

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК ИПА
IPA HERALD**

IV

1998

МОСКВА

МЕЖДУНАРОДНЫЙ
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
ПО ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ
ПСИХИАТРИИ

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ю. С. Савенко (гл. редактор)
Ю. Н. Аргунова
В. Г. Батаев
А. Н. Богдан
М. Е. Бурно
Л. Н. Виноградова
С. С. Гурвиц
В. Е. Каган
В. Н. Прокудин

INTERNATIONAL
EDITORIAL COUNCIL
ON PHENOMENOLOGICAL
PSYCHIATRY

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

EDITORIAL BOARD

Yuri Savenko (Editor-in-Chief)
Yulia Argunova
Vladimir Bataev
Anatol Bogdan
Mark Burno
Liubov Vinogradova
Semyon Gurvits
Victor Kagan
Vladimir Prokudin

Сдано в набор 10.09.98. Подписано в печать 24.12.98. Формат 60×1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура "Таймс". Печать офсетная.
Тираж 3 000 экз. Заказ № 98-04-ИРА.

Цена свободная

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

СОДЕРЖАНИЕ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

- Концепция психопатологического диатеза — С. Ю. Циркин. 5
Роль феноменологического подхода в изучении хронологического алкоголизма
и формирование адекватной психотерапевтической тактики лечения — И. С. Павлов 9

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

- Толерантность к наркотикам при шизофрении 14

ПРОБЛЕМЫ НАРКОЛОГИИ — ПОЛЕМИКА

- За и против ужесточения борьбы с потребителями наркотиков — Лев Левинсон —
— Александр Гофман — Вадим Пелипас — Любовь Виноградова 25
За и против методической программы лечения наркоманий —
— Dr. Annie Mino (Женева) — Александр Гофман. 33

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ

- Дуоденальная язва: психосоматическая природа и психофармакотерапия — В. Д. Тополянский . 44

ПСИХИАТРИЯ И РЕЛИГИЯ

- Возможности взаимодействия психологов, психиатров и церкви в решении проблем
психического здоровья населения (на примере Республики Польша) — П. И. Сидоров,
Е. В. Згонникова, А. Г. Соловьев (Архангельск) 49
Порочный круг — Г. А. Крылова. 51

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

- По материалам дела епископа Арсения (А. И. Жадановского) 57
Досадные пятна — В. Батаев 58
Вредители в белых халатах — В. Батаев. 61

ЮРИДИЧЕСКИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ

- Возможно ли обжаловать определение суда о назначении стационарной
судебно-психиатрической экспертизы? — Ю. Н. Аргунова 62

- К 120-ЛЕТИЮ КУРТА ГОЛЬДШТЕЙНА 65

- Принцип целостности в медицине — Kurt Goldstein (Берлин) 66

- К 80-ЛЕТИЮ ВОЛЬФГАНГА КРЕЧМЕРА 76

ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ

- Сомнительные эксперименты Министерства обороны — Роман Шлейнов 77

ХРОНИКА

- Встреча с европейским комитетом по предупреждению пыток 81
Всемирный день психического здоровья. 83
На конференции по депрессиям в Москве 84

- НОВОСТИ ВСЕМИРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ 86

- ИЗ ИНТЕРВЬЮ С ГЛАВНЫМ РЕДАКТОРОМ 87

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

- Стихи Светланы Казакевич 93
Страница 2-а — Д. Д. О. (Новый Уренгой) 94
Рисунки Ольги Брель. 95
Из-под колпака — В. Е. К. 97

- РЕКОМЕНДАЦИИ 98

- АННОТАЦИИ И ПЕРЕВОДЫ. 99

CONTENTS

URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY

- The concept of psychopathological diathesis — S. Tsirkin 5**
**The role of the phenomenological approach to study of chronic alcoholism and formation
of adequate psychotherapeutic tactics of treatment — I. Pavlov 9**

DISCUSSION OF A CLINICAL CASE

- Tolerance to drugs in schizophrenia. 14**

PROBLEMS OF DRUG ADDICTION — POLEMICS

- Pros and cons strengthening of struggle with drug addicts — Lev Levinson — Alexander Hofman —
— Vadim Pelipas — Liubov Vinogradova 25**
**Pros and cons methadone program of treatment of drug addiction — Annie Mino (Geneva) —
— Alexander Hofman. 33**

INTRERDISCIPLINARY ASPECTS

- Duodenum ulcer: Psychosomatic nature and psycho-pharmacological therapy — V. Topolyanski 44**

PSYCHIATRY AND RELIGION

- Co-operation possibilities of psychologists, psychiatrists, and church in the solution of the population
psychological health problems (on the example of Poland) — P. Sidorov, E. Zgonnikov,
A. Soloviev (Archangelsk) 49**
The vicious circle — G. Krylova. 51

FROM AN EXPERT'S DOSSIER

- Following the materials of case of bishop Arsenii (A. Zhadanovski) — B. Voskresenski,
M. Burno, Yu. Savenko. 57**
Annoying shortcomings — V. Bataev 58
Wreckers in white uniforms — V. Bataev 61

LEGAL COUNSEL

- Is it possible to appeal against a court verdict on appointment of stationary forensic psychiatric
evaluation? — Yu. Argunova 62**

TO THE 120-TH JUBILEE OF KURT GOLDSTEIN 65

- The principle of integrity in medicine — Kurt Goldstein (Berlin, 1933) 66**

TO THE 80-TH JUBILEE OF VOLFGANG KRETSCHMER. 76

DOCUMENTS OF EPOCH

- Doubtful experiment of the Ministry of Defense — R. Shleinov 77**

CHRONICLE

- Meeting with the European Committee against Torture 81**
The world mental health day. 83
At the conference on depressions in Moscow 84

THE WPA NEWS 86

FROM THE INTERVIEW OF THE EDITOR-IN-CHIEF 87

PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS

- Poems by Svetlana Kazakevitch (Pushkinskie Gory, Pskov region) 93**
Page 2-a — D. D. O. (Novyi Urengoi) 94
Drawings by Olga Brel' 95
Rimes under the covers — V. E. K. 97

RECOMMENDATIONS 98

ABSTRACTS 99

Концепция психопатологического диатеза

Циркин С. Ю.

Основные традиции российской психиатрической науки имеют ту особенность, что в своем развитии она прежде всего опирается на клиническое наблюдение. Исходя из этого неудивительно, что для России нехарактерно появление умозрительных психиатрических концепций, которыми столь богата зарубежная психиатрия, начиная с воззрений германских романтиков и вплоть до множества концепций текущего века, таких как психоанализ, экзистенциальная и антропологическая психиатрия, структурно-динамический и интеракциональный подходы, а также другие направления. Даже учение И. П. Павлова закрепилось в зарубежной бихевиоральной психиатрии и по существу не оставило следа в отечественной клинической психиатрии. Из зарубежной психиатрии распространение у нас получали главным образом клинико-описательные данные, сопровождавшие изложение теоретически самых разнообразных подходов, например, гештальт-анализ Конрада. При этом нозологические взгляды в отечественной психиатрии формально изменялись мало, сохраняя в своей основе традиционные этиопатогенетические модели психических болезней, опирающиеся на клинические доказательства.

Тем не менее, именно традиционный для отечественной психиатрии анализ клинических наблюдений заставляет сегодня по-новому взглянуть на правомерность принятой у нас психиатрической систематики. Именно он дает основание считать дифференциацию случаев психических болезней на эндо- и экзогенные не соответствующей клинической реальности. По своему происхождению в качестве аутохтонных и реактивных могут быть выделены только отдельные состояния, да и то далеко не всегда. Если же рассматривать психические нарушения на протяжении всей жизни, то постоянно выявляются как минимум три типа механизмов их формирования: реакции, аутохтонные фазы и личностные аномалии.

Этот трехкомпонентный вид патологии не укладывается в традиционные представления о психических болезнях. Поскольку в его основе лежит конституционально обусловленная повышенная готовность к временным расстройствам и ее реализация, не ведущая к последующим необратимым изменениям в организме, то по аналогии с принятым в соматической медицине понятием он получил название психопатологического диатеза. В отличие от модели диатеза

другие болезни имеют следующие отличительные признаки. Часть из них не связана с врожденной готовностью к патологии (например, травматическая эпилепсия). Другие наследственные нарушения представляют собой либо врожденные уродства, т.е. практически изначально полностью развернутую стойкую патологию, которая не претерпевает качественных изменений (например, олигофрени, психопатии), либо процессуальные болезни с нарастающими и малообратимыми изменениями в организме (например, хорей Гентингтона).

В отечественной психиатрии были разработаны понятия шизофренического диатеза или патоса шизофрени (А. В. Снежневский) и шизотипического диатеза (Г. В. Козловская, Н. В. Римашевская). Одним из основных отличий от них концепции психопатологического диатеза является то, что речь здесь идет не о бессистемном перечне шизофренических стигм, а о закономерном проявлении широкого круга психических расстройств по трем обязательным механизмам их формирования. Каждый из этих механизмов может быть более или менее выраженным, что позволяет устанавливать аутохтонно-фазный, реактивный, личностный или смешанный вариант, но все они выявляются достаточно отчетливо.

Другое важное отличие заключается в том, что, подразумевая потенциальную возможность развития различных симптомов, диатез не предполагает предпочтительность шизофренической симптоматики. Здесь имеют место общие психопатологические закономерности иерархического формирования симптоматики на фоне индивидуальной и возрастной предпочтительности к тому или иному конкретному типу симптомов. Индивидуальная предпочтительность определяет психопатологическую форму диатеза. При ней речь может идти как о типе симптоматики, например, депрессивном, так и об отдельных симптомах, например, дереализационных. Несмотря на индивидуальную предпочтительность в каждом конкретном случае психопатологического диатеза не только сохраняется повышенная готовность к развитию достаточно широкого круга разнообразных расстройств, но и фактическое возникновение различных симптомов. Например, достаточно частые в раннем детском возрасте кататонические симптомы могут сочетаться с характерными для индивидуальных случаев другими симптомами, например, аффективными. Эти законо-

мерности, подтверждая правомерность принятия на сегодняшний день лишь общего психопатологического диатеза, не отрицают целесообразность выделения отдельных его форм (например, аффективной, шизотипической, обсессивной и пр.).

В центре понятия шизофренического диатеза А. В. Снежневского находится характеристика шизоидной и дисгармоничной личности (шизопатия Блейлера, шизоз Клода и пр.). Модель же психопатологического диатеза вырабатывалась на широком материале психических расстройств поликлиник и соматических стационаров, где шизоидные особенности редко доминируют в характерологическом складе пациентов. Чаще всего наиболее заметные характерологические признаки выражаются здесь в склонности к сверхценным образованиям, неуверенности (тревожности), насыщенной эмоциональности, что соответствует паранойяльному, психастеническому или циклоидному типам. Тем не менее, независимо от характерологического типа у лиц с психопатологическим диатезом отчетливо выявляются определенные личностные особенности, которые приобретают, таким образом, транстипологический характер. Эти особенности заключаются в признаках диссоциированности и(или) дефицитарности. Следует сразу оговориться, что в ряде случаев разделение диссоциированности и дефицитарности невозможно, поскольку один и тот же феномен, например, парциальная недостаточность математических способностей, свидетельствует одновременно и о дефицитарности, и о диссоциированности (в связи с неравномерностью способностей к интеллектуальной деятельности). Транстипологические признаки диссоциированности или дефицитарности не обязательно относятся к сфере характера и могут затрагивать иные сферы личности. Среди них, также с известной долей условности, выделяются стабильные и этапные характеристики. Среди стабильных проявлений диссоциированности возможны следующие варианты отклонений.

Весьма часто наблюдается несоответствие субъективно переживаемых характерологических особенностей объективному поведению. Необходимо отметить, что речь идет о тех субъективно отмечаемых чертах характера, которые являются для пациента основными и находят подтверждение в фактических сведениях о нем. Например, пациентка считает своим основным отличием от окружающих робость и нерешительность; чтобы не испытывать лишней раз неловкость от внимания со стороны даже знакомых лиц, она имеет обыкновение приезжать в гости раньше остальных и садиться в уголок. С этими чертами характера никоим образом не согласуются отсутствие смущения при коллегиальном осмотре врачами, характер ее производственной деятельности, требующей твердости и решительности, и многие поступки, например, выезды в отпуск с незнакомыми группами туристов.

Другим частым проявлением диссоциированности является рассогласованность в той или иной психической сфере (мыслительной деятельности, сфере эмоций, влечений) или между сферами. В интеллектуальной сфере речь может идти не только о парциальной недостаточности, например, вербального или логического интеллекта, но и об особой одаренности лишь в одном из этих видов интеллектуальной деятельности. Эти особенности могут стать заметными с дошкольного возраста. Так, 4-летний ребенок, который поражает случайных попутчиков в транспорте умением бойко вести с ними разговор, точно подмечая их промахи, обнаруживает посредственные способности к конструированию и абстрагированию. В зрелом возрасте парциальная недостаточность интеллекта не столь заметна как в школьные годы из-за отсутствия соответствующих ситуационных факторов, которые способствовали бы ее выявлению. Однако, она обычно легко обнаруживается во время субдепрессивных состояний.

На фоне общей эмоциональной живости также может выявляться ее парциальная недостаточность, например, во взаимоотношениях с некоторыми из формально близких лиц, в реакциях на определенного рода ситуации. Такая избирательная эмоциональная недостаточность близка к психэстетической пропорции, но для констатации повышенной чувствительности в эмоциональном реагировании нет достаточных оснований. Принципиально сходным образом может выявляться неравномерность и в сфере влечений. Третья возможность проявления диссоциированности личности более редкая и заключается в противоречивости характерологических черт. Смысл этого признака заключается не в мозаичности личностного склада, а в сочетании противоположных черт. Например, если тревожная неуверенность выступает вместе с повышенной склонностью к сверхценным образованиям, то это мозаичное сочетание психастеничности и паранойяльности, а если на ее фоне наблюдается беспечность в каких-то областях социального функционирования, то это свидетельствует о диссоциированности характера.

Стабильные признаки личностной дефицитарности при психопатологическом диатезе не обнаруживают качественного отличия от шизофренического дефекта, за тем принципиальным исключением, что они имеют не нажитой, а врожденный характер. Если речь идет не о парциальной, а о диффузной дефицитарности, то она встречается реже, чем проявления диссоциированности, но, если она все же имеет место, то, как и в последнем случае, ее признаки выражены обычно нерезко, вследствие чего они не определяют личностный склад в целом.

