонентам, не стеснялся рвать отношения даже со своими учениками. Он был в известном смысле диктатором, переоценивал свою личность, сравнивал себя с Галилеем, т.е. обнаруживал некие мессианские тенденции.

— Существует так называемая арт-терапия психических заболеваний. Какой из видов искусства можно считать наиболее «эффективным» или это определяется индивидуальными особенностями пациента, в частности предпочтением живописи, музыки и др. в преморбидном периоде?

— Я затрудняюсь определенно ответить на этот вопрос. В лечении психических заболеваний всегда учитывались эстетические вкусы пациента, его любовь (или не любовь) к тому или иному виду искусства. На это обращали внимание еще в античные времена. Есть книга о влиянии музыки на душевное состояние человека и психически больных. С другой стороны, известны музыканты, страдающие душевными расстройствами.

— Какое место в Вашей жизни занимает искусство? Согласны ли Вы с А. С. Пушкиным, считающим, что «... из наслаждений всех одной любви музыка уступает»?

— В свое время я окончил 8 классов музыкальной школы при Воронежской консерватории, моя мать была преподавателем музыки, сестра окончила консерваторию по классу профессора К. Н. Игумнова, отец был страстным любителем музыки, почитателем Вагнера. Так что музыка занимала и занимает в моей жизни большое место, а в некоторые периоды жизни имела огромное значение. Из композиторов предпочитаю Бетховена и продолжаю настойчиво постигать Баха. Из наших пианистов на первое место ставлю Святослава Рихтера. Это гениальный пианист. Своим исполнением он отражает не только

прошлое, но и настоящее и я бы даже сказал будущее. Рихтер – музыкант эпохи войн и революций. Его творчество несет спасение от душевных мук.

– Будучи участником войны, узником концлагеря, принимая участие в судебно-медицинских экспертизах, Вы невольно были свидетелем жестоких, порой чудовищных преступлений человека против человека. Возникает мысль о генетически присущей человеку агрессивности, жестокости, находящихся в латентном состоянии и манифестирующих в соответствующих ситуациях. Естественно, мы не говорим о патологически обусловленных ситуациях. Интересна Ваша точка зрения как психиатра.

– Что касается генетической детерминированности агрессивности в человеческой популяции мне представляется это малоубедительным. В то же время идеологическое обоснование укрепления и развития агрессивности и жестокости человека – это вешь вполне реальная, примером чего может являться немецкий фашизм. В этом нет никакого сомнения. Сейчас представляет опасность этнический геноцид.

А геноцид неизбежно связан с ментицидом, т.е. убийством мысли.

– Минуло 50 лет окончания войны. Но сегодняшняя зловещая реальность такова, что побежденная страна уже давно оправилась от ран войны, а страна-победительница до сих пор не может вдоволь накормить своих людей, представление о человеческих ценностях девальвировано, зарплата врача не достигает 50 долларов. Почему произошло именно так, а не иначе?

Два закрытых тоталитарным режимом государства вели отчаянную войну друг против друга. Одновременно ряд открытых демократических государств вели борьбу против фашизма. Историческая ситуация была едва ли не уникальна. Что касается последствий этой отчаянной борьбы, то дело здесь, по-видимому, в конкуренции двух экономических систем – капиталистической и социалистической. В историческом отношении капиталистическая экономическая система оказалась лучше. Но я оптимист. Я абсолютно уверен в нормальном демократическом развитии своего отечества.

Предлагаем для распространения в своем регионе комплект
«НЕЗАВИСИМОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЖУРНАЛА»
за 1992–1996 годы

Содержание проблемных работ сохраняет актуальность,
а хроника – историю основных событий психиатрии этих лет.

Цена за один комплект:
при приобретении 5 комплектов – 15 тыс. руб.; 50 комплектов – 10 тыс. руб.

С июня 1996 года начало выходить
ПРИЛОЖЕНИЕ
к Независимому Психиатрическому Журналу
1-ый выпуск приложения представляет
учебное пособие
СЕРГЕЯ НИКОЛАЕВИЧА ШИШКОВА
«СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА (ПОНЯТИЕ И ВИДЫ)»
2-ой выпуск
«ПСИХОТЕРАПИЯ ВЯЛОТЕКУЩЕЙ ШИЗОФРЕНИИ»
ПЕРВЫЕ КОНСТОРУМСКИЕ ЧТЕНИЯ

Желающие приобрести этот выпуск могут прислать заказ по адресу:
Москва–117602, Олимпийская деревня, 15, кв. 61. Аргуновой Юлии Николаевне

Уважаемые коллеги!
Независимая Психиатрическая Ассоциация
УПРАВЛЕНИЕ ГЛАВНОГО ПСИХИАТРА МОСКВЫ

сообщают
о возобновлении славной отечественной традиции, основного живого дела каждого психиатра,
самой основы нашего профессионализма –

ОТКРЫТЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РАЗБОРОВ

Такой постоянно действующий семинар начал свою работу 13 июня 1996 года в старейшей в Москве Преображенской психиатрической больнице № 3 им. В. А. Гиляровского и будет проводится там ежемесячно каждый второй четверг в 14 часов с сентября 1996 года.

Адрес: Москва, ул. Матросская тишина, 20
Проезд: метро «Сокольники», любым троллейбусом до остановки «Матросский мост»

ПОЛЕМИКА

СКРОМНОЕ ОБАЯНИЕ ПСИХОАНАЛИЗА

Н. А. Зорин (Москва)

После многолетнего отсутствия психоанализа в культурном, научном и медицинском пространствах русской жизни, он снова выходит на сцену. Этот выход нуждается в комментарии.

Цель такого комментария – не заниматься рассмотрением психоаналитических теорий, это уже хорошо проработанный вопрос, а попытка осмыслить те *социальные последствия*, которые ожидают общество вообще и медицину в частности, в результате нового Прихода психоанализа в Россию.

Подступиться к теме психоанализа не просто. Как это не покажется парадоксальным, но публика, которая недавно торжественно называлась «новая историческая общность – Советский Народ», никакую правду о западной жизни знать не хочет, как прежде не хотела знать о западном благополучии. Даже умные и образованные люди предпочитают восторги неведения.

Судить о западной психиатрии, и особенно о психоанализе только по их публикациям – то же самое, что судить о «советских достижениях» по публикациям советской пропагандистской литературы. Это не очевидно, и становится ясным только после периода работы внутри самой этой системы. Автор этих строк имеет такой трехлетний «французский опыт», полученный в самой гуще психоаналитического сообщества лакановской ориентации¹.

«Зачем мне куда-то уезжать, мне и здесь плохо», – прозорливо говорил один латышский поэт. И был прав. Возможность посмотреть на психоаналитическую практику «с кушетки» развеяла бы иллюзии у многих.

Можно утверждать, что западный теоретический «книжный» психоанализ имеет мало общего, а порой и вовсе ничего с его повседневной практикой, едва ли не в большей степени, чем это было с советской официальной психиатрией².

Миф плюрализма

Одним из мифов посткоммунистических стран является миф о плюрализме западной психиатрии, внутри которого психоанализ олицетворяет все анти тоталитарное, освободительно-демократическое, личностно-гуманистическое и пр. и пр³.

¹ Жак Лакан – «французский Фрейд», 1901–1981 гг. Создатель собственной оригинальной теории психоанализа, которую его последователи и он сам, считали «возвращением к Фрейду» (что более чем неочевидно).

² Об этом см. Зорин Н. А. Кризис Клинической Психиатрии, Философские Науки № 8 1989

³ Развенчание посткоммунистического мифа об «освободительной силе психоанализа противостоящего тоталитарным режимам» дано в глубоком предисловии А. М. Руткевича к книге Роже Дадуна, ФРЕЙД, (АО «Х.Г.С.», М.: 1994).

После многолетнего психиатрического монотерапии советского периода, многообразие теоретических взглядов французской психиатрии, отраженное в профессиональных журналах, выглядит причудливым калейдоскопом.

Однако, то, что на первый взгляд выглядит плюрализмом, не является таковым в обычном нашем понимании, то есть многообразием подходов одного врача, его интересом или хотя бы теоретической толерантностью к различным взглядам и т.п.

Вскоре выясняется, что разнообразие носит отчетливо сектантский характер. Все профессиональное сообщество поделено на группы, исповедующие какое-то одно направление и, что важно, не только не желающие знать другие подходы, но, в лучшем случае, равнодушно-снисходительно относящиеся к иным взглядам, а, нередко, агрессивно-нетерпимо воспринимающие все «чужеродное».

Психоаналитическая идеология

Слово «идеология» неоднократно упоминается в этом тексте. Действительно, психоанализ обнаруживает все качества партийной идеологии, а само движение несет клеймо партийной дисциплины. Сегодня ему смело можно возвратить все упреки самого Фрейда, высказанные им в отношении работ марксизма, которые, по словам Мэтра, «...заменили Библию и Коран»⁴. Психоанализ и коммунизм во всех его проявлениях, едва ли не с момента своего возникновения, обнаружили взаимный тропизм: фрейдо-марксизм советского периода, партийные чистки с «отлучением от церкви» бывших сторонников, создание «тайного комитета» из пяти членов, призванного следить за «чистотой веры», враждующие (до публичных мордобитий) партийные фракции лакановцев, их обязательные изнурительные «партисобрания» с жестким контролем посещаемости, сама политическая ориентация французских психоаналитиков (маоизм, троцкизм, коммунизм)⁵. А лаканистические «картели», на которых, сакрально, преимущественно по ночам, трое под руководством четвертого, толкуют труды обоих Мэтров, заставляют вспомнить «Бесов» Достоевского.

⁴ Там же, с. 234.

⁵ «...особенно выразителен, до карикатурности, пример французских врачей-психиатров главным образом коммунистической ориентации, которые в период Освобождения осуждали психоанализ, осыпая его эпитетами, заимствованными из зловещего сталинского словаря, а спустя несколько лет стали «лидерами» в «этом самом» психоанализе, ставшем, как писал Фрейд о гипнозе, «главным оружием в их терапевтическом арсенале» – монополизированном и с выгодой используемым». Там же (с. 254).

Автор этих строк неоднократно был свидетелем, как «неправильное поведение», нерегулярное посещение лакановских партсобраний, «неудобные» вопросы (как и Советская Власть, лакнисты требуют не просто партийного конформизма, но *восторженного поклонения*) и пр. «неверные» были «отлучены» даже от враждующих лакановских группировок путем непродления контрактов о работе.

Интересно, что наибольшим конформизмом во Франции среди русских отличались именно бывшие коммунисты и комсомольские лидеры. Им эти правила игры были хорошо знакомы. Но поскольку лаканистические группы по окончании обучения и прохождения анализа из соображений тотального контроля не выдавали никаких удостоверений (сравни с отсутствием паспортов у сельских жителей в сталинскую эпоху), вскоре почти все русские перешли в IPA (Международная Психоаналитическая Ассоциация), которая сертифицирует своих adeptов. Ее можно смело назвать «психоанализом с человеческим лицом!».

А каким знакомым ветром веет от этой цитаты: «Наши американские коллеги скажут вам, что Лакан уже умер (в 1981 г.) и что они – будущее психоанализа. Это неверно. Они хорошо знают, что психоанализ живет на Западе лишь там, где Лакан обновил его учение и практику. В Соединенных Штатах он захирел, тогда как в латинских странах – процветает»⁶.

Психоанализ, превратившись в *идеологию*, присвоил себе все философские и научные рассуждения о бессознательном и всем, что с ним связано, то есть поступил точно так же, как когда-то советская власть поступила с общечеловеческими ценностями и добродетелями, обявив их своими достижениями. Естественно, что при таком положении критиковать советскую власть (или психоанализ) означает критиковать то, что так дорого любому гражданину: Свободу, Равенство, Братство и пр. И наоборот, говорить об Идеалах значило говорить о советских (или психоаналитических) достижениях.

Точно так же – говорить о бессознательном значит говорить о психоанализе, прежде всего Фрейде и в той или иной степени о Лакане (французский вариант).

Можно было бы написать работу под названием: «История психоанализа как история его мифологического вырождения». Это явление подверглось исторической мифологизации, процессу, который подобен мумификации *формы*⁷, внутри которой ждет своего часа вирус-миф, готовый всегда переселиться в другую мифологическую оболочку («Фрейд умер, но дело его живет!»...).

Мифологизация какого-либо явления, есть свидетельство того, что это явление поставлено на служ-

бу идеологии, которая, есть способ удерживать власть (resp. деньги).

Один парижский психоаналитик уверял меня, что в Америке возник и развивался вначале из «идеологических соображений, а не из-за денег». Я же идеологию от денег не только не отделяю, но, напротив, органически с ними объединяю. Перефразируя, В. В. Маяковского, («Мы говорим: «Ленин», подразумеваем – «Партия»...) – прекрасный пример соссюровского учения об означаемых и означающих, – можно сказать: «Мы говорим «Власть», подразумеваем «Деньги», Мы говорим «Деньги», подразумеваем «Власть».

Трансформация медицинской практики и системы здравоохранения

Психоанализ глубоко проник в сознание масс на Западе, сформировав особую ментальность и, как следствие, рынок психоаналитических услуг – процесс, начало которого наблюдается сейчас и в нашей стране. Это совсем небезобидное явление, способное коренным образом переменить не только сознание, но и структуру медицинской помощи, что и наблюдается, в частности, во Франции. В качестве краткого примера: французская детская психиатрия, принявшая американские идеи, сделалась почти полностью психоаналитически ориентированной, совершив утратив клинический характер. Процесс этотшел так глубоко, что заставил многих ортодоксальных психиатров просто покинуть детскую психиатрию, превратившуюся в разновидность социо-педагогической институции, из которой практически изгнали медикаменты⁸. В клиниках для взрослых, в отделениях, которыми управляет психоаналитики, наблюдается «методологическое расщепление», когда больного разбирают с психоаналитическими позиций, назначая затем медикаментозное лечение (в котором, по большей части, разбираются плохо). И хотя в последнее время появилось много работ, пытающихся подвести под этот феномен теоретический базис, это смешение жанров несомненно заставляет Отца психоанализа переворачиваться в гробу. Однако это обстоятельство не очень волнует его нынешних последователей, они, как проговаривается биограф Фрейда – Р. Дадун, уже отхватили «этот лакомый кусок» – психоанализ (с. 252).

Психиатрия – лишь малая часть психоаналитического поля, «вспахиваемого» лаканистами.

Психоанализ, со времен Фрейда мечтавший прорвать с медициной, после прихода Лакана (сам-то он был психиатр), осуществив на практике фрейдовскую мечту, превратился во Франции в парамедицинское и псевдоинтеллектуальное занятие, сначала для психологов и философов, затем лингвистов и журналистов и, наконец, домохозяек (смело можно было бы предложить лозунг о том, что во Франции скоро каждая кухарка будет проводить психоанализ). Сказанное, однако, не исключает наличие настоящих ученых плодотворно разрабатывающих некоторые идеи психоанализа, но как реальная практика он производит удручающее впечатление.

⁶ Жак-Ален Миллер, Париж, 19 июля 1992 г. Из предисловия к русскому изданию, Жак Лакан «Стадия зеркала» и другие тексты. Европейская Школа Психоанализа Ассоциации Фонда Фрейдовского Поля. EOLIA. 1992.

⁷ У Ролана Барта читаем: «Буржуазная (а мы добавим – любая Н.Э.) идеология постоянно преобразует продукты истории в неизменные сущности. «...» Ведь цель мифов это обездвижение мира. «...» Мифы представляют собой постоянное и назойливое домогательство, коварное и непреклонное требование, чтобы все люди узнавали себя в том вечном и тем не менее датированном образе, который был однажды создан, якобы на все времена.» (стр. 126 русс. изд.; 243–244 стр. франц. изд.).

⁸ Эти сведения получены от бывшего Президента Детской Психиатрической Ассоциации Франции, который был вынужден вообще оставить детскую психиатрию.

Впечатляющий эпизод из французской жизни: аналитик-дама, по образованию лингвист, опаздывающая на сеанс к своей клиентке, восклицает: «Если она мне сейчас выскажет претензии, я ее спрошу, – у Вас что, были неприятности в отношениях с вашей мамой?».

Упомянутая «демедикализация» психоанализа, вопреки всем заветам Отца, и является одним из камней преткновения в споре о статусе психоаналитика между IPA и лакановскими группами.

Произошла утрата естественно-научного взгляда на психическую патологию, и, одновременно, вульгаризация идей психоанализа (расплата за их популяризацию) переживающего сейчас кризис на Западе, и побуждающего сейчас искать себе новых адептов в других странах, в частности, в России.

Трансформация морали и ее социальные последствия

Нашумевшие судебные процессы, происходившие в США над родственниками пациентов «вспомнивших» во время психоаналитически-ориентированных сеансов терапии, о «гнусных инцестуальных намерениях» своих несчастных родителей, будто бы испортивших им всю дальнейшую жизнь, уже показали всему миру реальную опасность распространения психоаналитической идеологии, способной изменять не только представления морали, но и судебную практику. Франция, которая постоянно высмеивает «американскую глупость» во всех ее проявлениях, сама того не заметив, уже пала ее жертвой.

Психоаналитическая направленность терапевтической практики французской детской психиатрии, в сочетании с французским Уголовным кодексом уже породили интересное социальное явление.

Одна из статей Кодекса, касающаяся защиты прав детей, предписывает всем, кто стал свидетелем надругательства над ребенком (будь то насилие или сексуальные притязания), сообщать об этом властям. Тот же, кто уклонился от такого сообщения *сам становится объектом судебного преследования*.

Нашим соотечественникам не надо объяснять к чему приводит наличие в Кодексе статьи «за недонос»... К такому же эффекту – превентивным и/или корыстным доносам привела французских обывателей их «психоаналитическая реальность».

Незабываемое зрелище – картины метания медбрата между медицинским начальством дневного стационара, происходившие из «страха за свою судьбу», так как ребенок из его группы был, в результате психоаналитического расследования, «уличен» в *ничем еще объективно не подтвержденном гомосексуальном инцесте*, а властям, (в результате возражений врача – автора этой статьи) еще ничего не было сообщено!... Справедливости ради надо сказать, что аффективная зараженность этого эпизода объяснялась более национальными особенностями французского характера, метко подмеченными самим З. Фрейдом у парижан: «Это народ психических эпидемий и массовых истерических конвульсий»⁹.