Личностная дефицитарность прежде всего проявляется слабостью суждений, т.е. не критичностью. Речь идет о недостаточной способности понять болезненную природу своего состояния, разобраться в микросоциальной ситуации. Интеллектуальная несо-

стоятельность может носить парциальный характер, в связи с чем здесь, как было отмечено выше, правомерно говорить и о диссоциированности в интеллектуально-мыслительной сфере. Слабость суждений может дополняться проявлениями эмоциональной холодности, которые достаточно привычно распознаются многими психиатрами. Еще реже наряду с вышеотмеченными признаками дефицитарности обнаруживается и энергетическая недостаточность в виде общей слабости побуждений, отчетливо пассивной, примиренческой жизненной позиции, которая не соответствует предпочтениям и устремлениям пациента и может быть объяснена лишь их неспособностью активно добиваться желаемого.

Подчеркивая обязательность стабильных проявлений личностного компонента психопатологического диатеза во всех его случаях, следует отметить, что обычно они присутствуют не в полном диапазоне. Закономерности их формирования, связь с другими компонентами психопатологического диатеза изучены далеко не полностью, хотя в этом отношении уже имеются некоторые данные, например, об относительно большей выраженности дефицитарных расстройств при затяжном течении реактивных состояний, особенно с более сложной психопатологической картиной в рамках психопатологического диатеза, по сравнению с краткосрочными психореактивными состояниями.

Этапные проявления личностного компонента психопатологического диатеза обнаруживаются в определенных периоды онтогенеза. К ним, в частности, относятся многие из проявлений дизонтогенеза раннего детского возраста, систематизированные Г. В. Козловской при шизотипическом диатезе. Задержки развития могут иметь как общий, так и парциальный характер, проявляясь в речевой, двигательной и эмоциональной сферах. Они обходятся полностью или в значительной степени, сохраняя после себя чаще всего нерезкие признаки диссоциированности или дефицитарности личности.

Два других компонента психопатологического диатеза — фазный и реактивный — не всегда представлены в виде изолированных состояний, поскольку речь может идти и об эндореактивных эпизодах. Правила дифференциации реактивных и аутохтонных состояний хорошо известны: это критерии реакций по Ясперсу и современные представления о признаках эндогенности или так называемого соматического синдрома по МКБ-10. Несмотря на определенные сложности различения реактивных и аутохтонных состояний на некоторых этапах их развития, обязательная представленность обоих этих компонентов не вызывает сомнений. При этом следует подчеркнуть, что аутохтонные состояния далеко не исчерпываются аффективными циклотимическими фазами, хотя последние, действительно, особенно часты. Важно также иметь в виду, что как реактивные, так и аутохтонные состояния при диатезе могут быть самой разной

тяжести. Этим концепция психопатологического диатеза также отличается от понятия шизофренического диатеза А. В. Снежневского, который указывал на возможность лишь легких циклотимических фаз (во многом неясной патогенетической природы), да и то только после перенесенных приступов, т.е. на ремиссионных или резидуальных этапах шизофрении, исходя из представлений о возможности нажитого характера диатеза. По клинической сущности фазы следует дифференцировать с механизмом шуба при шизофрении, в результате которого формируются нажитые процессуально обусловленные изменения личности. Это различие фаз и шубов является концептуально жестким, хотя при практической квалификации личностных аномалий как приобретенных или врожденных могут возникать трудности, особенно у пациентов раннего детского возраста.

Предлагаемая концепция психопатологического диатеза соответствует модели соматических диатезов (геморрагического, лимфатического, аллергического). При них также имеют место врожденные стигмы (например, родимые пятна при геморрагическом диатезе), экзогенно обусловленные реакции и аутохтонные обострения. Все диатезы весьма вариабельны по тяжести. Можно провести аналогию между летальной кататонией и “экземной смертью” в результате анафилактического шока при аллергическом диатезе. При соматических диатезах существует хорошо известная и в психиатрии тенденция к утяжелению состояния в определенные возрастные периоды. Например, наследственная телеангиэктазия утяжеляется в пубертатном возрасте. Предпочтительность к определенной форме расстройств при психопатологическом диатезе соответствует различию в формах соматических диатезов. Например, при болезни Виллебранда существуют разные типы кровоточивости (капиллярный, гематомный и смешанный). Индивидуальная предпочтительность к определенным расстройствам и при соматических диатезах не исключает более широкого проявления патологии. Например, при склонности к сенной лихорадке повышена также вероятность ринофарингитов и других аллергических реакций.

Особенностью как психопатологического, так и соматических диатезов являются склонность к сопутствующим расстройствам (в частности, вегетативным) и отклонения по данным параклинического обследования (например, при аллергическом диатезе обнаруживается нарушение корково-подкорковых взаимоотношений).

Высокая распространенность психопатологического диатеза заставляет по-новому взглянуть на психиатрическую систематику. Так ранее, учитывая относительную редкость циклотимии и психопатии с одной стороны и достаточную типичность их сочетания с другой, было логично полагать, что циклотимические фазы при психопатии не могут быть случайными и являются выражением психопатической кон-

ституции. Однако, в настоящее время в результате анализа психических расстройств, выявляемых в поликлиниках, стало совершенно очевидным, что аутохтонные фазы при психопатиях встречаются не чаще, чем у лиц без психопатических нарушений. Поэтому наиболее адекватно оценивать случаи с сочетанием этих двух видов патологии по двум независимым осям, которые учитывают наличие как психопатии, так и психопатологического диатеза.

Сходным образом обстоит дело и с так называемыми “органически обусловленными” расстройствами. Часть из них возникает, действительно, только под влиянием органических факторов. К ним относятся: истинная астения, оглушение, судорожные синдромы, слабоумие. Другая симптоматика при органической патологии — это та, которая не отличается от симптоматики психопатологического диатеза, т.е. аффективная, деперсонализационная, бредовая, галлюцинаторная и т.д. Эта симптоматика встречается при воздействии органических факторов далеко не обязательно, а именно, с такой частотой, которая позволяет рассматривать эти факторы не как этиологические, а лишь как провоцирующие и сопутствующие. Поэтому здесь также подходит двухосевая оценка, при которой истинно органическая симптоматика определяется по самостоятельной оси.

В связи с обсуждением разных типов симптоматики следует отметить, что не всякое нарушение психической деятельности представляет собой симптом психической болезни, точно также как и не всякое соматическое нарушение является симптомом соматического заболевания. Соматоформные или соматофункциональные расстройства при психических болезнях давно и хорошо известны. В полной аналогии с этим психические нарушения, которые обусловлены, а не спровоцированы действием органических факторов (астения, оглушение и др.), следует считать симптомами не психических, а неврологических поражений и болезней. Поэтому отнесение органических заболеваний к психическим болезням неправомерно.

Соотношение психопатологического диатеза и шизофрении таково, что, с одной стороны, шизофрения развивается на основе диатеза (хотя, возможно, и не всегда, если, например, полагать, что чистый дефект-психоз — это реальность), а, с другой стороны, большинство случаев диатеза не трансформируется в шизофрению. Таким образом, шизофрения должна рассматриваться как возможное, но далеко не обязательное осложнение психопатологического диатеза, а в некоторых случаях (если принять приведенную выше оговорку) и как совершенно независимое от диатеза заболевание. В соматической медицине такие соотношения известны. Например, аллергический

диатез может осложняться бронхиальной астмой, его экземная форма может трансформироваться в нейродермит.

Психопатологический диатез должен разграничиваться не только с иной психической патологией, но и с нормой. По существу эта проблема значима в отношении не аутохтонных, а реактивных состояний. Шнайдер использовал для дифференциации нормальных и патологических реакций три критерия: интенсивность и (или) длительность реакций, не соответствующие стрессору, и наличие качественно аномальных психических переживаний, например, сумеречного помрачения сознания. Исходя из концепции психопатологического диатеза, следует дополнительно иметь в виду, что при отсутствии двух других его компонентов (личностного и фазного) речь не может идти о патологической реакции. Во всяком случае, при анализе реактивных состояний не было наблюдений, в которых при отсутствии признаков диатеза длительность или интенсивность реакций не соответствовали бы тяжести стрессорного воздействия.

Более сложно обстоит дело с некоторыми качественными нарушениями психической деятельности, а именно с теми, которые не относятся к симптомам психических болезней. В частности, речь идет как раз о сумеречном состоянии, но без продуктивных психотических симптомов. При тяжелых психогениях, например, при потере близких, подобного рода эмоциональные реакции возможны и у лиц без психопатологического диатеза. Вопрос о том, следует ли их считать проявлением патологической реакции или вариантов нормы дискутабелен. Во всяком случае, та или иная степень отрешенности от окружающего с затрудненной ориентировкой, низкой продуктивностью мышления и нечеткостью воспоминания о происшедшем не являются редкостью в подобных ситуациях и вряд ли дают достаточно оснований для того, чтобы считать их качественно аномальными психическими переживаниями.

В заключение важно отметить, что использование концепции психопатологического диатеза сокращает число традиционных “нозологических” рубрик, но не обедняет диагностический процесс. Во-первых, во всем объеме сохраняется значение синдромальных оценок. Во-вторых, при анализе случаев в целом диагноз диатеза должен уточняться установлением его варианта в зависимости от преобладающего компонента, психопатологической формы при преобладании определенного типа симптоматики, степени тяжести, стадии (активной, стабилизации, редуцирования). В-третьих, диагноз может дополняться оценками по другим классификационным осям (наличие психопатии, олигофрении, органического поражения мозга).

Роль феноменологического подхода в изучении хронологического алкоголизма* и формирование адекватной психотерапевтической тактики лечения

И. С. Павлов

Общеизвестным, но не декларированным, является тот факт, что наш век — это век технического прогресса и биологического и экологического варварства на фоне этого прогресса. Естественно, что в эту категорию входит и проблема алкоголизма.

С развитием цивилизации, научно-технического прогресса (обустройство быта, возможность перемещаться, получать информацию, ее перерабатывать и т.д.) жизнь человека в чем-то облегчалась, но в чем-то усложнялась, за что человечество платит возрастанием нервных расстройств, алкоголизма, наркомании. Чем больше человек удовлетворен на материально-бытовом уровне, тем больше актуализируется проблема смысла жизни, экзистенции в целом.

Высокий материальный уровень достигается через жесткость общественных отношений, большей степени формализованности, “машинности” жизни, ограничения индивидуальных возможностей рамок выбора и свободы действий. Наличие этих возможностей индивидуального выбора и свободы действий не всегда используется, но их отсутствие травмирует человека. Все это ведет к психической напряженности членов сообщества, истощению адаптивных возможностей, фрустрации, тревоге, агрессивности, депрессии, алкоголизации и наркотизации.

В настоящее время возрастает, получает новые нюансы актуальность смысла жизни, ее ценность. С одной стороны формализация жизни, массовая культура, стандартизация, а, с другой стороны, неповторимость, индивидуальность жизни каждого человека с его внутренним миром, неповторимостью.

Систематическую алкоголизацию, а тем более алкоголизм мы рассматриваем не как частный вопрос, а как составную часть природы человека, его сущности, особенностей экзистенции в ее инвариантностях.

К сожалению, в наркологии до сих пор нет работ основанных на феноменологическом подходе, который существенно углубил наше понимание заболевания, дал бы возможность построения другой парадигмы лечения и профилактики этих расстройств. Общепринятый научный принцип: “Вы никогда не узнаете на что похожа мышь, если будете тщательно изучать ее отдельные клетки под микроскопом” в наркологии по сути дела еще не реализован. Хронический алкоголизм, больной хроническим алкоголизмом рассматриваются с точки зрения клинических проявлений

(симптомы и синдромы), с позиции среды (сколько выпивает, как часто, даже какой объем одного глотка и т.д.), с точки зрения социального статуса (профессия, возраст, материальное, жилищное и семейное положение и т.д.), но не изучается с точки зрения самого больного как главного действующего лица, то есть природы, сущности заболевания.

Какова природа, сущность этой болезни после снятия, купирования острой симптоматики (абстинентного синдрома, запоя, патологического влечения и т.д.), полной нормализации психосоматического статуса. У больного нет жалоб, хороший сон, аппетит, хорошее настроение, нет влечения к спиртному, но он продолжает оставаться больным хроническим алкоголизмом. Вот сидит такой больной перед врачом-наркологом и насколько хорошо врач понимает глубинную и часто скрытую природу этого заболевания, то настолько его действия адекватны.

Здесь важно, чтобы произошло понимание, постижение душевной жизни больного, как феномена в чистом виде, описать переживание больного, его внутренний мир беря в восприятия и внешние проявления жизнедеятельности, что Карл Ясперс называл “пониманием”, т.е. непосредственный путь. Чтобы сделать этот путь более непосредственным Ясперс предлагает:

1) Психопатолог может трансформировать себя в психическую жизнь пациента и сопереживать то, что переживает пациент (то есть переживания врача становятся похожими на переживания пациента).

2) Сделать переживания пациента явными для себя (т.е. врач наблюдает за переживаниями пациента так, как будто ему эти переживания были даны непосредственно). То есть, превращение в непосредственно данное. Здесь важно понимание, постижение сущности больного алкоголизмом, вчувствование, сопереживание с его внутренним миром, проживание с ним этого.

Здесь нет опасности “вхождения” в роль, то есть в случае психического заболевания у больного формирование индуцированного бреда, увлечение алкоголем при работе с больным алкоголизмом, т.к. базисное ядро психиатра-нарколога сохраняется и все это, что переживает больной, врач испытывает в своем воображении, ядро его личности сохраняет свой суверенитет. Просто так же как Бальзак, писатель-профессионал, с такой степени эмпатии воспринимал, понимал нищего, идущего по улице, что он на себе даже испытывал ощущение его рваной одежды, но при этом ос-

* При внедрении в стране МКБ-10 следует изменить на рубрику F 10.2 и на название “Алкогольная зависимость”.

тавался Бальзаком со всеми его проблемами, долгами и т.д. Просто происходило мимолетное отрешение от себя, но не больше.

На уровне до-научного понимания окружение больного чувствует, понимает, что он пьет “ненормально”, что он “алкоголик”. Психиатр-нарколог должен стремиться получить такое знание о переживаниях больного, которое поддавалось бы проверке и систематизации, то есть, формирование научного понимания.

Мы в процессе общения с больными имели установку познать внутренний мир больного, понять, уловить алгоритм его поведения со всеми его атрибутами и закономерностями жизни и при этом без потери смысла жизни, жизненных ценностей.