Мне также суждено было наблюдать, как мать одного из детей, обычно уклонявшаяся от контактов с работниками дневного стационара, в панике прибежала

искать у них защиты от соседа, которому мешала спать, всю ночь плакавшая (по причине болезненных страхов) дочь этой женщины, и который *пригрозил* сообщить властям свои *подозрения* о насилии над ребенком. Страхи этой женщины были отнюдь не беспочвенны: после, нередко весьма формального, первичного разбирательства, по запутанным французским бюрократическим инстанциям циркулирует уже *только досье о случае*. Подобные истории обычно кончаются, *чрезмерно распространенной* во Франции передачей ребенка в приемную семью..., что на мой взгляд *несомненно* рассматривалось бы как злоупотребление психиатрией, затрагивай она чьи-либо экономические или политические интересы.

Почвой для повсеместных «обнаружений» «сексуальных злоупотреблений», стал психоаналитический менталитет, сначала насаждаемый, а сегодня бесконечно тиражируемый средствами массовой информации.

Здесь мы встречаемся с интересным феноменом *создания проблем*. Подобно предложению, которое порождает спрос, технология (здесь психоанализ), с неизбежностью рождает проблемы, которые она *«призвана разрешать»*.

В частности, психоанализ формирует в обществе *новые границы атрибуции ответственности и вины*¹⁰. Можно говорить о психоаналитической трансформации сексуальной среды и, в частности, «эротического тела» со своими специфическими запретами. Наиболее яркий пример – бесконечное тиражирование «проблемы инцеста» с помощью mass-media, что, безусловно, и превращает инцест в проблему. Затем утверждается, что все проблемы, которые психоанализ сам создал, будто бы существуют сами по себе.

Только на протяжении января мес. 1995 г., автор посмотрел по французскому TV, два художественных фильма про инцест, один из которых глубокомысленно был аранжирован последующим выступлением реальной героини. Позднее, прекрасно понимая механизм, я был тем не менее поражен, насколько некоторые мифологические идеи (в данном случае идея инцеста) способны захватить психику, совершенно парализуя критическое мышление, во время дискуссии со французским средним медперсоналом, обнаружившими не просто *нездание* понять, но *активное сопротивление* пониманию того, что любые так называемые *проблемы* в социуме, задаются культуральными границами атрибуции вины и ответственности. Для них «проблема инцеста» существует всегда и везде. Не помогла даже ссылка на французский авторитет – М. Фуко, описавшего аналогичную ситуацию с «проблемой» детского онанизма. Интересно, что именно упомянутые фильмы приводились как доказательство существования «проблемы инцеста»...

Деньги и психоанализ

Вторжение денег – еще одно, происходящее в нашей стране явление, которое неизбежно трансформирует не только экономику, но и ментальность. Деньги – «сильнейший семиологический мутаген. Будучи «встроены» в любую мифологическую систему

¹⁰ См. Об этом подробнее: Тхостов А. Ш. Топология субъекта (опыт феноменологического исследования). Вестн. Моск. Ун-та. сер. 14, психология. 1994. № 2. с. 3 – 12. (2-я часть).

⁹ Р. Дадун, «ФРЕЙД», АО «Х.Г.С.», М., 1994, с. 64.

му, они неизбежно начинают означать *самых себя*, что проистекает из их природы –абстрактной эквивалентности *всему*¹¹. Поэтому, с деньгами как со СПИД'ом, нужно быть очень осторожным, без «презерватива» никак нельзя.... Некоторые из таких «презервативов» в западном мире – контролируемость и легальность *деньгообращения*, предполагающая уплату налогов, честность банков, безналичные (т. е. контролируемые) расчеты и т. п. Отсутствие перечисленного в бывшем СССР, например, грозит привести к тотальной моральной деградации и обнищанию масс.

Деньги могут служить чувствительным индикатором и квантификатором мифологичности какой-либо технологии. Из общих соображений можно утверждать, что *технология тем мифологичней, чем меньше ее неоплаченный потребителем эффект*. Включенные в семиологическую структуру лечебного мифа пациента, деньги в этом случае начинают означать «качество лечения»: чем дороже, тем «лучше».

Психоанализ, построенный как раз на расчетах *наличными деньгами*, признавая открыто, что без денег результата не будет (что сущая правда), во-первых, косвенно признается в собственной *чистой мифологичности*, во-вторых, открывает дорогу проникновению беспредельной безнравственности в сферу своей деятельности, так как идеологически пренебрегает «презервативами».

Достаточно посмотреть на многочисленных адептов этого учения, особенно в странах нарождающегося капитала, где сам факт стремительной реинкарнации психоанализа, похороненного, будто бы советской властью, красноречиво говорит об *органической связи этого явления с частной собственностью, Рынком, и социальным расслоением*, а не с «отсутствием в русском обществе понятия Субъекта» (Автономова Н. 1994), «засильем материализма в лице павловского учения» (Домич З. 1994) «бушевавшем в России сифилисом» в эпоху расцвета психоанализа в Европе, «соборностью русского сознания»¹², и прочими, вполне правдоподобными измышлениями об исчезновении психоанализа в советскую эпоху. Некоторые из них, можно было бы назвать «объяснениями здравого смысла, отягощенного высшим образованием», в избытке продуцируемыми отечественными и западными интеллектуалами, загипнотизированными научообразным покрывалом величайшего Мифа XX столетия.

Тому же свидетель – откровенный цинизм значительного числа западных психоаналитиков, сделавших психоанализ бизнесом, принявшим ныне международный размах. Прогрессивно теряющие клиентов в своей стране, под благовидным предлогом «распространения идей национального психоанализа», они вывозят из разных стран «психоана-

литических рабов». Их «обучение» проходит путем принуждения их к «диадатическому» анализу на рыночных условиях страны пребывания, цинично пренебрегая «священными канонами» психоанализа, такими как *желание проходить анализ, свободный выбор аналитика, достаточная, но не разорительная плата за анализ и т. п.*

Эволюция и мутации технологий психоанализа

Научные воззрения, методы практики, и технологии помимо описанной Т. Куном их внутренней динамики¹³, подвержены еще и социальным деформациям политico-экономического происхождения.

Процесс этот может начаться под действием бредовых «мутагенов». В приводимом ниже примере таким мутагеном являются деньги.

Мутация психоанализа произошла во Франции, по-видимому, в эпоху Жака Лакана. Анализ, уже давно и неустанно дрейфующий в сторону все большего обогащения его практикующих, получил в лице Лакана, блестящего теоретика, который положил начало освобождению психоанализа от остатков «химеры совести», что с успехом доверили его адепты.

Следуя традициям самого психоанализа «выражаться красиво» с бесконечным жонглированием греческими, латинскими и иностранными словами, это явление можно обозначить как *«pulsion a la grecche»*^{*}.

После провала известной идеи Фрейда о создании психоаналитических поликлиник для рабочих, эволюция теории психоанализа, происходила в сторону *поиска объяснений отсутствия психоаналитического эффекта без денег*. Психоаналитическая мысль много преуспела в этом вплоть до настоящего времени, уделив немало внимания «фекальным» объяснениям символической функции *наличных денег*, ненавязчиво призываю своих клиентов поделиться этим экскрементом со своим аналитиком¹⁴.

Известно, что максимальное получение прибыли, есть ее получение в кратчайшие сроки. Мутация психоанализа завершилась именно в этом направлении. Не удивительно, что она коснулась самого фундаментального понятия, – бессознательного. Произошла резкая трансформация Мифа. Лаканисты провозгласили сверхкороткий «псевдоментальный» сеанс «встреча-расставание», во время которого анализант просто быстро отдает аналитику деньги. Было объявлено, со многими мифологическими предосторожностями, что «бессознательное не имеет времени» и потому деньги можно отдавать очень быстро¹⁵. Особенно интересно, что это правило *почему-то не распространялось на длительность самого курса анализа*. И потому последний рекомендовался непременно очень длительный (в идеале, как известно, – бесконечный). Эта «нестыковка» еще не

¹¹ О семиологической структуре Мифа см. Ролан Барт, Миф Сегодня. Избранные Работы. Семиотика, Поэтика. М.: Прогресс 1989.

¹² Приведенные здесь примеры взяты мною из дискуссии по поводу исчезновения психоанализа в СССР, проходившей в Париже в 1994 году, (в скобках указаны авторы высказываний), материалы которой не публиковались, а также из работ некоторых советских авторов (цитаты даны в кавычках).

¹³ Т. Кун. Структура научных революций. М.: 1977.

* Влечеие к богатству, Фр.

¹⁴ Liana Reiss-Schimmel, La Psychanalyse et l'argent, Editions Odile Jacob, Novembre 1993

¹⁵ Колетт Солер, Стандарты и нестандарты. О предварительных беседах, контроле и длительности сеансов, «Иной» – Психоаналитический Альманах, Санкт-Петербург. 1993 с.

устранена в идеологическом пространстве мифа, но, надо думать, скоро будет исправлена.

Интересно, что неприятие лакановского анализа международной психоаналитической ассоциацией связано прежде всего с тем, что такая практика (псевдоментального сеанса), нарушают законы рыночной конкуренции профессионального сообщества. Маститый, или модный аналитик, лишая своих собратьев работы, попросту перетягивает всех пациентов себе, пропуская в единицу времени такое количество клиентов, которое при классическом, фрейдовском анализе он просто не в состоянии был бы «обслужить»¹⁶.

Согласно теории, лакановский аналитик обрывая сеанс, «расставляет пунктуацию в речи клиента». На деле, слишком часто «пунктуацию» расставляет подоспевший обед, или следующий клиент.

Слишком часто приходилось наблюдать, сидя в очереди на сеанс, подозрительно одинаковую длительность проявлений «бессознательного» – 7 минут, что напоминало советскую поликлинику, а ко времени обеда все бессознательные процессы во Франции затухают...

Победное шествие психоанализа по миру лучше всего объясняется отнюдь не его эвристической, научной или иной ценностью, приписываемой ему его адептами, но прежде всего, его *деньгообразующими свойствами*. Практически он представляет собой сегодня не научный метод, не лечебную процедуру, или что-нибудь иное, но *образ жизни определенного класса людей*.

Из воспоминаний дамы – аналитанта Лакана: «Эти сеансы были так дороги, безумно дороги! Поэтому, когда я выходила от него, чтобы утешиться, я иногда покупала себе в бутике возле его дома какой-нибудь бриллиант»...

Что же касается стойкого к нему обывательского интереса, то последний, по-видимому, проистекает из его «разрешительного» характера, позволившего «научно» и «интеллектуально» обсуждать те проблемы, которые прежде были достоянием пикантных анекдотов и разговоров.

Это не значит, что психоанализ бесполезен или вовсе не нужен. Как всякая мифологическая технология он действенен там, где в него верят. Изложенные выше опасения по поводу его вирулентных свойств, о чем свидетельствуют и исторические факты его развития, имели целью предвидеть грядущие опасности распространения *новой идеологии* и указать *надлежащее ему место* в системе социальных структур и нравственных ценностей общества. Тем более, что на нашей земле западные ценности и их носители имеют свойство особенно уродливо преображаться: банки превращаются в места ограбления народа, предприятия – в места отмывания денег, конкурсы красоты – в передвижные бордели, эндокринологи – в психоаналитики, а сексологические отделения – в секс-шопы и т.д. Уже нередко слово «психоанализ» мелькает в объявлениях об услугах, где вам обещают «вытрезвление, восстановление девственности и снятие сглаза». Никакое специальное «западное» образование не убережет нас. Оно, скорее всего лишь выдаст мандат на официальное одурачивание публики. Некоторые русские психо-

аналитические журналы (что и требовалось ожидать), уже органично включили в себя, как один из разделов, ... экстрасенсорику¹⁷.

Психоанализу должно довольствоваться скромным местом возле кушетки нувориша, отягощенного совестью и подле его изнывающей от скуки подруги.

Психоанализ должен быть вовремя «отделен от государства», от академической науки, пока он не запустил руку в государственный карман¹⁸, пользуясь невежеством чиновников, знающих о нем понаслышке, из книг по его марксистской критике, ибо у нас как нигде, с небывалой легкостью институционализируются парамедицинские практики и оккультные науки, а экстрасенсы и гуру, манипулируя властями, заседают в парламентах.

Психоанализ имеет давний тропизм к власти, как в силу своих неадекватных претензий на объяснение Мира, так и за счет своей идеологической природы, обнаруживающей себя на каждом шагу.

Он давно интригует власть, начиная с первых советских аналитиков, которые создавали специальные психоаналитические дома-интернаты для детей «партийной элиты» КПСС.

Он, как всякая идеология, берется на вооружение спецслужбами. Еще со времен Наума Эйтингона, под крышей пушинского бизнеса, снабжившего Фрейда деньгами¹⁹. В этой связи настороживает быстрое появление интереса к психоанализу некоторых медицинских учреждений, знаменитых прежде своей «идеологической чистотой», а ныне уже разославших своих эмиссаров поучится риторике «новой», сообразной историческому моменту, идеологии. И борьба за сферы влияния уже началась с обвинений своих конкурентов в некомпетентности и недостаточной «чистоте» рядов.

Критика психоанализа, по крайней мере во Франции, небезопасное занятие. Предвижу, что может она стать небезопасной и у нас, где всем ныне предписано стать «демократами» и носителями «общечеловеческих ценностей», где в пламени прилюдно сжигавшихся партбилетов КПСС, принадлежащих психиатрическим функционерам, тисненая голова Вождя на красной обложке на глазах трансформировалась в профиль дедушки Фрейда.

¹⁷ Например журнал «Архетип».

¹⁸ Эти настроения уже витают в воздухе. На Съезде Российского Общества Психиатров, в ноябре 1996, на Круглом столе посвященном вопросам психиатрического образования, уже всерьез звучали предложения о введении преподавания психоанализа, с наивной верой в возможность его продуктивного слияния с клинической психиатрией. Полезно преподавать историю психоанализа, с параллельной его демифологизацией, чтобы не впадать в заблуждения по поводу его ценностей и возможностей. А прокормиться он прекрасно может за свой собственный счет. Французскому психоанализу (и не только ему) нередко удавалось успешно сделать себе рекламу за государственный счет, например, в других странах, под актуальным предлогом «распространения французского языка и культуры».

¹⁹ Эткинд А. Эрос невозможного (История русского психоанализа)

Можно было бы сказать, что эта яркая страстная картина – гротеск, что талантливое перо автора отобразило в большей мере не предмет изображения, а его собственную эмоциональную реакцию на неудачную поездку, как это случилось с П. Шабролем в отношении японцев, что антифранцузские ноты звучат вполне по-французски, с французским блеском и остроумием.

Но при всем этом, субъективность здесь не затмнила реальной ситуации и ее тенденций, а наоборот, как раз пронзительность личной ноты только и позволила так рельефно и масштабно увидеть и передать то, что быть может не очевидно самим французам, во всяком случае, не сложилось у них в такую не просто впечатляющую, а остро схваченную подлинную реальность. Разумеется, речь не идет об исчерпывающе полной картине, заострено, даже абсолютизировано только несколько аспектов, но они – существенная часть этой картины. Так было и с антипсихиатрией, которая, – при всех своих экстремистских издержках, – заставила общество увидеть то, на что оно всегда смотрело, не видя: забвение прав человека в отношении психически больных.

Среди других редакций современного психоанализа – американских, британских, германских, скандинавских и многих других, в том числе российских, французские и прежде всего Лакан (хотя и Башляр, и Гранов и другие) выделяются не просто своеобра-

зием, а вскрытием несомненно очень продуктивного нового пласта для дальнейшей разработки.

Когда «Независимый психиатрический журнал», выражая позицию НПА, декларирует феноменологический курс, противопоставляя его психодинамическому, это не следует понимать как борьбу разных философских или научных школ и направлений в старом извечном стиле. Прежде всего это устремление к новой общенациональной парадигме, существование которой в значительной мере состоит в интеграции вклада феноменологического направления в науку как таковую. Психодиагноз выражает уходящую позитивистскую парадигму, которая не исчезает внезапно со сцены, а постепенно интегрируя новое и преобразуясь в ходе этого, перерастает в принципиально отличное от исходного, но этот качественный скачок осуществляется не посредством буквально-го ниспровержения оппонента. В соответствии с этим «Независимый психиатрический журнал» нередко публикует психодинамические работы, ориентируясь не на родственность или близость теоретических представлений, а прежде всего на уровень рефлексии. Мы заинтересованы спорить с самой сильной версией оппонентов и открыты к пересмотру собственной. Заострение проблемы ей на пользу. Очень характерно, что журнал «Социальной и клинической психиатрии» эту статью к публикации не принял.

ОТКЛИК НА УКАЗ О РАЗВИТИИ ПСИХОАНАЛИЗА

Для психиатрической общественности Указ Президента РФ «О возрождении и развитии философского, клинического и прикладного психоанализа» от 19 июля 1996 г. прозвучал неожиданно и вызвал уже типовую реакцию: «Президента подставили». Кто и как организовал это вполне психодинамическое лоббирование – это отдельный вопрос.

Главное другое – с научной общественностью этот вопрос не обсуждался.

Но самое серьезное и прискорбное в этом Указе –казалось бы навсегда скомпрометировавший себя стиль вмешательства власти в науку. – Ведь поддерживается научное направление, а не проблема.

После беспрецедентного со времен инквизиции позора лысенковской сессии (1948) даже советская власть под конец зарекалась от этого.

Психодиагноз, – спекулятивная концепция гениального ученого, принадлежавшего XIX веку с его научной парадигмой, встретил неприятие европейских психиатров феноменологического направления, представлявших новый, но неизбежно менее легко усваиваемый стиль научного мышления. Отдавая дань уважения клинической интуиции лично З. Фрей-

да, феноменологи еще в 1913 году показали, что психоанализ – это «психологическая механика» (А. Кронфельд), развившаяся в суррогат религии (К. Ясперс).

В результате, психоанализ первоначально широко распространился в США, где позитивистский дух был сильнее и однороднее, и уже оттуда «завоевал» Европу, в которой после политических и военных катализмов феноменологические центры были разорены.

Сейчас, когда наши американские друзья откровенно говорят нам: «психодиагноз у нас давно исчерпал себя и его ревнители смотрят на Ваш огромный регион как на возможность еще 20 лет сохранять свои позиции», как раз в такой момент, когда и без того все стремительно заполняется квазинаучной экзотикой, умело поставленной на коммерческую ногу, а психоаналитических обществ и Академий в стране многие десятки, это направление получает мощную государственную, в том числе финансовую поддержку. На фоне урезания списка бесплатных лекарств для инвалидов это выглядит особенно кощунственно.