В процессе вчувствования, эмпатии, сопереживания в душевные состояния больных алкоголизмом мы чувствовали и понимали, что центральную проблему больных хроническим алкоголизмом естественно занимает опьянение. Ведь именно к нему (опьянению) направлены все жизненные процессы больного. В общепринятой парадигме при изучении хронического алкоголизма произошел сдвиг (с целью достоверной диагностики, диагностических критериев) с алкогольного опьянения на осложнения из-за него, реакции организма на него (симптомы и синдромы). Именно состояние опьянения, стремление к нему остаются центральной проблемой, а симптомы и синдромы (потеря контроля над количеством потребления спиртного, абстинентный синдром, истинные запои, амнезия состояния опьянения) являются результатом осложнения, сбоя организма, его самозащиты в какой-то мере от постоянного присутствия спиртного в организме человека, или резкого перехода от состояния опьянения к трезвому. Именно восприятие, наблюдение, понимание, постижение внутреннего мира систематически пьющего или уже больного хроническим алкоголизмом, что у них формируется и развивается “алкогольная позиция больного” и которая преломляет через себя всю жизнь больного, его восприятие мира, формирует его действия.

Таким же способом мы исследовали и само состояние опьянения. В специальной наркологической литературе стыдливо умалчивается роль алкогольного опьянения в жизни человека. В крайнем случае говорят об эйфоризирующем эффекте, а в последнее время все чаще упоминается антистрессовое воздействие опьянения.

Наши наблюдения, восприятия, вчувствования, постижения душевных состояний людей в состоянии опьянения с учетом их жизненных ситуаций, намерений, тенденций показывают, что состояние опьянения рвет жесткую связь внутреннего мира человека с его реальностью, дает внутреннему миру человека своеобразную автономию, и он может программировать свое внутреннее состояние по своему желанию, потребности (как положительное, так и отрицательное, релаксации, как спокойствия, так и взвинчива-

ния, агрессивности, как снимает, так и повышает действие моральных факторов, условности среды). Один и тот же человек в одних условиях пьет для того, чтобы успокоиться, забыться, в других, наоборот, взвинтить себя, вызвать состояние агрессии, в третьих, для того, чтобы усилить чувство веселья, радости, в четвертых, для того, чтобы усилить чувство обиды, горя, утраты, еще сильнее все это перестрадать, в пятых, для того, чтобы снять с себя фактор совести, чувство стыда, неловкости и действовать, добиваясь желаемого, и т.д. и т.п.

Такой предваряющий этап исследования, его дальнейший анализ и последующие постижения фактов состояния опьянения в динамике открывают закономерности формирования систематического пьянства.

Здесь важно учитывать, что у каждого человека есть определенное мнение о самом себе, мысли и чувства о своей сущности, потребностях, стремлениях, чаяниях, т.е. определенная концепция самого себя, концепция своего “Я”. С этой точки зрения анализ показывает, что если человек начинает реализовывать свою концепцию “Я”, свои чаяния, стремления, жизненные потребности уже не только в состоянии трезвости, но и в состоянии опьянения, то он в большинстве случаев рано или поздно начинает злоупотреблять алкоголем. Состояние опьянения становится все более желанным, реализация своей концепции “Я” смещается в состояние опьянения. Такой человек в состоянии опьянения почти полностью начинает удовлетворять смысл своей жизни. Наблюдения показывают обусловленность в этом того факта, что влияние администрации, родных и близких часто не имеет успеха. Ведь в таких случаях смысл его жизни, его концепции “Я”, которые “соответствуют” общечеловеческим понятиям (чувство собственного достоинства, гордости, самолюбия, личной значимости), реализуются. Такой человек продолжает жить согласно своей концепции “Я”, своей сущности, образованной еще до начала злоупотребления алкоголем, но лишь с той особенностью, что она реализуется в состоянии опьянения. В этом состоянии опьянения удовлетворяются все личностные ценностные потребности, чувства собственного достоинства и нет личностного кризиса, кризиса личности в субъективном понимании больного. Это подтверждается еще и тем фактором, что злоупотребляющие алкоголем, больные хроническим алкоголизмом в психологических тестах, в беседах переоценивают себя, свои возможности, свое реальное положение в семье, обществе.

Момент начала реализации человеком своей сущности, своей концепции “Я” в состоянии опьянения является одним из краеугольных камней начала пути систематического пьянства и соответственно в дальнейшем становлении хронического алкоголизма. В дальнейшем этот перенос превращается в амнезию состояния опьянения, т.е. разграничения жизни в состоянии опьянения и в трезвом состоянии. Более под-

робная разработка профилактических и воспитательных мер, ставящих преграды на пути реализации больным (находящимся на лечении) своей сущности, своей концепции “Я” в состоянии опьянения, явится важным моментом в решении вопроса о более эффективном лечении больных хроническим алкоголизмом, а также в профилактике алкоголизма.

Как указывает К. Ясперс, в противоположность животным человек не наделен врожденной совершенной способностью к адаптации. Ему приходится самому искать путь в жизни. Человек не есть готовая форма, он формирует себя сам. То есть каждый человек хозяин своего опыта. Картина мира человека это та часть окружающего мира, которая осознается человеком, являющаяся значимой и обладающая для него реальностью. Что человек берет из объективной среды (все то, что присутствует с точки зрения наблюдателя, то есть мир общий для всех) в свой внутренний, личностный мир, ведь один из первофеноменов жизни — бытие в собственном мире. Общеизвестный тезис Гегеля, согласно которому личность тождественна своему миру.

Особенность больных хроническим алкоголизмом в том, что их адаптация к миру имеет еще один дополнительный этап. Первый, как у всех людей создается, формируется из объективного мира, мира общего для всех свой внутренний, личностный мир. Второй этап — это перенос жизни в собственном мире в состояние опьянения, чтобы не было нежелательного для больного субъективного переживания несоответствия с реальностью.

Вот почему больные хроническим алкоголизмом упорствуют лечению, сопротивляются ему явно или тайно, скрывая от окружения свои истинные намерения, так как отнятие спиртного, вернее состояние опьянения значит лишить их способа жизни, существования, сделать их “душевыми инвалидами”. В этом феномене находится причина почему больные терпят лишения, унижения, жертвуют своим состоянием здоровья, репутацией, страданиями детей, родных и близких ради опьянения. Ведь окружение, родные и близкие видят трагедию, трагическое положение больного, а он счастлив и сердится на них за то, что такими своими реакциями они портят ему настроение. Вот почему наблюдательные и старающиеся понять алкоголизм родственники говорят: “Они (больные хроническим алкоголизмом) живут как будто бы на другой планете, “инопланетяне” и “возвращаются” на Землю для решения каких-то возникших трудностей в поддержании алкоголизации”.

Эти факторы ведут к становлению систематического пьянства. Наблюдения показывают, что любой человек может заболеть хроническим алкоголизмом при условии систематического пьянства. И действительно, после формирования у человека систематического пьянства в возникновении клинических проявлений заболевания (симптомов и синдромов хронического

алкоголизма) играют уже роль лишь физиологические и биологические механизмы организма. В зависимости от резистентности этих механизмов по отношению к алкоголю у человека рано или поздно происходит становление болезни (в диапазоне от нескольких месяцев до года у юношей, женщин и до десятка лет у некоторых мужчин). Но те особенности, которые способствовали становлению систематического пьянства, действуют на всех этапах болезни и зачастую препятствуют становлению ремиссии, делают больных часто не курабельными. В то же время очень далеко не все люди соглашаются пить систематически при благоприятствующих этому обстоятельствах, ссылаясь на усталость от спиртного или “надоело пить, опостылела сплошная пьянка”.

Таким образом, главный вопрос в возникновении хронического алкоголизма — почему некоторая категория людей начинает пить систематически?

Так что одной из составляющих алкогольной позиции больного является перенос значимой жизнедеятельности, реализации своего “Я” в состояние опьянения.

Ситуацию, сложившуюся в наркологии, лучше всего передают выступления на конференциях, симпозиумах, где преобладают выражения “мы думаем”, “мы считаем”, “по нашему мнению” и т.д. Но нет исследований, которые бы изучали эту проблему с точки зрения самого больного, то как он чувствует, что им движет, так как он является главным действующим в процессе общения с больными не только в формальной обстановке кабинета врача, но и в их обычных жизненных ситуациях, в непосредственной жизни. Эти впечатления, понимания, постижения как действительные факты, реальные феномены, реальные фундаменты болезни, как предваряющий и эталонный материал, к которому надо в процессе дальнейших исследований возвращаться, сверяться, проверяя гипотезы, теоретические построения, мы использовали для изучения более подробных составляющих алкогольной позиции больного. Используя эти данные, опираясь на них, мы в дальнейшем подключили клинко-психотерапевтический метод, опирающийся в какой-то степени на теорию “черного ящика”, которая применяется в тех случаях, когда изучаемая система не вполне доступна непосредственному изучению, наблюдению. Психотерапевтически воздействуя на группу больных, используя групповой фактор, мы выявляли и фиксировали наиболее существенные и типичные проявления внутренней функциональной структуры болезни, типичного личностного реагирования больных. Выявляли то, что не дает больному учесть свое реальное положение в жизни, бросить пить и пойти по пути становления у себя трезвенничества ради спасения себя в сложившейся обстановке. Анализ и синтез этого материала позволили нам выделить “алкогольную позицию больного”, ко-

торая определяет поведение больных хроническим алкоголизмом в целом, создает своеобразные “инакочувствие” и “инакочувствие”, в силу которых некоторые поступки больных становятся непонятными для окружения, вызывают осуждение, так как логика ситуации программирует другие поступки. Больной “благодаря” “алкогольной позиции” не усваивает позицию и требования общества, не “приучен”, не “видит”, не берет в расчет те принципы, которыми живет общество, оберегая себя, защищая отдельных членов сообщества.

“Алкогольная позиция” больных хроническим алкоголизмом включает в себя:

1. Неадекватное осознание болезни. Неадекватность в силу аффекта, нежелательности противоположного, того, что противоречит его концепции “Я”.

2. Алкогольная установка — определенная подготованность действовать так, чтобы постоянно, в любом случае были обеспечены приобретение и прием спиртного.

3. Перенос реализации своей концепции “Я”, своих чаяний, стремлений, жизненных потребностей, значимой жизнедеятельности с трезвого состояния в состояние опьянения. В силу этих факторов проявляется стойкость больных по отношению к воздействию общества, окружения, семьи, наркологов, так как больные эти воздействия воспринимают как покушение на их внутреннюю, значимую жизнь, на чувство того, что они живут.

4. Сформированные у больного механизмы психологической защиты своей алкоголизации, “алкогольной позиции” (алкогольное алиби, рационализация, вытеснение, наделение, проекция, низведение, отказ от обсуждения антиалкогольных проблем, уход в позицию оскорбленного, униженного, демонстрация знания проблемы, дискриминация лечения и т.д. и т.п.).

5. Сформированный алкогольный стиль жизни, на который наложили свой отпечаток клинические проявления заболевания (потеря контроля над количеством потребления спиртного, абстинентный синдром или уже запой, анорексия в запое, алкогольный астенический синдром), а также своеобразные атрибуты алкогольной жизни, алкогольные жизненные ценности.

Общеизвестно, что рост научных знаний происходит за счет расширения, введения нового аппарата, других подходов и взглядов.

“Алкогольная позиция” воссоздает внутреннюю функциональную структуру, модель болезни, дает врачу-наркологу понятийный аппарат, который позволяет предельно воздействовать на природу, сущность болезни.

Именно “алкогольная позиция” дает нам тот симптомокомплекс, который роднит хронический алко-

лизм с другими заболеваниями, при которых основная тактика лечения направлена на обратное развитие (редукцию) симптомов и синдромов. Такое понимание больного хроническим алкоголизмом, такая структура алкогольной позиции больного помогает врачу в повседневной работе чувствовать, понимать к чему апеллировать и на этом фоне видеть уже индивидуальность, неповторимость данного случая.

К сожалению, в литературе не рассматривается вопрос базисной подготовки врача к феноменологическому подходу, вопрос профессионализма. Как пишет Гейзенберг “Профессионализм состоит не в том, что профессионал больше знает, а в том, что он знает типовые ошибки в своей профессии”. Действительно, когда профессионал отбрасывает все схемы, “предвзятости”, чтобы постичь какой-то феномен, состояние, то у него остается особый здравый смысл (в том числе и знание технологических ошибок), который был сформулирован его профессиональной подготовкой. Именно поэтому К. Ясперс развивал феноменологический подход в психиатрии.

Отрешиться от существующего знания, данного уровня науке в акте понимания, постижения, превратить эти знания в “предвзятости” и постичь данное явление, феномен глубже, адекватнее сущности, чем эти “предвзятости”, уловить его уникальность, неповторимость, единственность из множества вариантов еще неизвестных случаев — в этом прогресс науки в целом и в феноменологическом подходе врача к больному в частности.

Базисная подготовка врача психиатра-нарколога, психотерапевта при его профессиональной открытости и непосредственному пониманию, постижению, сопереживанию сохраняет его ядро “Я-специалиста” и он не поддается феномену индуцированного бреда, убеждениям больного алкоголизмом о его причинах злоупотребления спиртным, о невозможности бросить пить, хотя он все это постигает, понимает, сопереживает вместе с больным, улавливая неповторимость данного случая. Мы подразделяем три уровня подхода к больному:

1. нозис;
2. типология;
3. индивидуальность, неповторимость, единственность.

Феноменологический подход важен и в процессе проведения психотерапии, так как дает возможность врачу адресовать свои воздействия не просто больному, не абстрактно, а именно к его индивидуальному “Я”, трансформированному болезненными расстройствами, именно к его состоянию “Я”. Этап гипнотерапии по М. Эриксону начинается с подстройки, т.е. попытки идентифицировать себя с пациентом как база для резонанса, взаимоиндукции.

На стадии сопереживания, резонанса состояний, достижения взаимоиндукции следует делать попытку менять состояние пациента в нужном направлении. Процесс подстройки (сопереживание, постижение, идентификации) очень наглядно, образно описан в рассказе А. И. Куприна "Олеся". За феноменологическим подходом, приемами эмпатии, сопереживания, вчувствования, идентификации, превращение в непосредственно данное перспектива развития не только гносеологического, но и психотерапевтического характера. Вопрос о феноменологическом подходе, поднятый Независимы психиатрическом журналом, актуален и своевременный, расширяет познавательные способности врача, тренирует его душевный аппарат.

Литература

1. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением. — М., 1989.
2. Виггинс О., Шварц М. Влияние Эдмунда Гуссерля на феноменологию Карла Яспера // Независимый психиатрический журнал. № 4. 1997. С. 4 – 12.
3. Макаров В. В. Некоторые принципиальные вопросы современной психотерапии. Материалы международной конференции психиатров. — М., 1998. С. 218 – 219.
4. Павлов И. С. Коллективная психотерапия больных алкоголизмом в бодрствующем состоянии (Методические указания МЗ СССР). — М., 1975.
5. Павлов И. С. Психотерапевтическая тактика по выработке трезвеннической установки у больных хроническим алкоголизмом (Методические указания МЗ СССР). — М., 1976.
6. Павлов И. С. Алкогольная установка, ее структура, особенности и механизмы психологической защиты у больных хроническим алкоголизмом (Методические указания МЗ РФ). — М., 1980.
7. Павлов И. С. Систематическое пьянство как этап формирования хронического алкоголизма, 4-й Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. Т. 2. — М., 1980. С. 219 – 222.
8. Павлов И. С. Трезвенник как главная цель при лечении больных хроническим алкоголизмом (учебное пособие). — М., 1997.
9. Павлов И. С. Алкогольная позиция как важнейший симптомокомплекс хронического алкоголизма. Успехи теоретической и клинической медицины. Выпуск 2. — М., 1997.
10. Рожнов В. Е. Психотерапия алкоголизма и других наркоманий. Руководство по психотерапии. — М., 1974. С. 242.
11. Савенко Ю. С. Новая парадигма в психиатрии // Независимый психиатрический журнал. № 1 – 4. 1997.
12. Савенко Ю. С. О феноменологической установке в психотерапии. Материалы II Консторумских чтений (27 декабря 1996 г.). — М., 1997. С. 3 – 5.

Девятый Конгресс

Международной Психогериатрической Ассоциации

“ТРЕБОВАНИЯ НОВОГО ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ: ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ, КУЛЬТУРНОЕ И РЕГИОНАЛЬНОЕ РАЗНООБРАЗИЕ”

15–20 августа 1999 г., Ванкувер, Канада

Официальный язык: английский.

Сроки подачи заявок: на симпозиумы — до 1 декабря 1998 г.

на устные и постерные доклады — до 1 апреля 1999 г.

О размере организационного взноса пока не сообщается.

Запросить формы заявок можно по адресу:

**IPA Ninth Congress Secretariat,
c/o Venue West Conference Services Ltd.
#645-375 Water Street
Vancouver, BC V6B 5C6
CANADA
Tel: +1 (604) 681-5226; Fax: +1 (604) 681-2503;
E-mail: congress@venuewest.com**

Время еще есть!

Толерантность к наркотикам при шизофрении

Семинар ведет проф. А. Г. Гофман (ноябрь 1998 г.)
Врач-докладчик Е. Н. Колесникова

Вашему вниманию представляется больной К., 22 лет, работает слесарем радио-оборудования. В ПБ № 3 поступил 17 сентября 1998 г., повторно. Ранее дважды находился на лечении в наркологической больнице № 17 и проходил обследование по направлению РВК в ПБ № 4. В нашу больницу первый раз был госпитализирован в июле 1995 года в связи со злоупотреблением алкоголем. В этот раз поступил по путевке ПНД № 9, куда пришел в сопровождении матери. Обращение было связано со злоупотреблением в последние два-три года спиртными напитками и употреблением токсических и наркотических средств. Не удерживался на работе, осложнились отношения в семье. Отмечались периоды подавленного настроения, говорил об отсутствии интереса к жизни, высказывал мысли о нежелании жить.

Анамнез. Наследственность отягощена. Двоюродный брат бабушки по линии отца страдал шизофренией. Отец много лет злоупотребляет алкоголем, по характеру взрывчатый, в состоянии опьянения агрессивен, часто отмечают состояния подавленного настроения с дисфориями. Отец был освобожден от службы в армии по ст. 9-б. Мать здорова, по характеру мягкая, эмоционально теплая, заботливая.

Больной родился в Москве в 1976 г., первым ребенком в семье от первой беременности. Роды протекали со слабостью родовых сил, закричал не сразу. Вес при рождении 4100 г, рост 56 см, с 6 мес мог стоять, пошел с 10 мес, речь в 2 года 8 мес. Первые четыре года находился под присмотром двух бабушек, затем охотно посещал детский сад. В детстве был спокойным, малозаметным, умел себя занять и играть в одиночестве. В раннем возрасте страдал диатезом, с 2 лет отмечались нарушения засыпания, длительное время принимал димедрол. В 4 года у больного родилась сестра. Помогал матери в уходе за ней, всегда опекал сестру и привязан к ней до сих пор. В школе с 7 лет. Сразу возникли трудности: был неусидчив, не слушал учителей, вставал, ходил по классу, отказывался писать или просто уходил с урока. В первом классе захотел заниматься музыкой, начал посещать музыкальную школу. Через год школу пришлось оставить, т. к. у родителей не было возможности приобрести музыкальный инструмент, однако продолжает заниматься музыкой самостоятельно до настояще-

го времени. В 1986 г., когда ему было 10 лет, мать по рекомендации педагогов обратилась к психоневрологу в связи со сложностями в поведении, нарушениями сна. Он долго не мог заснуть — не ложился до 1–2 часов ночи, играл, но утром вставал вовремя. Был отправлен в психоневрологический санаторий, после которого состояние заметно улучшилось: стал спокойнее и собраннее. Больной рос достаточно общительным, легко сходилась со сверстниками, но по мнению матери всегда был сам по себе. Когда он учился в 4 классе, родители пришли к убеждению, что их ребенок какой-то не такой, не как все. Дома он всегда был участником необычных происшествий. В школе категорически отказывался от всех заданий, связанных с письменной деятельностью. Примерно в 12 лет он практически прекратил общаться со своими сверстниками, предпочитая людей значительно старше себя по возрасту. Говорил, что ему со взрослыми интереснее. В этот период часто удивлял родителей своим поведением. Например, когда ему было 7 лет, и они все вместе отдыхали на юге, произошел такой случай. Мальчик часто заплывал на круге слишком далеко в море за буйки, и родители решили его отучить. Заплыв с ним вместе в море, они спустили надувной круг, думая что он испугается. Однако когда ребенок заметил это, он спокойно сказал: “Круг спускается”, — резко повернул обратно и поплыл к берегу, не обращая за помощью ни к отцу, ни к матери и не проявив никакого страха. Мать отмечает, что чувство самосохранения у него вообще не выражено.

Были и другие странности в поведении. Однажды ночью, в четыре часа, родители обнаружили, что сына нет дома. Он играл во дворе в песочнице (больному было тогда 10 лет). Объяснил, что ему не спалось, стало скучно, и он решил поиграть в песок, поскольку не хотелось будить родителей.

С 10 лет под влиянием отца серьезно увлекся радиотехникой. В школе занимался силовыми видами спорта. 3 года занимался борьбой, плаванием, баскетболом. Лучше успевал по точным дисциплинам, самостоятельно изучал математику, физику. Со слов матери до сих пор занят проблемой вечного двигателя. Отличался увлеченностью: чем бы не начинал заниматься, полностью уходил в это дело, забывая обо всем.

В детстве любил книги. Называет любимыми “Алису в стране чудес” и “Маленького принца”, так как “они простые и мудрые”. С удовольствием читал стихи Пушкина, Тютчева, космическую фантастику Ефремова. Классы не дублировал. После 8 класса поступил в поварское училище и по окончании короткое время работал поваром. Затем устроился автослесарем. По мнению родителей с 14 лет стал непредсказуемым: не выполнял обещаний, не доводил до конца своих намерений. Например, уйдя ненадолго за хлебом, мог отправиться в гости к приятелям или уехать к одной из бабушек и вернуться домой только к вечеру. Тогда же стали отмечаться колебания настроения, чаще в сторону пониженного. К вечеру обычно чувствовал себя бодрее. Со слов матери с подросткового возраста перестал чистить зубы, примерно с 1993 года без напоминания он не умывался.

С 14 лет стал употреблять спиртные напитки. Сначала выпивал только по праздникам, в компаниях, потом стал выпивать чаще, и очень быстро пьянство приобрело постоянный характер. В 14 лет попробовал клей “Момент”, а с 16 лет ингаляция токсическими веществами стала систематической. Также употреблял бензин и растворитель № 646. Говорит, что при вдыхании токсических веществ не одевал пакет на голову по соображениям техники безопасности. Позднее в 16–17 лет всегда вдыхал токсические вещества с напарником — также для безопасности, чтобы можно было подстраховать друг друга. Возникающие видения были в двухмерном измерении. Часто возникало ощущение, что что-то проникало в голову, слышал голоса и необычную музыку, которую затем пытался воспроизводить дома на музыкальном инструменте. Эти состояния иногда повторялись и вне приема токсических веществ, при засыпании. Позже стал употреблять первитин. Тогда представлялось, что ему подвластна вселенная, мог координировать взаимодействие космоса и земли, слышал странную музыку, возникало ощущение, что он сам ее программирует. В последнее время больному больше всего нравится музыка Баха, так как он “не может ее воспроизвести”. Говорит, что музыка, которая не прославляет Бога, это не музыка. Принимая первитин, часто испытывал состояние страха, тревоги, казалось, что окружающие люди на улице наблюдают за ним, как-то по особенному смотрят, иногда специально задевают. Дважды в таком состоянии наносил себе поверхностные порезы в области предплечий. Пробовал героин, но отказался от него через три месяца регулярного потребления. Объясняет это тем, что на глазах у него умерло много знакомых, употребляющих героин. Употребление токсических веществ объясняет тем, что ему часто бывает скучно и одиноко, что, приобретая новых знакомых, часто теряет их так как никуда не вписывается.

В состоянии опьянения, особенно в последние 2–3 года, отмечались суетливость, возбуждение. Несколько

ко раз устраивал дома погромы, ломал мебель, бил все, что попадало под руку. Со слов матери временами себя не помнил, что-то искал, с кем-то разговаривал. Потом объяснял родителям: “Я для этого и нюхаю, и пью”. Считает, что все вокруг живут скучно, что нужно больше думать и говорить о высоком, о смысле жизни, о том как приблизиться к истине. Рассказывает, что любит читать, наблюдать, общаться. На работе нигде по долгу не удерживается, дважды увольняли по статье за нарушение трудовой дисциплины.

В прошлом году увлекся религией, около полугода ходил к баптистам. Познакомился там с девушкой, однако через некоторое время они расстались, так как девушка сказала, что он странный. В этот период вновь стал следить за своим внешним видом, чистил зубы, регулярно умывался. Говорит, что однажды в церкви испытал снисхождение святого духа, почувствовал легкость и свободу, даже возможность пророчествовать. Было ощущение, что какая-то информация вкладывалась ему в сознание.

Из перенесенных заболеваний — детские инфекции: корь, эпидемический паротит, ветряная оспа; до 4–5 лет частые простудные заболевания; в 6 лет был фурункулез в течение 6–7 месяцев, затем частые ушибы головы во время занятий борьбой. В 15 лет — ушиб головы с потерей сознания, однако медицинских сведений нет. За два месяца до госпитализации был избит. Говорит, что потерял сознание, но сам добрался домой, несколько дней лежал.

Соматическое состояние. Повышенного питания, диспластичен, кожные покровы чистые, сухие. На обоих предплечьях старые рубцы от самопорезов. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные, АД — 120/80 мм рт. ст. В анамнезе эпизоды колебаний артериального давления с артериальной гипертензией. Печень +1 см из под края реберной дуги, плотная. Живот мягкий, безболезненный.

Неврологическое состояние. Жалобы на периодические головные боли, ухудшение памяти. Правая глазная щель больше левой, зрачки равновеликие, реакция на свет сохранена. Не доводит правое глазное яблоко до наружной спайки. Расходящееся косоглазие за счет правого глазного яблока. Сглажена правая носогубная складка. Сухожильные рефлексы низкие, справа несколько меньше, чем слева. Ахилловы рефлексы не определяются. Гипостезия дистальных отделов стоп. Пальценосовая проба выполняется удовлетворительно.

ЭХО энцефалография. Выраженное расширение третьего и бокового желудочков слева. Расширение субарахноидального пространства слева. Косвенные признаки умеренной внутричерепной гипертензии.

Электроэнцефалография. Выраженные диффузные изменения электрической активности в виде дизритмии и замедления ритма. Наличие полиморфной

медленной активности в височных, лобно-центральных извилинах с преобладанием в левом полушарии. Дисфункция мезодизэнцефальных образований. Изменения ЭЭГ носят органический характер.

Психический статус. При поступлении ориентирован во всех сферах правильно. Движения вялые, голос приглушен, мимика несколько сглажена. Жаловался на сильные головные боли, пониженное настроение, отсутствие интереса к жизни. Продуктивной психотической симптоматики не отмечалось. Настроение резко снижено, подавлен. Суицидальные мысли не отрицал.

В отделении двигательно спокоен, ориентирован правильно, на беседу к врачу приходит в основном по вызову. Через месяц после поступления стал тяготиться нахождением в стационаре, так как начал сомневаться, что врачи смогут помочь в его проблемах. Назначенное лечение принимал аккуратно. Внешне первое время был неряшлив, не следил за прической, одеждой, не умывался. В общении был замкнут, своих мыслей и переживаний не раскрывал. С пациентами в отделении практически не общается, говоря, что это ему неинтересно. Считал, что все замечают, что он странный, только он не понимает чем. Объясняет, что ему тяжело в больнице, так как в отделении лечатся тяжелые больные. Рассказал, что перед поступлением прочитал Библию, и там было сказано, что “пришел Бог и с ним Сатана”. Считает, что это пророческие слова, так как соседом по палате оказался сатанист. В отделении первое время состояние неустойчивое: то был деятелен и просил загрузить его работой, то быстро уставал и даже отказывался идти есть. Несколько раз находился в лечебном отпуске дома. Один раз не вернулся вовремя, так как был в состоянии алкогольного опьянения. Объяснил эту ситуацию так: пошел из отпуска в больницу, но так как его не накормили дома завтраком, вернулся, залез через форточку в квартиру, а потом пошел гулять и выпил “на троих”. Рассказывал об этом без эмоциональной реакции, без смущения и без демонстративности. Было похоже, что он сам не понимает, почему окружающие недовольны. Первое время в беседе с врачом был замкнут, говорил о себе неохотно, в дальнейшем стал более откровенным, но рассказывал о себе эмоционально тускло и часто непоследовательно. Жаловался на головные боли, плохое настроение, снижение памяти.