Редакция

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

КУЛЬТУРА И ПСИХОКАТАРСИС

(«Меланхолия» Альбрехта Дюрера)

Вадим Руднев (Москва)

Однажды, странствуя среди долины дикой,
Незапно был объят я скорбию великой
И тяжким бременем подавлен и согбен.
Как тот, кто на суде в убийстве уличен,
Потупя голову, в тоске ломая руки,
Я в воплях изливал души пронзенной муки
И горько повторял, метаясь, как больной:
«Что делать буду я? что станется со мной?»

А. С. Пушкин, «Странник»

Погружаясь в тягостное размышление, навеянное депрессивном состоянии (неважно, клинического или экзистенциального свойства), человек обнаруживает, что ему больше нет дела до внешнего мира, что пространство вокруг становится чуждым, а время почти останавливается; родные становятся чужими, а все предметы теряют былую осмысленность и системность, превращаясь в конгломерат ненужных и совершенно никак не связанных между собой вещей. В этом отличие конгломерата от системы: во взаимной ненужности и нудящей тягостности вещного мира. Мысли такого человека начинают поначалу вращаться вхолостую, как зубчатые колеса в испорченном механизме. Когда же происходит полное погружение в эту тягостную подавленную рефлексию, если к этому времени его организм еще не до конца разлажен, если он не полностью поработлен разрушением, то внутри его души начинается мучительный процесс размышлений, целенаправленного, горестного по своим истокам, но целительного по плодам. Тогда, в момент начального пробуждения души, предметы вокруг постепенно начинают приобретать смысл, может быть, даже некий новый смысл; и душевное запустение, соответствующее запустению вокруг человека, постепенно, хотя и мучительно начинает проясняться.

Примерно такой феноменологический момент изображает знаменитая гравюра Дюрера «Меланхолия I». Меланхолия, по мнению Георга Францена, – синоним эндогенной депрессии. Мы не можем,

По поводу работы Георга Францена: «Der Verlust der Mitte – Betrachtungen zu Albrecht Dürer 'Melencolia I'» (Musik – Tanz – und Kunsttherapie, n, 4 (1994), S. 232–239).

Вадим Петрович Руднев – известный филолог, культуролог. Составитель, переводчик и автор послесловия книги «Людвиг Витгенштейн: человек и мыслитель». М., Культура, 1993; переводчик, комментатор и автор статей в книге «Винни Пух и философия обыденного языка», М., Гнозис, 1994.

однако, в точности проникнуть в душевную конституцию «подавленного ангела»-женщины, изображенной на гравюре. Пожалуй, и неважно, какой этиологии ее душевная катастрофа. Важней, что это катастрофа имманентного порядка, катастрофа, из которой можно выбраться лишь путем тягостного, мучительного, но необходимого размышления.

Все вокруг свидетельствует об этом. Мир нагроможден и обессмыслен. Рядом с живыми существами – неодушевленные предметы: весы – символ равновесия, статики (но также и справедливости, истины); магический квадрат, олицетворяющий, помимо прочего, тотальную заключенность на себя, невыходимость – в какую сторону ни складывай, результат будет тот же; колокол, символизирующий, что час пробил; песочные часы – символ того, что время прошло или непременно придет в упадок. Но рядом шар – символ совершенства формы и лестница – метонимия интеллектуального усилия, труда, стремления наверх и за пределы, лестница Иакова, та Лестница познания, которую Людвиг Витгенштейн советует отбросить тому, кто хоть что-то понял из его напряженных размышлений¹. И наконец в левом верхнем углу из-за океана светит радуга.

Мы застаем героиню «Меланхолии» в момент, который можно назвать моментом «высокого запускания», когда окружающее еще не исполнено смыслом, оно еще, так сказать, конгломеративно, но не бессмысленно вовсе. В том, что происходит на гравюре, царит душевная мозаика – реальное и символическое перемешано и выброшено на общую свалку. Но вот-вот наступит момент, когда творческий импульс озарит светом радуги это нагромождение предметов, придаст им новый смысл, вдохнет в них новую жизнь.

Поза, в которой сидит Меланхолия, – это поза мучительного тягостного познания, и в этом таится универсальность того, о чем на мрачном «предэкспрессионистском» языке культуры XVI века говорит Дюрер. Вспомним другой, не менее значимый культурный символ – «Мыслителя» Родена, сидящего в



Меланхолия. Гравюра на меди. 1516 г.

той же позе напряженного самовозрастания мысли. Ю. Лотман в одной из работ² заметил, что эта поза – «подперев рукой подбородок» – является универсальным культурным символом глубокого размышления, свойственным даже архаической культуре. Так у туземцев африканского племени ндебу, изученного американским этнологом Виктором Тэрнером³, имеется в обрядовом обиходе очень важная фигурка шамана Chamutang'a, который сидит именно в такой позе. Туземцы говорят про него, что этот человек еще не разрешил какую-то важную проблему, не сделал выбора и поэтому от него можно ожидать чего угодно.

Есть и более близкая к меланхолии параллель – Гамлет в исполнении великого английского актера Гаррика:

В глубокой задумчивости он выходит из-за кулис, опираясь подбородком на правую руку, локоть которой поддерживается левой рукой, и смотрит в сторону и вниз в землю. Затем, отнимая правую руку и все еще продолжая, – если память мне не изменяет, – поддерживать ее левой рукой, он произносит слова: «Быть или не быть»⁴.

К этому еще можно добавить, что данная поза соответствует позе человеческого эмбриона в чреве

матери, как будто предразмышляющего о будущей травме рождения⁵.

Универсальность и фундаментальность того, о чем говорит в своей гравюре Дюрер, не отменяет, а напротив, заставляет задуматься над тем, как именно он об этом говорит. Идея меланхолии как «утраты центра» (таково название статьи Георга Францена, побудившей нас к этим размышлениям) дана в гравюре Дюрера почти буквально. Все смещено на периферию: грузная фигура женщины с крыльями, которым явно не поднять это тяжелое, гротескно-уплотненное тело (но крылья все-таки есть, а стало быть, и – потенциально – идея полета); в левом верхнем углу, по диагонали, в качестве идейного противовеса из-за моря выходит радуга. Если рассмотреть противоположную диагональ, то господствующий в правом верхнем углу магический квадрат уравновешивается идеальным объектом – шаром – в нижнем углу. Таким образом, мы имеем в картине двойное противопоставление духовного и телесного, светлого и мрачного. Грузному телу противостоит восходящая радуга, мрачному квадрату – светлый шар. Вспомним, что в средневековой символике, от которой отталкивался Дюрер, магический квадрат – атрибут дьявола, а шар – символ идеальной божественной сферы, и каждый по своему совершенен: квадрат – казуистикой равенства результата при любом направлении вычисления; шар – светлой идеей равенства расстояния от любой точки поверхности до центра. Центра, который утрачен и возврат которого возможен лишь благодаря тягостному размышлению. Ясно, что за душу ангела борются два противоположных начала, и какое из них победит, еще неизвестно; выбор еще не сделан, но выбор предстоит сделать самому субъекту. В этом один из главных, как кажется, смыслов гравюры Дюрера и эпохи, его породившей.

XVI век – эпоха Реформации – раскрепощения разума и секуляризации веры. Эпоха Лютера и Фауста. Можно с достаточной долей вероятности увидеть фигуру доктора Иоганна Фауста в той же меланхолической позе в ту минуту, когда к нему явился посланник ада. Фауст – центральная фигура Нового времени – если не Антихрист, то, по меньшей мере, анти-Иисус⁶. Человек, о котором слагались легенды, а потом на протяжении более трех столетий писались трагедии, романы и ставились оперы. Смысл фигуры доктора Фауста в том, что это символ человека Нового времени, который сам делает выбор – в сторону ли добра или зла, но сам. Все окружающие его символы и неведомые энергетические силы тянут его в противоположные стороны, но окончательный выбор за ним. Конечно, в Средневековье ничего подобного быть не могло. Господствовавшее тогда учение Св. Августина о божественном предопределении лишало человека ответственности и, что для нас немаловажно, лишало душевную болезнь, меланхолию, того привлекательного, позитивного измерения, которое появилось лишь в период Ренессанса и предельно обострилось в эпоху барокко, к которой принадлежит всей своей сутью рассматриваемая гравюра Дюрера. Средневековый душевно больной весь во власти дьявола – и это однозначно. Ренессансный и особенно барочный меланхолик на-

ходится в процессе борьбы между дьяволом и Богом. Он берет на себя часть ответственности за творящуюся вокруг и внутри него, и его отчаяние говорит среди прочего и о том, что он осознает непосильный груз этой ответственности. В этом, так сказать, конструктивный культурологический смысл идеи меланхолии. Человек, не знавший горя, «зашибавший деньгу и набивавший брюхо», по выражению Ганса Касторпа, героя «Волшебной горы» Томаса Манна, где подробно рассматривается меланхолия (что также отмечено в работе Г. Францена и к чему мы еще вернемся), вдруг попадает в такое положение, когда жить жизнью внешнего мира более невозмож но. Это человек, который впервые за много столетий осознал себя человеком, так сказать, взглянул на себя в зеркало, как ребенок, согласно Жаку Лакану, впервые осознающий себя как субъекта, однажды посмотрев в зеркало⁷. Так впервые за всю христианскую эру в XIV–XVI веках человек пристально смотрит на себя в ренессансное и барочное зеркала.