Получал следующее лечение: дважды курс дегидратационной терапии, финлепсин, ноотропил, теопредал и леривон. На фоне лечения стал несколько спокойнее, эмоционально ровнее, собраннее, внешне более опрятен. Обычно ориентировался во времени, но иногда не мог назвать ни день недели, ни дату. Объяснял это так: “Я же в больнице, жизнь как бы остановилась, иногда откроешь глаза и не знаешь утро или вечер”. В процессе беседы не утомлялся. Продуктивной психотической симптоматики не отмечалось.

Психолог. Больной был обследован дважды: первый осмотр 25 сентября, второй — 10 ноября.

Заключение от 25 сентября. Испытуемый ориентирован правильно, хотя дату называет не сразу, вычисляет. Без затруднений вступает в контакт, говорит много и достаточно откровенно, сообщает о своем интересе к психологии, цитирует Эклизиаста. Считает себя не совсем здоровым психически. В красках описывает свое дисфорическое состояние: “Люди меня раздражают, мне надо разрядиться”, — и в такие моменты тянет “одурманить голову чем угодно — наркотиками, алкоголем”. Описывает состояние длительной активности без чувства утомления: “Я как бы под первитином нахожусь”. В то же время никаких жалоб на свою умственную трудоспособность не предъявляет. По объективным данным выявляется истощаемость гиперстенического типа и инертность психической деятельности. Внимание колеблется, степень концентрации недостаточна. Запоминание соответствует норме — 7, 7, 8, 9, 8, 9, но ретенция значительно снижена, воспроизводит только четыре слова. Смысловая память в норме. Из 18 слов пиктограммы правильно воспроизводит 14. Продуктивность мышления снижена. Категориальный уровень обобщения доступен, однако больной часто соскальзывает на конкретный уровень обобщения. Ассоциативные образы пиктограммы по большей части понятны и адекватны исходным понятиям. Процессуальных нарушений мышления в данном эксперименте не обнаружено. Эмоционально-личностная сфера характеризуется возбудимостью со склонностью к дисфориям, затруднениями в интерперсональной сфере, болезненным самолюбием, эмоциональной незрелостью. Свойственны гиперстенические реакции с выраженным чувством протеста, гневливостью. Под маской уверенности в себе скрывает угнетенность и тревожное беспокойство. Фрустрирована аффилиативная потребность. Таким образом, по результатам проведенного исследования на первый план выступает органический симптомокомплекс, а именно: гиперстеническая истощаемость, инертность психики, дефицитарность внимания, недостаточность ретенции, снижение продуктивности мышления и неравномерность уровня обобщения, — у эмоционально незрелой, возбудимой, склонной к гневливым реакциям личности с болезненным самолюбием и нарушением социальной адаптации.

Заключение от 10 ноября. Испытуемый пассивен в контакте, эмоционально однообразен, апатичен, говорит: “Голова не грузится”. Беседует как бы нехотя, жалуется на чувство безысходности, считает себя психически больным, так как “пьет, чтобы что-то подавить в себе”. На вопрос, помогло ли ему лечение, отвечает пространно: “Мне легче от смены обстановки, ушел от домашних проблем, но не хватает свободы, воздуха. Все однотипно и одинаково и эта однотипность делает мне хуже и в этом “хуже” я и оби-

таю”. Объясняя свою полинаркоманию и пьянство, говорит: “Я чувствую совершенно непомерное напряжение и раздражение и я не знаю куда от этого уйти, куда сунуть голову, чем бы себя загрузить, лишь бы это дело снять”. При анализе мышления следует указать, что испытуемый опирается на собственную неконвенциональную логику. Предложенный материал воспринимает весьма своеобразно. На последнем этапе классификации он складывает вместе неодушевленные предметы и людей, называя эту группу “бытие” и комментирует: “Что вещи, что люди, стараются приносить пользу для дома”. В пиктограмме есть единичные неадекватные образы: обида — дождь, потому что обидно, что идет дождь; сомнение — магазин, “захожу в магазин и сомневаюсь”. Однако эти образы не имеют вычурного характера. Можно говорить о тенденции к резонерству. Так при попытке собрать сексуальный анамнез, испытуемый начинает философствовать на тему, что такое любовь. У него получается, что любовь это принятие решения, а про чувства ничего не говорится, то есть, он уходит от предмета разговора. Мышление испытуемого не критично, что коррелирует с его незрелым негативизмом. Так в эксперименте испытуемый отстаивает свое заведомо неверное решение, комментируя: “Я вообще с людьми не соглашаюсь: если они говорят так, то я говорю как раз наоборот”. По данным ММРІ, несмотря на формальную недостоверность профиля (шкала F выше нормы), можно сказать, что он идентифицирует личность весьма своеобразно по взглядам, интересам и поведению с непредсказуемыми поступками, выраженным эгоцентризмом и независимостью. Очень высокая шкала К и шкалы 5, 8 и 9, при очень низких шкалах 7 и 0. Можно говорить о холодноватом нарцисстическом индивидуализме и недостаточно выраженной идентифицированности поло-ролевого поведения. В проективных рисунках испытуемого отразилась некоторая выхолощенность и пустота. Выявляется также интравертированность, нарушение контактов с другими людьми. Он довольно легко входит в контакт при исследовании, но отношения эти внешние, формальные. Глубинного контакта не получается. Таким образом, повторное исследование подтверждает определенный психоорганический фон, выражающийся в крайне низкой продуктивности, дефицитности внимания, сочетании истощаемости и инертности, а также некоторой примитивности рисунков. На психоорганическом фоне выявляются специфические особенности мышления: некондиционные аналогии, элементы неадекватности, резонерства, не критичность, а также весьма низкая продуктивность мышления. Эти расстройства выявляются на фоне депрессивного аффекта у шизотимной, несколько выхоленной, негативистичной, эмоционально незрелой личности с крайне высоким уровнем внутренней напряженности.

Вопросы врачу-докладчику

Сколько он работает на последнем месте работы? — *Два месяца.* — Почему он не удерживался на работе? — *Потому что пил или нюхал токсические вещества и из-за этого прогуливал работу. Возникали конфликты с начальством, и он увольнялся. Сам он скандалов не устраивал.*

Есть более точные сведения по алкогольному анамнезу? Как он пил? Были ли у него запои? — *Нет, выраженных запоев не было. Он начал употреблять спиртное с 14 лет, и это сразу приобрело систематический характер, в среднем 3–4 раза в неделю.* — А как он употреблял токсические вещества? — *Это было параллельно. Он и пил, и нюхал.* — Он всегда пил до состояния выраженного опьянения? — *Нет, были периоды ремиссии, мог не пить полгода. В это время были наркотики.* — Как часто он принимал наркотики? — *Он начал с бензина, быстро перешел на растворитель и клей “Момент”.* Первые два года употреблял эти вещества 1–2 раза в неделю, а с 16–17 лет — почти ежедневно. Однако были периоды в несколько месяцев, когда он прекращал. — Почему прекращал? Не было денег или желания? — *Желания не было.* — Как он описывает свое состояние, когда он отказывался от летучих веществ? — *У него менялось настроение. Оно повышалось, он устраивался на работу.* — Это были гипертимные состояния? — *Это было ровное нормальное настроение. Он начинал нюхать вновь всегда при снижении настроения.*

Есть ли заключение невропатолога? — *Да. Энцефалопатия сложного генеза (черепно-мозговая травма и алкоголизм) с психотическими состояниями и расстройством влечений.*

Где он живет, с кем? — *Он живет с родителями и сестрой. Последние три года очень осложнились отношения с отцом, и он чаще бывает у одной из двух бабушек.*

Вы говорили, что он выпивал в компаниях. Это одни и те же люди? — *Нет, это могут быть случайные люди, то что называют “на троих”.*

Он живет половой жизнью? — *Нет.* — И никогда не жил? — *Нет. Он говорит, что не может перейти на близкие отношения вне создания семьи, а семью он создать не может, так как считает, что нездоров.*

Беседа с больным

Проходите, пожалуйста. Я Александр Генрихович Гофман, а это врачи. Цель нашей беседы — обсудить Ваше состояние, чтобы лучше Вам помочь. Вы не возражаете против беседы? — *Нет.* — Сколько Вы уже находитесь в больнице? — *Два месяца.* — Что изменилось за эти два месяца? Как Вы себя чувствуете? — *Мне кажется, что ничего не изменилось: ни лучше, ни хуже.* — Так же как было? — *Есть немного улучшение. Я стал спокойнее воспринимать обстановку.* —

Что значит “стал спокойнее”? Разве Вы были беспокойным перед поступлением? — *Да, я за что-то постоянно беспокоился.* — Но когда Вы сюда пришли, беспокойства не было. Была скорее угнетенность. — *Угнетенность от беспокойства.* — А что Вас беспокоило? — *Да все, что угодно.* — Например? Политический строй в стране? — *И политический строй.* — А больше всего? — *А больше всего, что мир не туда двигается, куда надо было бы.* — Западный? Восточный? Какой мир? — *Весь.* — В разных странах разная направленность движения. Что Вас беспокоило? — *Они все не туда идут.* — А куда должны идти? Есть такое направление, куда все должны двигаться? — *Есть.* — Куда? — *Не скажу.* — Секрет? — *Да.* — Поделитесь, может мы тоже озаботимся — (Больной молчит) — Есть движение к Богу, есть от Бога. Об этом идет речь? — *От Бога нет движения...* — Другими словами, мир — это люди, которые не осознали великих целей, которые излагаются религией. Так? — *Которые излагаются Богом.* — Богоотступники? Но в разных странах разные религии, которые предписывают совсем неодинаковые цели. — *Религия — это и есть мир.* — А мир, что такое? Если человек атеист, тогда что? — *Все во что-то верят, и если все во что-то верят, то это и есть религия.* — Значит, любая вера — религия? — *Да.* — Но если человек верит, что мир будет состоять из компьютеров, то это тоже религия? — *Тоже религия. Компьютерная.* — И это Вас заботило, или была тревога по поводу своего состояния? — *За здоровье-то физическое я не боюсь, а вот всякие мелочи, которые постоянно волнуют, вот это мне надоело.* — Была тревога по поводу психического состояния, здоровья? — *Мне надоело, что постоянно при любых обстоятельствах я начинаю волноваться и, следовательно, напиваюсь или употребляю какие-то наркотики. Это мне очень сильно не нравилось.* — При каких обстоятельствах Вы начинаете волноваться? — *А вот солнце не так светит, и все.* — И что тогда? — *И тогда я напиваюсь.* — Это волнение или подавленность? — *Волнение.* — Допустим, солнце не так светит. Что Вас волнует? Что будет еще хуже? Совсем перестанет светить? — *Нет.* — А что? — *То, что настроение будет хуже.* — В Вашей жизни бывало ведь и совсем плохое настроение? — *Бывало.* — Вы можете описать эти перепады настроения? Что Вы чувствуете, когда Вам плохо? Это тоска? — *Неопределенность.* — А бывало когда-нибудь такое настроение, когда Вы себя начинали ругать? — *Нет.* — Винить? Упрекать? — *Нет.* — Бывало такое настроение, когда ничего не хотелось? — *Бывало.* — Все не так? Все раздражает? — *Все раздражает. Тогда я ничего не делал, просто ложился в кровать.* — А если в этом состоянии, когда Вы ложитесь в кровать, к Вам обратиться? — *Или я вообще ничего не скажу, отвернусь, или я начну ругаться.* — А до агрессии мо-

жет дойти дело? Если будут уж очень доносить? — *Наверное, может, хотя такого не было.* — Сколько может длиться такой период, когда не хочется общаться, и Вы лежите в постели? — *По-разному, чаще три-четыре дня.* — Есть у Вас любимое время года? — *Есть — лето.* — А нелюбимое время года? — *Зима.* — Как зимой с настроением? — *Вы знаете, вот сегодня такая погода, как будто началась зима, а у меня хорошее настроение.* — А какое обычно настроение зимой? — *Я как-то не замечал, я ее вообще стараюсь не замечать.* — Есть такое время года, когда Вам все не нравится? Например, весной бывает такое? — *И весной, и зимой, и летом. В любое время года бывает.* — Допустим, наступает период, когда Вам ничего не хочется, и Вы лежите в постели. Как Вы себя чувствуете в первую и вторую половину дня? — *В первую половину дня лучше, относительно хуже во второй половине дня, потому что во второй половине дня я начинаю думать. С утра я как бы еще не просыпаюсь.* — А были в Вашей жизни периоды бодрости, активности, прекрасного настроения без всяких волнений? — *Были.* — Сколько они длились? — *Месяцев шесть. Это было два с половиной года назад.* — Это было после спада настроения? — *Да, после спада.* — Но обычно подъем бывает не такой длительный? — *Обычно месяц-два.* — А продолжительность спада какая? — *Дня три это серьезно, а перед этим и после этого вообще тяжело. Это на долго растягивается.* — Как Вы считаете, за последние годы вы стали человеком более или менее общительным? — *Я стал менее общительным.* — Почему? — *Потому что я понял, что большинству людей не надо то, что знаю я. И вообще, зачем делиться чем-то с кем-то, если ему это вообще не нужно.* — Потребность в общении стала уменьшаться и исчезать? — *У меня нет потребности в общении.* — Неужели никогда не хочется поделиться тем, что Вы знаете? — *А смысл? Если другому человеку это не надо?* — Но разве среди девяти миллионов москвичей не найдется человека, которому это может быть интересно? — *Кому интересно — спросит.* — Как можно спросить, не будучи знакомым с Вами? — *Найдет.* — А как? — *Человек должен искать то, что он хочет.* — Но как можно Вас найти и познакомиться с Вами, если Вы не склонны вступать в контакт? — *Нет, я склонен вступать в контакт.* — Вы ждете, когда к Вам обратятся? — *Я жду.* — Ваше существование в этом мире имеет какую-то цель? — *Да.* — Какую? — *Кому-то что-то сказать или что-то такое сделать, небольшое, что кому-то принесет пользу.* — Но Вы это не реализуете? — *Может, я уже это сделал.* — А может быть, и нет? — *Может быть, и нет.* — На протяжении длительного времени Вы употребляли различные вещества: алкоголь, героин, первитин, какие-то летучие вещества, — с чем это было связано? — *Я употреблял*

всякие вещества, потому что в них я находил что-то ... Водкой я заливал глаза себе. — Для чего? На мир не хотелось смотреть? Или просто было очень тягостно? — Просто тягостно. — Допустим, Вам очень тягостно и надо облегчить свое состояние. Сколько надо выпить для этого? Сто грамм или поллитра? — Ну сейчас мог бы выпить бутылку. — А тогда? — Тогда я пил по четыре бутылки в день. — Как? Каждый час? Или каждые два часа? На сколько хватает стакана водки, чтобы чувствовать себя лучше? — Чтобы нормально было? Чтобы потом опять прийти в трезвость? — Нет. Сколько надо выпить, чтобы изменить то тягостное состояние, от которого Вы пытались избавиться? Выпьете 200 грамм, и Вам легче становится? — Тяжелее. — А Вы все равно пьете? — Да. — Тогда какая цель выпивки? Выключиться? — Просто выпивка отнимает силы. — А потом почему-то присоединились разные вещества и одновременно: бензин, растворитель, клей “Момент” — Клей “Момент” был пару раз. — А в основном что? — Растворитель, бензин. — Это тоже, чтобы избавиться от тягостного настроения? — Да. — А может просто привыкли? — Нет, к этому не привыкаешь. — В состоянии интоксикации летучими веществами с Вами происходило что-то необычное. Один раз даже возникли непонятные изменения психической деятельности. Что это было? Расскажите подробнее — Что Вы имеете в виду? — Вы начинали иначе воспринимать окружающий мир, себя самого, взаимодействие с внешним миром. — Да, это все казалось чудесно. — А что чудесно? — Казалось, что я самый главный, что у меня все хорошо. Если что будет не так, я смогу это устранить, исправить. — Хотелось людям добро сделать в этом состоянии? — Хотелось. — При приеме какого препарата было желание сделать добро? — При приеме любого препарата. — А при первитине было такое? — Нет, там вообще очень ненормальное состояние, необычное. Я что-то рисовал. — А когда Вы бензин и растворители потребляли, Вы тоже ощущали себя главным, или Вы еще ощущали какое-то воздействие на себя? — Нет, воздействия на себя я никакого никогда не ощущал. — Никогда не было чувства, что помимо Вашей воли с Вами что-то совершается, когда Вы употребляли эти вещества? — В этот момент нет, никогда. — А в чем главное отличие первитина от героина? На первитине очень активная деятельность? — Да, на первитине очень сильно работает мысль, и ее невозможно ничем остановить. — А мир как воспринимается во время интоксикации первитинном? — Мир воспринимается во всех измерениях, более объемно. Например, я смотрю на стол, и сразу знаю, из чего он сделан, где он сделан, из какого дерева, чем покрыт, кто делал. Тысячи мыслей в секунду. — Сразу проникаете во всю суть явлений? А во время первитиновой интоксикации когда-нибудь возникало

ощущение, что Вы каким-то образом связаны с космосом? — Нет. — Особая связь с другими людьми была? — Да. — Какая? — Когда наркоманы колются, “винтовые”, у них в группе людей обязательно есть несколько подразделений. Некоторые во время интоксикации кусаются. Вроде даже никто ни с кем не разговаривает, а на самом деле один укусит может. — Когда-нибудь при первитиновой интоксикации было так, что Вы без умолку говорили, а кто-то слушал? — Да, конечно. — Сколько могло длиться это состояние, то что называется “сесть на уши”? — Час, не больше. — А вся длительность первитиновой интоксикации сколько продолжалась? — Поледний раз до вечера. На следующий день чувствуется, что нет больше сил. — Это были первитиновые циклы или отдельные дни? — Циклы. — Сколько обычно длился цикл? — Дней пять-шесть. — Сколько теряли в весе за эти дни? — Не взвешивался. В весе я не терял. — А со сном как было в эти дни? — Все пять-шесть дней не спал. — Отход тяжелый? — Я обычно напивался. — Сколько дней требовалось, чтобы восстановить сон? — Я не знаю. — Вы напивались для того, чтобы заснуть, потом прекращали. А потом что? — А потом снотворное. — Были галлюцинации на первитине? — Так один раз, чуть-чуть. — Зрительные? — Зрительные, но совсем чуть-чуть. Они как бы только начинались. — А на бензине, на растворителе были галлюцинации? — Так для этого и дышал бензином. — Какие там были галлюцинации? Зрительные? Слуховые? — В основном слуховые, если зрительные, то в двухмерном измерении. — Плоскостное изображение? — Да. — Черно-белое или цветное? — Цветное. — Вы могли выбрать те изображения, которые Вам хотелось, или они возникали совершенно произвольно? — Мог. — Что хотели, то и видели? — Я мог любую музыку себе заказывать. — А видения могли заказывать? — Да. — А когда Вы что-то слышали, это был голос реального человека или голос Бога? — Нет, это был даже не голос. — А что же? — Просто вкладывание какое-то в голову. — Мыслей? — Да. — Кто вкладывал? — Не знаю. — Приятные мысли вкладывались или отвратительные? — По-разному. — Но в основном приятные? — Да. — Сколько мог длиться этот процесс вкладывания мыслей? Минуты или часы? — Часы. — Бывало так, что прекратили прием всех веществ, а все равно временами возникало вкладывание мыслей? — Да, это есть. — Это до сих пор иногда бывает? — Да, редко, но бывает. — Как это бывает? Во время обеда или перед сном? В тишине или когда шумно? — Обычно в тишине. — Это вкладывание мыслей носит какой-то особый характер из-за их содержания, или сам процесс необычный? — Содержания. — Которым Вы ни с кем не делитесь? — ... — Бывает, что Вы отвечаете на вкладываемые мысли, или это всегда односторонний процесс? — Я

ведь должен что-то отвечать, так ведь? — Долго может идти процесс вкладывания мыслей Вам и Ваши ответы? — Долго, некоторые вещи долго. Год. Одна и та же мысль всегда вкладывается. — Как Вы на это реагируете? — Мне надо отвечать. — Вслух или про себя? — Действием. — Кто же вкладывает мысли? У Вас есть объяснение? — Есть. — Что это? — Это Бог, наверное. — Почему он Вас избрал объектом для вкладывания мыслей? Вы особый человек? — Нет, просто я этого не запрещаю. — Но Богу нельзя запретить. — Он просто не навязывает это никому. Если отказаться, то ничего не будет. — В Вашей жизни был период повышенной религиозности. Это было связано с вкладыванием мыслей или это отдельный процесс? — Нет, это не связано. К кому мне еще обратиться, если не к Богу. Тогда я начал искать Бога. — Это от чувства безысходности? А безысходность откуда идет? Это болезнь или личностная особенность? Или это судьба? — Я думаю, что это все-таки болезнь. — Когда началась болезнь? — Я думаю, что она началась давно, сколько я себя помню. — А в чем она выражалась, когда Вы еще дошкольником были? — Дошкольником я мало помню. — А в школе, в начальных классах, в чем болезнь выражалась? — У меня всегда за поведение неудовлетворительно, а я до сих пор не могу понять за что. — Ну Вы могли не слушаться учителя, Вам могло не нравиться то, что Вас просили сделать. — Нет, все нормально было, а все равно. Я же уже в третьем классе попал в психический санаторий. — Плохо спали? — Плохо спал, но мне в 2 года уже димедрол начали давать. — Вы допускаете, что психическое заболевание возникло потому, что Вас неправильно лечили, димедрол давали и что-то еще? — Да, есть такое предположение. Потому что димедрол все-таки препарат не слабый, а мне начали давать так рано. — Но давали, наверное, очень небольшие дозы? — Ну раз в день точно давали. — Когда-нибудь на протяжении последних лет Вам давали препараты, которые называются антидепрессанты? — На протяжении последних лет? — Да, ведь Вы же здесь лечились и в другом стационаре? В ПБ № 4, верно? — Да. — Там была только экспертиза, или Вас лечили? — Нет, там не лечили. — А в 17-ой больнице были? — Был. — Там лечение какое-то проводилось? — Проводилось. — Что Вам там давали? Какие препараты? — От печени что-то и для сна в основном. — А Вы им рассказывали то, что сегодня рассказали мне? — Рассказывал, да им-то какое дело до этого? Они говорят: “Мы тебя излечим от водки. А это уже сам разбирайся”. — Это Вам так сказали или это Ваша интерпретация? — Нет, мне так сказали в мае. — А Вы когда-нибудь обращались в диспансер, наркологический или психоневрологический? — Когда маленьким был, обра-

щался. — А взрослым? — Взрослым я обращался в наркологический диспансер и в психиатрический диспансер. — В психиатрическом какое лечение Вам назначали? — Сюда сразу направили. — И все? — Я им сказал: “Может Вы меня здесь полечите?” А они говорят: “Нет, в больницу”. — Какие у Вас планы на ближайшее будущее? — На работу идти, если меня еще не уволили, и пока все. — Никаких других планов нет? Вы ведь в том возрасте, когда люди думают о создании семьи. Или это для Вас не проблема? — Еще рано думать. — Вы считаете, что есть некий возрастной предел для вступления в брак? — Нет, умственный предел. Я еще умственно не готов к этому. — Почему же? Вы вроде школу кончили... — Но в школе не учат, как надо детей воспитывать. — А Вы считаете, чтобы вступить в брак, надо пройти курсы? — Надо хотя бы подумать, понаблюдать за другими. — Но в принципе, это для Вас не исключено? — Лучше взять соседского ребенка, попробовать, а потом уже своего. Потому что, я же не хочу, чтобы он был таким же как я и так же страдал. — Вы считаете, что страдание можно предупредить? — Предотвратить, если правильно начать. — Вы здесь, иногда жаловались на головные боли. Они сейчас есть или прошли? — Есть, по утрам. — Что болит? Виски? Затылок? — Иногда здесь, иногда вот эта часть (показывает), по-разному. — Кожа или где-то внутри? — Внутри. — И какая же это боль? Давящая? Распирающая? — То сдавливающая, а то как будто просто голова куда-то отходит. — Как это понять? — Вот она как будто здесь стоит, но она куда-то отходит. — Ощущение сдвига головы? — Да. — А в теле есть какие-то неприятные ощущения? — Нет, в теле все нормально. — Руки, ноги, сердце? — Все хорошо, вот единственное нерв иногда где-то защемляет, в районе сердца. — Что такое защемление нерва, как Вы это чувствуете? — Это, например, когда начинаешь куда-то поворачиваться и вдруг нерв куда-то не туда засунется, и боль сильная. — Можете показать в каком месте? — Это по-разному, то здесь, то там, но это мгновенно. Укол и сразу проходит. Или если я понервничаю, очень сильно начинает сердце болеть, рука немеет. Тогда я валидол пью. — Вы здесь читаете что-то, смотрите телевизор или обходитесь без этого? — Я учу английский. — А потребность знать, что происходит в стране, есть? — Нет. — Радио хоть слушаете? — А откуда у нас радио? — Радио нет, а телевизор? — Нет. — А дома? — Мало, я телевизор вообще не смотрю. Если я его смотрю, то с другой стороны. — Для того, чтобы починить? — Да. — А что показывают не интересно? — Абсолютно. — Бывает музыка, прекрасные концерты по пятой программе. — У меня есть магнитофон. Я что хочу, то и завожу.

Как Вы себе представляете дальнейшую жизнь? — Дальнейшую жизнь я себе представляю свободной, с семьей, в какой-нибудь деревне в старости, с какой-нибудь балалайкой в руке. — Почему не с гитарой? — А чтобы самодельная была. — А как же Вы говорили о болезни? — Я освобожусь от нее. Буду искать, как это сделать. Пока я пришел послушать вас, что вы скажете. — Мы сейчас будем обсуждать, а потом Вам доктор скажет результаты. — А потом я буду думать сам с собой об этом и что-то может быть приму. А что-то не приму.

А как с наркотиками? — Это все привычки, а с привычками можно хорошо поступить. Просто все это отбросить, потому что у меня есть опыт бросания и водки, и курева. Но все это связано с депрессией, которая у меня постоянно. Когда я шесть месяцев не пил, не курил и ничего не нюхал, я чувствовал себя хорошо, но вдруг неожиданно началась депрессия. Если бы я в это время обратился к врачу, то мог бы и не начать пить и нюхать опять. Поэтому я думаю, что если все-таки это заболевание уйдет от меня.. Нет, не если, а оно уйдет, то в моей жизни не будет ни водки, ни наркотиков. — Вам помогла эта госпитализация? — Помогла, я здесь как-то успокоился. Я здесь и себя увидел на фоне других, я здесь увидел совсем других людей и как-то я здесь изменился. Но я увижу это только дома, сейчас не могу сказать. — Дома у вас нормальная обстановка? — Нет, дома у меня папа больной такой же. — Такой же или по-другому? — Такой же. — Тоже с перепадами настроения? — Да, но у него это уже немножко запущено. — А с мамой какие отношения? — Хорошие.

Вы сказали, что у Вас, как у каждого человека, есть свое предназначение в жизни. А вот балалайка, это после того, как Вы его реализуете? — Да, после. — А избежать этого нельзя? — А может быть балалайка это и есть мое предназначение?

Когда выпишитесь, будете употреблять наркотики? — Буду стараться не употреблять, а там как получится. — Почему? — Потому что водка это вообще свинство какое-то, наркотики — это очень неудобно все, противно даже. — Они навредили Вам? — Да, навредили, водкой я еще больше подорвал свою психику, я мог бы быть сдержаннее. Наркотики нарушили мой сон и вообще просто состояние. Эти вещи все ухудшают, даже болезнь. — То есть возвращаться к наркотикам не думаете? — Если совсем уж плохо будет, тогда может и вернусь. — Вы сказали, что у отца все еще хуже, все запущено. А как это выглядит? — Со стороны? Разбитые стены, разбитые лица, разбитые души, разбитая семья. Вот так это выглядит. — Сколько отцу лет? — Сорок четыре. — Он не работает? — Работает. — Как он ведет себя

дома? — Он постоянно вздрагивает, нервничает по любому поводу. Ему не нравится, что по телевизору показывают. Ему не нравится, что я у него такой. Ему не нравится, что сестра у меня такая, что жена такая, что машина вот так, не нравится, что сосед вот такой. Это видно. У меня и дед такой был. Я когда начал у себя эту болезнь замечать, я начал спрашивать у своей бабушки: "Каким был дед и каким был прадед?" И я понял, что все они одинаковыми были. И если у меня будет сын, он будет таким же. А зачем мне это надо? Я сначала изменю себя, а потом... — Вы свое состояние называли депрессией, а у отца это есть? — Есть. — Как он справляется с этим, он делает что-нибудь? — Нет, он напивается. — Вы его видите подавленным, угрюмым? — Нет, он всегда задумчивый и молчаливый.