Основной культурный пафос Нового времени – в его амбивалентности, в непрестанном конфликте человека между добром и злом, чувством и долгом, болезнью и здоровьем. Идея прививки пришла тоже в Новое время. В этом смысле депрессия, меланхолия может быть рассмотрена как культурная прививка от безответственности средних веков, как некий мучительный Призыв, на который человеческая душа вольна дать тот Отклик, который она сама выберет⁸. Меланхолия в этом смысле заменила собой архаический обряд инициации, когда человек, . с тем чтобы обрести зрелость, должен символически умереть на время. Именно эта инициационная сущность меланхолии как испытания души на прочность, в Новое время понятая впервые Гете в «Фаусте» и «Вильгельме Мейстере», очень точно и тонко описана в «Волшебной горе», где простак Ганс Касторп, попав в горный санаторий с легким недомоганием, остается там на семь лет и все эти годы предается именно этому «божественному запустению» неожиданной для него самого творческой меланхолии, инъецированной болезненным микробом и заставляющей размышлять о «высоком и прекрасном», в то время как за его душу борются его духовные учителя Сеттембрини и Нафта. И здесь так же важна идея потери центра – утраты ценности внешнего мира, а не простое перемещение из центра в горные области с разряженным воздухом.

Другой аспект, также возникший именно в культуре XVI века и тесно связанный и даже во многом определяющий смысл «Меланхолии» Дюрера, заключается в том, что болезненное напряжение и отягощение души именно в эту эпоху становится непременным атрибутом и даже символом творчества. И в этом также сказалась фаустианская сущность эпохи Реформации и Нового времени в целом⁹.

Именно в эту эпоху сформировался тот высший тип творческой личности, который стали называть гением¹⁰. В рамках христианской культуры европейское средневековье не сформировало понятия гениального человека – художника, мыслителя, политика. Тип творчества в средние века был совершенно иным. В нем не было идеи личной ответственности за

творчество – вся ответственность перекладывалась на Бога. Для первых великих гениев Возрождения – Данте, Леонардо, Микеланджело, Николая Кузанского, Галилея – идея личной ответственности за свое творчество перед людьми и перед Богом стала одной из самых фундаментальных и самых болезненных. Ведь «с ответственностью связана и вина. Не только понести взаимную ответственность должны жизнь и искусство, но и вину друг за друга»¹¹. Почему у ренессансного и барочного гения должно было возникнуть чувство вины? Вины собственно, за что?

Дело в том, что хотя творчество в эту эпоху действительно значительно секуляризовалось, но идея Бога, конечно, осталась актуальной. Гений, бравший на себя ответственность за свое творение, психологически отождествлял себя с Богом, он становился полноправным творцом и в этом смысле становился соперником самому Творцу. Отсюда и появился комплекс вины, новая греховность – неотъемлемая часть меланхолии. Если у средневекового человека не было сомнений относительно корней творчества: благое «делание» – от Бога, дурное (например, колдовство или магия) – от дьявола, то гений Возрождения и барокко не знал уже точно, каков источник его творчества – божественный или дьявольский. Ибо если художник-творец всесилен, то зачем тогда Бог? Этот вопрос не мог не породить чувства культурно-психологической фрустрации у гения XV–XVI веков. Этот вопрос действительно мучил Леонардо, и Микеланджело, и даже Галилея, а позднее – Паскаля и Лейбница. В середине XX века этот вопрос подыграл опять-таки Томас Манн в философском романе «Доктор Фаустус». Его герой ничем не дурен кроме одного: сатанинской гордыни творческого самоутверждения, поэтому он и попадает в лапы черту. Идея безграничности взятой на себя человеком ответственности, говорит Томас Манн, в случае композитора Адриана Леверкуна дала миру прекрасные музыкальные шедевры и лишь самого композитора свела с ума; но что если формула творчества как Творения западет в душу не такого прекрасного и нравственно высокого человека? Ответ дает само повествование, развертывающееся на фоне зарождающегося нацизма – апофеоза взятой на себя сатанинской «творческой» ответственности за уничтожение миллионов людей.

Как мы помним, «меланхолия» дословно означает «черная желчь». То есть это, так сказать, чертова желчь. Гений Нового времени – всегда в той или иной степени душевнобольной¹², а его психическое состояние оценивается им самим и окружающими в терминах добра и зла, Бога и дьявола. Проблема «гений и злодейство» не могла быть решена так просто: даже у светлого гения Моцарта был свой «черный человек». Наполеон – одновременно гений и злодей, разрушитель и созидатель – надолго стал универсальным культурным символом. И если так, то грузной женщина на гравюре Дюрера было над чем задуматься: все эти слишком мрачные магические квадраты, слишком круглые шары, слишком острые циркули... Но обратного пути у культуры уже не было. Солнце меланхолического озарения согревало Европу своими горячими лучами, и после Данте уже никто не знал твердо, кому предстоит пребывать в каком кругу Ада.

И все же несмотря на свою мрачность, почему-то именно гравюра Дюрера наиболее часто привлекает внимание арт-терапевтов. Почему именно изображение наделено способностью исцелять, «выпрямлять» людей? Ответ как будто прост: в силу своей иконичности, наглядности. Картина вызывает непосредственно к чувству, она похожа и поэтому скорее вдохновит больного на душевный катарсис, чем книга, которую нужно читать, преодолевая конвенциональность языка. Картина оставляет непосредственный отпечаток в душе. Мрачность изображения, наделенная, если воспользоваться терминологией Витгенштейна, такой же степенью «логической сложности», как мрачность души больного, накладывается на его душу, и это наложение создает нечто вроде эффекта электромагнитной индукции – созвучие дает творческий импульс, импульс целебного выпрямления. Даже осознание чуждости изображенного на картине показывает пациенту его душевную особенность – «Это не мое, это мне не подходит; я другой; какой же я?»¹³. Особенность данной методики, данной разновидности терапии творчеством, которая представлена в клинической практике М. Е. Бурно, состоит в том, что амбивалентность тяготения одной личности в разной мере к разным эстетическим и духовным полюсам – реалистическому и символическому – не затушевывается. Пациенту невинуют, что он непременно выздоровеет. Скорее наоборот, ему стремятся дать понять, что его болезненность останется с ним на всю жизнь, но в его воле творчески распорядиться потенциалом этой болезненности: попытаться сориентировать ее в сторону позитивного творчества, которое показано именно его тревожной дефензивной душе, или отаться болезни, душевному хаосу. Человек, до тех пор, пока он вменяет, в принципе способен сделать выбор, взять на себя ответственность и понести за нее вину.

Обратимся еще раз к образу лестницы на гравюре. Она непросто ведет наверх, она уводит за пределы картины – в реальность или в кажущуюся, виртуальную, как сейчас говорят, реальность. Такова характерная риторика и эстетика барокко. Можно выбраться за пределы томящего угнетенного пространства, но при этом неизвестно, куда попадешь. Такова особенность барочной рефлексии, которая по своей природе глубоко и изначально меланхолична: если два зеркала поставить друг против друга, они будут бесконечно отражать друг друга, но они не будут отражать реальность. Учитывая сказанное, рискну выдвинуть гипотезу, связанную с современной культурой и современной психологической ситуацией. Эта культурная ситуация носит несколько загадочное и мало кому понятное до конца имя – постмодернизм. Постмодернизм – это все, что идет после модернизма. В широком смысле это начавшийся сразу после второй мировой войны и набравший наибольшую силу к 1980-м годам культурный процесс, основу которого составляет такое понимание мира, которое совершенно снимает традиционные даже для первой половины XX века (то есть для классического модернизма) нравственно-эстетические проблемы: свободы и вины, реальности и иллюзорности, правды и лжи. Человек эпохи постмодернизма не делит

мир на две противоположные половины: правое и левое, верх и низ. Он всегда спросит: а с какой точки зрения это – правое, а то – левое; это верх, а то низ? И он всегда знает (и это, пожалуй, единственное, что он знает точно), что всегда можно найти такой ракурс, когда правое окажется левым, а верх низом. Ни в чем остальном он не уверен. Одна из программных статей современного французского философа, властителя постмодернистских умов, Жана Бодрийара, посвященная событиям 1990 года в Персидском заливе, носит характерное название – «Войны в заливе не было»¹⁴. По мнению Бодрийара, была лишь симуляция войны, ее бесконечный показ по масс-медиа; все военные действия разворачивались только на дисплеях компьютеров. Таким странным образом развитие электронной технологии привело к утрате ценности понятия, казавшегося фундаментальным и универсальным для любой культуры, – понятия реальности. Постмодернистский редукционизм чувствуется во всех сферах культуры. И в первую очередь он проявляется в том, что в современной культуре практически исчезли гениальные люди в том классическом ренессансно-барочном понимании этого слова, которое обсуждалось выше. Исчезла культурно-психологическая почва для гения. Мучительно искать истину, создавать великие творения, «жить не по лжи» – все это ныне считается несовременным (недаром автор этой замечательной формулы, последний великий русский писатель Александр Исаевич Солженицын выглядит в глазах современного постмодернистского поколения чем-то вполне старомодным и даже смешным). Но если исчезает почва для раздвоенности, мучительных поисков себя, для больших ценностей, которыми жили люди еще два-три десятилетия тому назад, то исчезает и почва для меланхолии, такой, какой она запечатлена на гравюре Дюрера. Разве дефензивный подавленный субъект, знаменитый русский психастеник, «корова Стеллер», не отличается повышенной совестливостью, болезненным чувством вины и ответственности? Едва ли все это не входит в его клиническую характеристику¹⁵. И вот представьте, что культура

отнимает у таких людей почву для совестливости, ответственности и вины. Депрессия, как и гениальность, становится старомодной!

Радоваться ли этому? Вероятно, постмодернистской эпохе должны соответствовать свои душевые расстройства – одно из них так называемая «компьютерная болезнь», когда человек настолько увлечен своей персональной ЭВМ, что это деформирует, сужает его личность, превращая ее в неполноценный призрак электронного монстра. И все же, вероятно, радоваться, хотя компьютер покушается на самое святое – на мою Меланхолию.

Однако «Меланхолия» Дюрера – и это одно из проявлений ее универсализма – может быть прочитана и по-постмодернистски: как коллаж бывших в употреблении культурных ценностей. Предметы все те же – циркуль, квадрат, круг, радуга, мальчик, крылья, – но смысл им придается совершенно иной.. Это не депрессия, не меланхолия, но культурное воспоминание о меланхолии, «как бы» (излюбленное постмодернистское словечко) меланхолия: «В конце концов тоска – это такое же достояние культуры, как и веселье; и ничего, что крылья больше не нужны, вот страус остался без крыльев – и ничего, зато научился прятать голову в песок...»

По-видимому, психотерапия, если она хочет идти в ногу со временем, должна учитывать тот культурный контекст, в котором ей приходится существовать и исцелять. Вероятно, в качестве примера психоаналитического постмодерна можно назвать методику американского психотерапевта Роберта Боснака, суть которой состоит в том, что реальное и иллюзорное в ней принципиально не различаются. Пациенты на его сеансах погружаются в уже виденные ранее сновидения и анализируют их «как бы» изнутри¹⁶.

Что ж, может быть, и не стоит расстраиваться, что будущим меланхоликам «Меланхолия» Дюрера, возможно, и не пригодится.

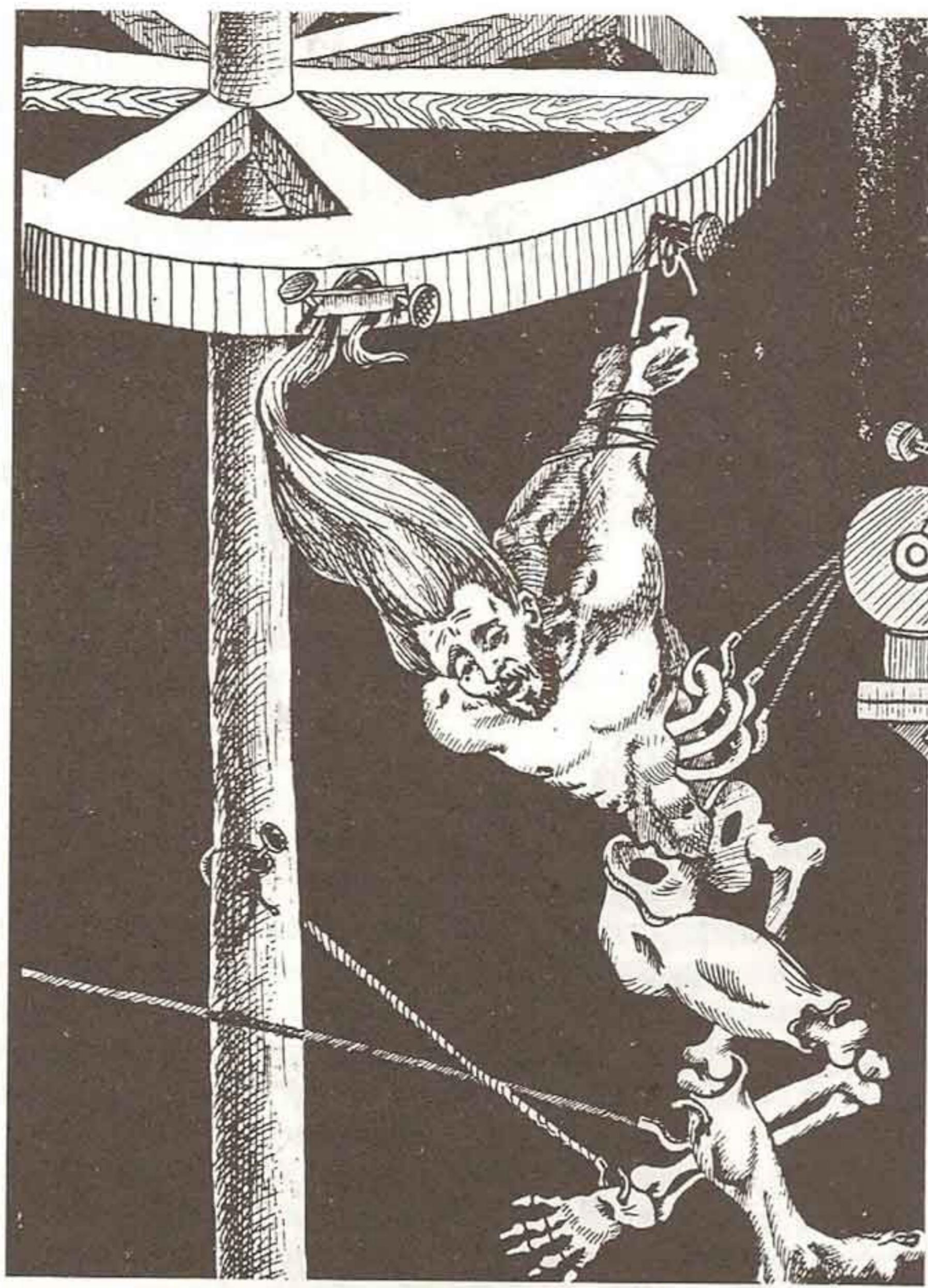
Июль 1995

ПРИМЕЧАНИЯ

1. Л. Витгенштейн. Логико-философский трактат, 6. 54 (Л. Витгенштейн. Философские работы. Часть 1. М.: Гнозис, 1994).
2. Ю. М. Лотман. Несколько мыслей о типологии культур (Языки культуры и проблемы переводимости. М.: Наука, 1987, с. 6–7).
3. В. Тэрнер. Символ и ритуал. М.: Наука, 1983.
4. Из письма Г. Х. Лихтенберга. Цит. по: Ю. М. Лотман. Соч. цит., с. 7.
5. Ср.: С. Гроф. За пределами мозга: Рождение, смерть и трансценденция в психоанализе. М.: Соцветие, 1992.
6. Подробно о докторе Фаусте см. работу В. М. Жирмунского «Легенда о докторе Фаусте» (В. М. Жирмунский. Очерки истории немецкой литературы эпохи Прозвещения. Л.: Наука, 1972).
7. Лакан Ж. Стадия зеркала как она предстает в свете психоанализа (Художественный журнал, № 9, 1995).
8. Термины историософии А. Дж. Тайнби (А. Дж. Тайнби. Постижение истории. М.: Прогресс, 1991).
9. Фаустианской цивилизацией называл Новое время в Европе Освальд Шпенглер.
10. Подробно см. работу: В. Руднев. Гений в культуре (Ковчег, № 3, 1994).
11. М. М. Бахтин. Эстетика словесного творчества. М.: Искусство, 1979, с. 5.
12. Э. Кречмер. Гениальные люди. М.: Прогресс, 1995.
13. Ср.: М. Е. Бурно. Терапия творческим самовыражением. М.: Медицина, 1989.
14. Ж. Бодрийар. Войны в заливе не было (Художественный журнал, № 4, 1993).
15. См., напр., М. Е. Бурно. Трудный характер и пьянство. Киев, 1990.
16. Р. Боснак. В мире сновидений. М.: Древо жизни, 1991.

Рисунки А. И.





РЕКОМЕНДАЦИИ

В.А.Тихоненко (ред.) – Этика практической психиатрии. М., 1996

А.В.Немцов – Алкогольная ситуация в России. М., 1995

Э.Эриксон – Идентичность: юность и кризис. М., 1996

Ю.Стора-Шандор – Юмор и самоидентификация. – «Человек», 1996, 3, 180-185

К.Гроувс – Происхождение современного человека – Ibid., 5-17

А.Нейфах – Мы все еще кроманьонцы – Ibid., 18-29

Эдмунд Гуссерль – «Начало геометрии» с введением Ж.Деррида. М., 1996

Морис Мерло-Понти – В защиту философии. М., 1996

Курт Хюбнер – Истина мифа. М., 1996

Н.Луман – Общество, интеракция, социальная солидарность – «Человек», 1996, 3, 100-107

Г.Померанц – Диалог и молчание – Ibid., 60-63

Ю.Айхенвальд – Дон-Кихот на русской почве. Москва-Минск, 1996

В.Кошкин – Инстинкт веры или Чего жаждут боги? – «Октябрь», 1996, 7, 139-155

Б.П.Вышеславцев – Комментированный конспект книги В.Розанова «Великий Инквизитор». – «Вопр.фил.», 1996, 6, 134-140

Х.Орtega-и-Гассет – История как система – Ibid., 78-103

Л.Г.Ионин – Социология культуры. М., 1996

Б.Иэрхарт (ред.) – Религиозные традиции мира (2 т.). М., 1996

С.А.Иванов – Византийское юродство. М., 1994

Ю.М.Лотман – Избранные статьи в 3-х томах. Таллинн, 1992-93.