Когда Вы начали пробовать все эти вещества, это был как бы эксперимент над собой, или вы уже знали, зачем это делаете? — Это было просто, как игрушка, потому, что все делают, и я буду. — Все делали? — Все делали, да. Потом мне это понравилось. И у всех отошло, а у меня осталось. — А где Вы начали? Это было какое-то неформальное объединение или компания? — Это просто компания во дворе.

А. Г. Гофман. Спасибо, мы сейчас это обсудим, чтобы дать рекомендации и помочь Вам.

Врач-докладчик. Учитывая данные анамнеза, параклинические данные и результаты психологического исследования, можно думать о дифференциальном диагнозе между органическим процессом сложного генеза (травматического, интоксикация алкоголем и токсическими веществами) с аффективными колебаниями и психотическими состояниями и эндогенным процессом в рамках вялотекущей шизофрении с аффективными колебаниями, вторичным алкоголизмом и употреблением токсических и наркотических веществ.

А. Г. Гофман. Из антидепрессантов он получает леривон. Как он переносил леривон? Каковы суточные дозы? — В начале ему давали 30 мг, а затем 60 мг в сутки. Переносил хорошо, и было заметное улучшение. — Почему сразу после поступления, когда у него отмечалась угнетенность, вялость, апатия, не назначались трициклические антидепрессанты, амитриптилин или мелипрамин? — У него отмечалось спонтанное улучшение настроения: он стал активным, деятельным.

А. Ю. Магалиф. Статус больного в широком смысле депрессивный. Депрессивная оценка своего состояния, депрессивная оценка своей жизни, всех своих предков, себя в целом. Какая это депрессия? Безусловно, с эндогенным радикалом. Возникает внезапно, среди алкогольно-наркотической ремиссии, не связана ни с какими психическими травмами, имеет суточные колебания (правда с ухудшением к вечеру).

В молодом возрасте ухудшение депрессии к вечеру с тревожным компонентом всегда не очень хороший диагностический признак. Больной четко говорит о тревоге и очень нечетко мотивирует ее. Он пытался объяснить свою тревогу какими-то взглядами на жизнь, и было понятно, что депрессия имеет эндогенный радикал. Интеллект в целом высок. Он окончил поварское училище, все остальное. — самообразование. Занимается английским, телевизор не любит смотреть. Больной говорит о своем предназначении с элементом одухотворенности, хотя очень иронично нарисовал картинку в деревне с балалайкой в руках, как некую идиллию своего будущего. В его высказываниях проскальзывает многозначительность. В беседе из него постоянно приходилось вытаскивать ответы: он намекнет и молчит. Расстройств мышления я не уловил, какие-то специфические расстройства мышления можно обнаружить только в эксперименте. Больной диспластичен, гипомимичен.

Теперь в отношении заболевания. Наследственность четкая, и сам больной очень хорошо об этом сказал. У него постоянно присутствует сознание болезни, он считает себя психически больным человеком, склонен к самоанализу. Сам докопался до прадеда. И прадед такой, и дед, и отец. Говоря об отце, очень ярко обрисовывает картину: “И дом разрушен, и семья разрушена и души”. Говорит об этом с раздражением. Сказал, что похож на отца. Отец глушит свое раздражение водкой, и он тоже. Что можно сказать о течении болезни? Уже в 2-летнем возрасте обращались к врачу. Если говорить о преморбиде и манифестации, то здесь никаких изменений нет, все одинаково, нет сдвига, все укладывается в рамки возрастной патологии. Аффективные расстройства, по-видимому, проявлялись с детства. Детские психиатры часто видят девиантное поведение, в основе которого лежат аффективные расстройства. Я думаю, в основе его девиантного поведения также лежали аффективные расстройства. В дальнейшем присоединилась очень ранняя наркотизация в широком смысле этого слова. Картина наркотизации достаточно обычна, хотя были некоторые особенности, нетипичные для банальной наркотизации ингаляторами: это ощущение, что ему что-то вкладывали в голову, и преобладание слуховых обманов. Все органические растворители дают больше зрительных обманов, и что очень характерно — цветное плоскостное изображение. Больные говорят “мультки смотрим”, причем эти галлюцинации могут возникать по заказу. Здесь ничего необычного нет. Элемент сделанности прозвучал только в том, что ему что-то вкладывали в голову. Пьянство больного носило характер, свойственный пациентам с депрессией: ему от спиртного хуже, а он все равно пьет, оглушает себя, доводя дозы до двух литров в день. Потом резко прекращает, переходит на наркотики

или опять на алкоголь. Все, что он рассказал про первитин также вполне типично. Статус вообще полиморфный, но я не увидел того, что обычно бывает у наркоманов: ни легкости, ни манерности в поведении (я имею в виду манерность наркоманов). Его религиозность встраивается в его психотическую структуру. Он общается с Богом, полагая, что у него есть особое предназначение, склонен к поучительству и даже к проповедничеству. Это мы видели и в разговоре с А. Г., и в его позиции по вопросу семьи. Хотя он прав: какие дети, когда и прадед больной, и дед, и он сам. С этой точки зрения его оценка вполне реалистична. У него нет легкости суждений.

Теперь о лечении. Я думаю, что в первую очередь ему нужны антидепрессанты. То состояние, которое он сам отмечает как улучшение, наверное, результат действия теопредала. Это хороший для него препарат.

И. С. Павлов. Статус больного действительно депрессивный. Он жалуется на постоянную тревогу. Это тревога, о которой говорят, — тревога, не родившая острый психоз, задержавшаяся тревога. Характерно, что больной пытается решить проблему тревоги. Он чувствует, что не может нормально жить. Есть больные, которые этого не чувствуют, не страдают, а он чувствует и страдает. Поэтому он критически относится к своим родителям, к своей наследственности. Конечно, есть аффективные расстройства, депрессия с суточными колебаниями. Но за депрессией надо видеть апатоабулический синдром, негативную симптоматику. Депрессия маскирует у него эмоциональное уплощение. Я вижу у больного сочетание апатоабулического состояния и депрессивного синдрома. Лечение антидепрессантами нужно дополнить антипсихотическими препаратами, нейролептиками, которые бы воздействовали на негативную симптоматику. Здесь нельзя говорить о гретеровской форме шизофрении, когда алкоголизм смягчает течение болезни. Такие как он больные часто запивают и опускаются в жизни, чтобы “почувствовать жизнь”. Мне говорил один больной: “Опуститься до грязи, в лужу, чтобы что-то начать чувствовать и начать выбираться”. Такие больные пьют для того, чтобы уменьшить эту анестезию, ангедонию. Конечно, здесь нужно лечение и антидепрессантами, и нейролептиками.

Д. А. Пуляткин. Речь идет об эндогенном процессе непрерывного характера течения. Это не вялотекущая шизофрения, а бредовая и, вероятно, с неблагоприятным прогнозом, если учитывать имеющуюся уже сейчас эмоциональную дефицитарность. Он очень рационально и спокойно рассказывает о проблемах, связанных с его психическим здоровьем, и рассуждает при этом не как депрессивный больной, который от этого страдает. Это, на мой взгляд, неблагоприятный прогностический признак. Я думаю, что в

будущем присоединятся более яркие психотические явления.

А. Г. Гофман. Подведем итог. Начнем с психического статуса. Я думаю, что на всем протяжении пребывания больного в стационаре, доминирующим расстройством является депрессия. Структурно она достаточно сложна, потому что выявляются разные состояния. Например, достаточно хорошо описано состояние, которое было ближе к апатической депрессии (“ничего не интересует, ничего не надо”). В зависимости от того, как меняется психическое состояние, в структуре депрессивных расстройств, доминирует то элемент тоскливости, то тревоги, то апатии. Из этих трех компонентов и складывается характеристика на каждый день. Но в целом это тревожная депрессия. В чем ее особенность? В том, что эта тревога описывается больным совершенно необычно, и столь неопределенно, что иногда даже невозможно получить точную информацию, нужно задавать массу дополнительных вопросов. Обычно человек, находящийся в тревожной депрессии, волнуется по поводу своего здоровья, социального статуса, или по поводу того, что что-то может случиться с его близкими. Предметом тревоги и опасений этого больного является совсем другое: куда идет мир, каков политический статус? — Все это очень далеко от тревоги, которая развивается в рамках циклотимии или эндогенной тревожной депрессии. Его самооценка — это очень рациональный взгляд на себя со стороны, но это одновременно депрессивная самооценка, где будущее представляется не очень хорошим. Ведь иногда возникали суицидальные мысли, временами была депрессия с чувством безысходности. В то же время, когда он говорит, что он больной человек, и болезнь состоит в том-то и в том-то, это очень рациональное отношение к своему состоянию, и далеко не каждый больной в депрессии и даже в субдепрессии может так оценить свое состояние. Теперь по поводу оценки его мышления. Во многих ответах я увидел склонность к рассуждательству, причем она больше заметна тогда, когда с ним начинаешь говорить на неконкретные темы — предназначение в мире и религия. Его взаимоотношения с Богом и его религиозность выходят за рамки просто религиозности больного человека. Больной человек, верящий в Бога, он может говорить об этом, как любой верующий человек. Здесь все иначе. Обращение к Богу имело в своей основе депрессивную оценку. Он обратился к Богу, потому что была безысходность, и в религии он пытается облегчить свое состояние.

В динамике состояния совершенно отчетливо видны биполярные статусы. С одной стороны — депрессия, которая, видимо, доминирует и бывает достаточно длительной, с другой — периоды, когда по словам больного “все в порядке”. Тогда прекращается упо-

ребление наркотических и токсических средств, спиртных напитков, он доволен собой, и у него полное благополучие. На протяжении последнего времени заметно, что депрессивные расстройства учащаются и удлиняются и начинают определять его психический статус.

Когда это началось? Сейчас сказать трудно. Может быть, действительно, началось в детстве. У детей все атипично. Бессонница в детстве была совершенно непонятна, а бессонница это один из компонентов аффективных расстройств. Когда он стал старше, аффективные расстройства приняли более отчетливый характер. Как он начал бороться с этим? Так, как борются многие эндогенные депрессивные больные, которым вовремя не назначили лечение, и которые по опыту знают, что и как можно изменить. Конечно, первый опыт употребления алкоголя и различных летучих веществ было банальным. Он начал употреблять в компании, чтобы быть “как все”. Но когда стали возникать депрессивные расстройства, он уже знал, каким образом изменить свое состояние, и злоупотребление различными химическими агентами имело целью облегчить состояние. Водкой он это делал так, как обычно делают депрессивные больные. Тут известны два варианта: 1) пьют для того, чтобы смягчить состояние, и тогда это небольшие порции водки, и каждый знает, сколько нужно выпить, чтобы почувствовать облегчение; 2) выпивают оглушающую дозу, чтобы отключиться и не чувствовать мучительного депрессивного состояния. Больной выпивал до двух литров. Такая высокая выносливость к спиртным напиткам характерна, прежде всего, для тоскливой и в меньшей степени для тревожной депрессии. При апатической депрессии больные часто вообще прекращают пить и толерантность снижается.

Несколько слов по поводу потребления других веществ. Совершенно отчетливо видно, что клиника интоксикации летучими веществами: бензином, клеем, растворителем, была атипична. Например, доминирование слуховых обманов. К тому же при расспросе выяснилось, что это не столько слуховые обманы, сколько вкладывание мыслей, которое впервые появилось в интоксикации, но потом — и это самое неприятное — продолжается вне всякой интоксикации. Вкладывание мыслей идет на протяжении года, причем он говорит, что вынужден отвечать поступками. Это общение с какой-то другой силой, которую он воспринимает как силу, вкладывающую ему мысли в нужном направлении. Интоксикация это выявила или что-то сдвинула, обострила. Сейчас это настоящие автоматизмы. Бредовой трактовки пока нет или не удастся выявить. Есть только намек на это: Бог что-то делает, есть особое предназначение, хотя эти разговоры не получают полного развития.

Таким образом, на протяжении последнего года на фоне доминирования аффективных расстройств, преимущественно депрессивных, произошло присоединение идеаторных расстройств в виде автоматизмов и, возможно, неразвернутого бреда. Какая есть органическая патология? Есть неврологический статус, данные объективного обследования, кое-что есть и в состоянии. Если человек в депрессии лежит и готов ответить бранью и агрессией, когда к нему обращаются, — это дисфорический компонент, который чаще всего отражает органическую патологию. По данным патопсихологического исследования также есть некоторые органические признаки, однако сейчас они завуалированы расстройствами мышления и аффективными расстройствами. Вероятно, это резидуальная органика. Вряд ли это связано только с травмой или употреблением токсических веществ. Я думаю, что это было раньше. Это, скорее, более ранняя детская органика, которая сейчас проявляется. Никакого прогрессирования органических расстройств нет. Больной говорит о головных болях очень неопределенно: болит то там, то здесь, то сдавливает, то распирает. У органиков голова болит всегда одинаково, или приступами, или постоянно. У него — всегда по-разному и сопровождается какими-то своеобразными ощущениями. Голова, как бы, отворачивается в сторону. Эти патологические ощущения, для которых нет достаточных оснований, больше похожи на сенестопатии.

Как оценивать его состояние? По-моему, это эндогенное заболевание, и поскольку имеется нарастание симптоматики, — прогрессирующее заболевание. Можно сказать, что это шизофрения у резидуального органика. Форму шизофрении определить сложно. Превалирование аффективных расстройств всегда наводит на мысль, что это циклотимоподобная, то есть, относительно благоприятная форма шизофрении. Когда уходят аффективные расстройства, обнаруживается, что глубина дефекта невелика. Но здесь идет нарастание продуктивной симптоматики, появляются автоматизмы. Это говорит о том, что прогрессивность больше, чем должна быть в рамках малопродвинутой шизофрении, и омрачает прогноз.

Теперь об особенностях интоксикации первितिном. Здесь больной не сказал ничего такого, чего не может быть. Первитин — это название обработанного по определенной методике эфедрина. Иногда его называют словом “винт”, иногда первитин. Ускорение темпа мышления, возбуждение, многословие и синдром, который наркоманы называют “сесть на уши” (многочасовые разговоры, когда один слушает, а дру-

гой говорит) — это все абсолютно типичные вещи. Желание сделать добро другим людям, этот бьющий через край альтруизм, может испытывать при приеме первитина любой человек. Больше того, очень многие депрессивные больные и употребляют первитин для того, чтобы от своего мучительного состояния перейти к состоянию счастья, испытать в этой беспросветной тоскливой жизни хоть какой-то отрезок времени, когда можно почувствовать себя счастливым. Здесь нет ничего атипичного. Необычным являются вербальные галлюцинации и вкладывание мыслей.