Ю.М.Лотман – Беседы о русской культуре. СПб., 1994

А.М.Пятигорский – Избранные труды. М., 1996

Б.А.Успенский – Семиотика искусства. М., 1995

Б.А.Успенский – Избранные труды в 3-х томах. М., 1996

И.Паперно – Николай Чернышевский. М., 1996

М.Ямпольский – Демон и лабиринт. М., 1996

В.Одайник – Психология политики. СПб., 1996

Л.Я.Гозман, Е.Б.Шестопал – Политическая психология. Ростов-на-Дону, 1996

О.В.Артемьева – Демократия в России и Америке – «Вопр.фил.», 1996, 6, 164-171

И.К.Пантин – Посткоммунистическая демократия в России – Ibid., 3-15

В.И.Жуков, В.Л.Прохоров – Взгляд на Россию первой половины 90-х годов – «Социол.иссл.», 1996, 6, 32-39

Ю.Е.Растов – Протестное поведение в регионе – Ibid., 40-49

Г.П.Зинченко – Социология государственной и муниципальной службы – Ibid., 102-109

Т.Е.Резник, Ю.М.Резник – Жизненное ориентирование личности – Ibid., 110-119

И.В.Маршакова-Шайкевич – Вклад России в развитие науки. М., 1995

Е.Н.Некрасова – Семен Франк – «Вече» (СПб), 1995, 2, 91-179

ABSTRACTS

JEALOUSY DELIRIUM.

ON THE QUESTION: «DEVELOPMENT OF PERSONALITY» OR «PROCESS»

Karl Jaspers

This is a work of 1910, which settled the most difficult issue of psychiatry by introduction of the criterion of intelligibility in the context of radical antipsychologism of the phenomenological method of Husserl, has by itself marked the revolution in psychiatry, assertion in it of a new general scientific paradigm. Only

recently it is winning general recognition. That is why we put it not in the Archives section but in the section «Urgent Problems of Psychiatry». It will be published in parts in all four issues of the Journal in 1996. Due to this work Jaspers was proposed to write «General Psychopathology».

NEUROTROPIC EFFECTS OF PSYCHOPHARMACOLOGICAL PREPARATIONS: COMPARATIVE ASPECTS OF DYNAMIC PSYCHONEUROPHARMACOLOGY

B. I. Ben'kovitch

The author analyses clinico-pharmacological aspects of neurotropic action of basic groups of psychopharmacological preparations (tranquillizers, antidepressants, psychostimulators and preparations with actions of neurometabolic type) for patients with neurotic disturbances. With the help of a specially elaborated unified dynamic system of evaluation the author makes the system analysis of influence of psychopharmacological preparations on integrative parameters of cranial innervation and of motor, coordinating and sensory systems. The data obtained irrefutably testify to the «induced» character of the

registered phenomenology and make it possible to form conception of topical characteristics of the proper psychotropic effects of the preparations under study and to approach evaluation of mechanisms of their action and on this basis to come close to the formation of a new trend in clinical pharmacology. That is the functional psychoneuropharmacology based on principles of classical functional neurology and founded upon the comparative study of topico-diagnostic aspects of action of basic groups of psychopharmacological preparations on the central nervous system.

TRANSMETHODICAL PSYCHOTHERAPY

V. Kagan

The differentiation of psychotherapy naturally leads to the problem of its integration, which in reality is already taking place. However, the question how it occurs and where to it comes depends substantially on the ways chosen. Eclecticism propagates a medical model, in which a method represents means of treatment and monotherapy, complex therapy and polypragmasia and so on are possible. But the integration demands not fixations of differences, but search for common moments.

Such a common moment may be seen in transmethodicalness as a notion of moving through different methodical spaces in the search and preparation of the healing therapeutic trance. Simultaneously transmethodicalness facilitates vision and understanding of the psychotherapy in the broad context of human life and culture and leads to sufficiently inherent non-contradictory unification of experimental and experiential approaches and of applied psychology and psychological practice.

ПРИНИМАЮТСЯ ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА:

**ЕЖЕГОДНИКИ НПА
«ПУТИ ОБНОВЛЕНИЯ ПСИХИАТРИИ»
под ред. Ю. С. Савенко**

В сборнике 1991 г.:

коренные просчеты общей психопатологии и пропедевтики в СССР; критерии психотического для аффективных и паранойяльных синдромов; современная генетика против классификации А.В.Снежневского; связь клинической и общественной паранойи; психотерапия беженцев и жертв катастроф; к истории психоанализа

В сборнике 1992 г.:

вялотекущая шизофрения в контексте латентных форм других психозов; правовые вопросы психиатрии; антипсихиатрия и антисциентизм; пути возвращения доверия населения к психиатрии и психиатрам; черты мировоззрения в старости

В сборнике 1993 – 1994 гг.: (Выход задерживается)

новые реабилитационные программы; психические эпидемии современности; парамедицина; психическое здоровье руководителей различных ветвей власти

БИБЛИОТЕКА НЕЗАВИСИМОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ

ВЫШЛИ

E. BLEULER – РУКОВОДСТВО ПО ПСИХИАТРИИ

Репринт 1920 г., 550 с. с илл., в твердом переплете,
с приложением рецензий проф. Э. Я. Штернберга и проф. А. К. Ануфриева
на последние расширенные Манфредом Блейлером издания этого руководства.

Неповторимым достоинством книги является ясность и четкость изложения пропедевтики, клиники и теории психических болезней.

Каждый психиатр должен иметь классический учебник по психиатрии.

ЗАКОН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ

32 с., с аналитическим предисловием.

Предназначена для массового читателя.

АРТУР КРОНФЕЛЬД – ДЕГЕНЕРАТЫ У ВЛАСТИ

Репринт 1942 г., лидеры III Рейха глазами психиатра.
Рассчитана на массового читателя.

КАРЛ ЯСПЕРС – ФИЛОСОФСКАЯ АВТОБИОГРАФИЯ М., 1995. С. 128.

С приложением статьи Курта Колле: Карл Ясперс как психопатолог.

ВЫХОДЯТ

АРТУР КРОНФЕЛЬД – РАБОТЫ 1935 – 1940 гг.

Собраны редкие работы, включая никогда не публиковавшиеся.
В связи с большим объемом и ограниченным тиражом
принимается предварительная подписка.

ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА

117602, Москва, Олимпийская деревня, д. 15, кв. 61.

Аргуновой Юлии Николаевне

ПРОДАЖА

в газетном киоске издательства «Экспресс-хроника» у выхода из метро «Чеховская»

ПРИНИМАЮТСЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА «НЕЗАВИСИМЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ»

№ 1, 1991

Устав НПА

Антисихиатрия сегодня.

Обывательские комплексы психиатрического мышления.
О психической заразительности.

№ 1 – 2, 1992

Проблема предмета советской психиатрии.
Начальное бредообразование. Затухание бреда.
Доклад комиссии о визите в Советский Союз
летом 1991 г.

№ 3 – 4, 1992

Герои и антигерои советской психиатрии.
Дело генерала Петра Григоренко.

№ 1 – 2, 1993

Интрацепция и ипохондрия.
Проблема идентификации.

Практика и техника психоанализа.

№ 3 – 4, 1993

Взгляд на американскую психиатрию XX века.
Границы шизофрении.

№ 1, 1994

Нелекарственная терапия психических заболеваний.
Выбор приоритетов.
Типология деперсонализации.

№ 2, 1994

Эрих Вульф о бреде.
Феноменологические аспекты меланхолии.

№ 3, 1994

Деятельность НПА за 1989 – 1993 годы.
Ответственность за незаконное стационарирование.
Врачебная тайна. О школе Столбунова.

№ 4, 1994

Психоанализ в противоречиях.
Биографический метод.
Терапия смыслоутраты.

№ 1 1995

Семен Гурвиц о вялотекущей шизофрении.
Йорг Фроммер о клинической диагностике.
Антоний митрополит Сурожский о медицинской этике.

№ 2, 1995

Жан Эйм об институциональной психотерапии.
Виктор Каган о границах психотерапии.
Эрих Вульф об этнопсихиатрии.
Дело АУМ.

№ 3, 1995

DSM-IV.
Бенедетти о психотерапии шизофрении.
Психология свидетельских показаний.

№ 4, 1995

Психоонкология в гематологической клинике.
Психохирургия в современной медицине.
Представительство интересов психически больных.
VII съезд НПА и XII съезд РОП.

С 1994 г.

журнал внесен в каталог подписных изданий с индексами
73290 для индивидуальных и 73291 для коллективных подписчиков.

Во всех номерах с 1992 г. – юридические консультации.

Материалы для публикации присыпать по адресу:
125581, Москва, ул. Ляпидевского, д. 18, кв. 41, Ю. С. Савенко.

Статьи следует сопровождать резюме для перевода на английский язык.

Информацию для подписчиков и рекламодателей
можно получить в редакции по телефону
(095) 206-86-39

103982, Москва, Лучников пер., 4