Какое нужно лечение? Я думаю, что без антидепрессантов ничего нельзя сделать. Пока у него будет пониженное настроение, будут попытки изменить его с помощью наркотиков, токсических веществ, алкоголя. Достаточно ли только антидепрессантов? Если у человека появляются психические автоматизмы, нужно присоединять нейролептик, в данном случае — какой-то мягкий нейролептик, так как мы имеем дело с резидуальным органиком с неврологической симптоматикой. Можно попытаться использовать этаперазин, препарат, который и повышает настроение, и является мягким антипсихотиком. Антидепрессанты надо подбирать. На последней конференции А. Б. Смулевич говорил, что при атипичных депрессиях лучше помогают серотонинэргические антидепрессанты. Не исключено, что нужно будет использовать именно эти препараты. Достаточно ли 60 мг леривона? Это приличная доза. Здесь остается широкое поле для того, чтобы амбулаторно подбирать терапию, которая может быть эффективной, но одновременно надо начать давать ему этаперазин, который не вызовет побочного эффекта и поможет преодолеть депрессию.

В заключение можно сказать, что не так часто бывает, чтобы у человека, в течение многих лет злоупотребляющего алкоголем, наркотиками и токсическими веществами, в статусе не было никаких характерных черт. Если бы мы не знали анамнез, сказать, что перед нами наркоман, алкоголик совершенно невозможно. Никаких ассоциаций ни алкогольных, ни наркоманических психолог не увидел. Так бывает у эндогенных больных. Такой больной должен наблюдаться только у психиатра, потому что если наркологи оценят его состояние как следствие злоупотребления наркотиками и алкоголем, то будет неадекватное лечение. Поэтому он должен наблюдаться в ПНД, и участковый психиатр должен подбирать препараты в соответствии с изменением психического статуса. При этих условиях ему можно будет помочь и облегчить ему жизнь.

ЗА И ПРОТИВ УЖЕСТОЧЕНИЯ БОРЬБЫ С ПОТРЕБИТЕЛЯМИ НАРКОТИКОВ Лечить или убивать?

Окончательно оформившаяся с принятием федерального закона “О наркотических средствах и психотропных веществах” государственная политика в отношении наркотиков предлагает на вынесенный в заглавие этой статьи вопрос не самый гуманный ответ. Проблема наркомании как болезни подменяется кампанией “борьбы с преступностью”. Врач превращается в полицейского. Два противоположных дела — лечение больных и наказание преступников — становятся единым целым.

Наркомания занимает старинное место проказы. Массовое сознание приучается видеть спасение общества только в изоляции наркоманов. Между тем изоляция в ее современном российском виде — синоним пыток и смерти: от кислородного голодания в битком забитых камерах и просто голода, от побоев, от туберкулеза.

Ко мне на прием приходят родители и говорят: “Когда мы узнавали, что наши дети становятся наркоманами, мы думали, что не может быть ничего страшнее. Но то, что делают с нашими детьми милиция, прокуратура, суды, страшнее в тысячу раз”.

Да, наркоман, подталкиваемый зависимостью, становится зачастую распространителем. Но более 90 процентов из десятков тысяч молодых людей, заключенных за наркотики в СИЗО и колонии, — это потребители. Таковы официальные данные МВД России за 1997 год.

Ответственность за незаконное хранение и приобретение наркотиков без цели сбыта прописана в УК давно — с 1974 года (хотя ранее, с 1961 года, та же 224 статья УК РСФСР предусматривала ответственность только за деяния, связанные со сбытом). Конечно, до перестройки распространение наркотиков не было столь массовым. Но с конца 80-х до середины 90-х, несмотря на массовое подключение россиян к наркокультуре, правоприменительная практика была иной. Правовая политика была иной. Несколько лет назад (году в 95-м) произошел перелом.

Авторы федерального закона о наркотических средствах, вступившего в силу 15 апреля 1998 года, на обвинения в раскручивании репрессий по отношению к потребителям обычно отвечают: ответственности за потребление новый закон не устанавливает.

И это справедливо, несмотря на имеющуюся в законе запись: “В Российской Федерации запрещается

потребление наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача” (ст. 40). Хотя есть запрет, но, действительно, нет санкций. Санкции же могут быть установлены только кодифицированным уголовным законодательством, которым — пока — потребление запрещенных веществ к преступным деяниям не отнесено. А раз санкций нет, значит, и запрет, включенный в новый закон, остается, с правовой точки зрения, декларативным.

Отметим, для полноты картины, что действует двусмысленная и мало применяемая на практике норма административного кодекса (статья 44). Двусмысленность ее в том, что, будучи озаглавленной “Незаконные приобретение или хранение наркотических средств в небольших размерах, либо потребление наркотических средств без назначения врача”, в своей диспозиции статья не содержит упоминания о потреблении, указывая только на приобретение и хранение и определяя за это правонарушение (без упоминания потребления) наказание от штрафа до ареста на 15 суток. Название статьи не может определять состава ответственности. Следовательно, можно говорить, что и в порядке административном потребление наркотиков не рассматривается как правонарушение.

Не стоит, однако, утешаться этим формальным либерализмом. На практике потребление наказывается, потребитель становится “преступником”, более того — основной жертвой “борьбы с наркотиками”. Все речи о том, что за потребление у нас не сажают, — лицемерие (такие разговоры любят вести на публике начальник управления МВД по борьбе в незаконным оборотом наркотиков (УБНОНа) генерал А. Сергеев и автор закона о наркотиках депутат Н. Герасименко). К сожалению, они не уточняют, что наркотики не падают на землю в виде дождя и, как правило, не растут в готовом виде на грядках. Чтобы потребить, необходимо приобрести. Между тем за их приобретение и хранение без цели сбыта предусмотрены и применяются самые суровые наказания.

Этот процесс преследования людей, никому не причинивших зла, достиг уже чудовищных масштабов. Закон лишь концептуализировал развернутую ранее государством кампанию по уничтожению сотен тысяч молодых россиян.

По данным МВД России (доклад начальника отдела Управления по борьбе с незаконным оборотом нар-

котиков (УБНОНа) подполковника Бориса Целинского), в 1997 году выявлено 185 тысяч преступлений, связанных с наркотиками, что на 91 % больше, чем в 1996-м. То есть, за один год “наркопреступность” якобы выросла почти в два раза. Возможно ли это? Чем принципиально отличается 1997 год от 1996-го или 1995-го? Что это за преступления, и кто — преступники? УБНОН утверждает, что из указанного количества более 69 тысяч преступлений квалифицируются как тяжкие и особо тяжкие.

В свою очередь Генеральная прокуратура России сообщает, что в 1997 году за незаконный оборот наркотических средств и психотропных веществ по статье 228 Уголовного кодекса РФ было осуждено 63 458 лиц (плюс 537 человек по статье 234 УК РФ за незаконный оборот сильнодействующих и ядовитых веществ). Из них по части 1 статьи 228 (за приобретение или хранение без цели сбыта) осуждено 43 402 лица. Таким образом потребители, приобретавшие и хранившие эти средства исключительно для себя, составили около 70 % от числа осужденных в прошлом году по делам, связанным с наркотиками. Это десятки тысяч человек за один год — и сотни тысяч за несколько лет, учитывая, что десятки тысяч уже посажены в 1998 году, а из названных 102 тысяч привлеченных в 97-м тридцать с лишним тысяч еще ожидают (в основном — в следственных изоляторах) решения своей участи.

Правда, приобретение и хранение приобретают состав преступления лишь в отношении крупных размеров наркотиков. Так говорится в УК. Но УК умалчивает о том, какой размер должен считаться в уголовном правоприменении крупным, какой — особо крупным.

Нормальный человек, читая о раскрытых преступлениях с особо крупными размерами, представляет себе мешки зелья. Но это не так. Крупным размером марихуаны считается сегодня 0,1 г, кокаина — 0,01 г, опия — 0,05 г, героина — любое количество, не превышающее 0,005 г (то есть тысячные доли). Особо крупный размер (влекущий, по части четвертой статьи 228, от семи до пятнадцати лет с конфискацией имущества за перевозку): для кокаина — 1 г, опия — 5 г, героина — 0,005 г. Пятнадцать лет за один грамм кокаина — как за убийство с отягчающими обстоятельствами.

Откуда эти цифры — из страшного сна, фантастического романа, апокалипсиса?

Хотя ни одним законом такого не предусмотрено и предусмотрено быть не может, таблица размеров наркотических и психотропных веществ, откуда взяты эти цифры, утверждается работающим на общественных началах Постоянным комитетом по контролю наркотиков во главе с академиком Э. А. Бабаевым. Все без исключения уголовные дела (сотни тысяч дел!) основаны на данных этой таблицы, и других

данных о размерах у следователей нет. Суды же, по традиции, послушно бредут по пути, проложенному обвинительным заключением, и также по традиции во всем доверяют таблице уважаемого академика. Независимая экспертиза, оценка количества, основанная на конкретных обстоятельствах, суду не нужна. Такого, конечно, нет в законе. Напротив, Постановлением Пленума Верховного Суда РФ от 27 мая 1998 года вопрос об отнесении средств и веществ к небольшому, крупному, особо крупному размеру “должен решаться судом в каждом конкретном случае исходя из их количества, свойств, степени, степени воздействия на организм человека, других обстоятельств дела и с учетом рекомендаций, разработанных Постоянным комитетом по контролю наркотиков”. На практике руководствуются лишь последним — утвержденной Бабаевым Сводной таблицей размеров.

Министерство юстиции, с одной стороны, утверждает, что таблица Постоянного комитета по контролю наркотиков “не может рассматриваться в качестве нормативного правового акта”, ибо “как сам Комитет, так и Сводная таблица заключений соответствующую государственную регистрацию в Минюсте России не проходили” (письмо заместителя министра В. Энгельсберга в Государственную Думу от 29.08.98). С другой стороны, по заявлению самого Постоянного комитета, только после его заключения конкретный препарат является “с правовых позиций” наркотическим средством, психотропным или сильнодействующим веществом. “Официальные толкования и разъяснения по данным спискам входят в компетенцию только Постоянного комитета по контролю наркотиков и его президиума” (из примечаний к спискам, подписанных Э. А. Бабаевым; “Фармацевтический вестник”, № 13, 1998). Более того: в пояснениях к Сводной таблице Бабаев запрещает ее любое тиражирование или ксерокопирование без специального разрешения комитета, тем самым засекречивая документ, на основании которого гражданин, зачастую сам того не подозревая, становится преступником. При этом, по-видимому, с разрешения Бабаева, таблица перепечатывается во всех справочниках для следователей как руководство к действию.

Формулируя 228-ю статью нового УК, законодатель — хотя бы в части хранения и приобретения — исключил ответственность за небольшие размеры. Но, упредив вступление нового кодекса в силу, дремлющий Постоянный комитет начал вдруг, как по волшебству, считать размеры по-другому. Пока ответственность за небольшие размеры существовала, крупным размером, например марихуаны, считалось у Бабаева 500 г. И это действительно довольно много. Когда же небольшие размеры были из УК исключены, 500 г марихуаны превратились в “крупный” 0,1 г, килограмм высушенной маковой соломки — в “крупный” 0,3 г.

Так воля либерального законодателя была превращена правоприменителем в нечто прямо противоположное.

За столь малые “крупные” размеры авторов нового УК действительно не в чем упрекнуть. Может быть, зная сложившуюся практику, они могли указать в примечании к 228 статье о необходимости утверждения таблицы размеров федеральным законом. Но это предложение не бесспорно. Скорее всего, было бы правильнее определять количество в каждом отдельном случае на основе декларированного в Уголовном кодексе принципа справедливости, и проводить по каждому уголовному делу самостоятельную экспертизу, устанавливая крупный или особо крупный размеры, исходя из объективных критериев (возможность извлечения прибыли или сверхприбыли из данной массы, его явная избыточность для одного потребителя и другие обстоятельства дела, как на то указывается в цитированном выше Постановлении Пленума).

Однако особой эйфории Постановление Пленума не вызывает. В целом оно также служит звеном репрессивного механизма по борьбе с потребителями. Так, Пленум уточняет, что “ответственность за хранение наступает независимо от его продолжительности” (начиная от доли секунды), а под незаконным сбытом следует понимать не только продажу и дачу

взаймы, но и дарение и даже введение инъекций одним лицом другому.

Очевидно, что если власти преследуют цель посадить два миллиона россиян (а повсюду трубят о таком, если не большем, количестве потребителей), то для полноты антинаркотических мер не хватает разве что прописанной ответственности за потребление. Если же рассматривать сложившееся положение как ненормальное и идти по пути декриминализации сферы потребления, то есть направлять государственные ресурсы на лечение и реабилитацию, а не на увеличение тюремного населения, то первым (хотя не единственным) шагом должна стать замена санкций за незаконное приобретение, хранение и перевозку без цели сбыта на меры наказания, не связанные с лишением свободы (принудительные работы, исправительные работы, штраф). Также следует пересмотреть полномочия (а, может быть, и состав) Постоянного комитета по контролю наркотиков, если надобность в таком комитете вообще имеется. Сводная таблица во всяком случае должна быть возвращена к оценке размеров, действовавшей до 1997 года.

Распропагандированная “борьба с наркотиками” — это война с молодым поколением россиян. Потому что десяткам и сотням тысяч, сидящих за наркотики в СИЗО и колониях, — меньше 25-ти, а то и 20-ти лет.

Лев Левинсон

Приложение: Наркотики и законы

Поправки к УК

На рассмотрении рабочей группы Комитета Госдумы по законодательству и судебной реформе находятся поправки к ст. 228 Уголовного кодекса РФ (статья предусматривает ответственность за незаконный оборот наркотических средств и психотропных веществ).

Предложения, внесенные депутатами Виктором Илюхиным и Валерием Борщевым, противоположны.

Если поправки председателя думского комитета по безопасности Илюхина направлены на введение уголовной ответственности за потребление наркотиков, то, по законопроекту Борщева, предлагается смягчение санкций за не связанное со сбытом незаконное приобретение и хранение наркотиков. Согласно предложениям Борщева, за преступления, не связанные со сбытом, не следует применять лишение свободы, заменив его альтернативными видами наказания: обязательными работами, исправительными работами, штрафом.

Генеральный прокурор России Юрий Скуратов на состоявшемся в июле координационном совещании работников правоохранительных органов высказался

за введение уголовной ответственности за немедицинское потребление наркотических средств.

Распоряжение Президента

Значительные бюджетные ассигнования предусматривает проект федеральной целевой программы “Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотическими средствами, психотропными веществами и их незаконному обороту на 1999–2001 годы”. Распоряжением Президента России от 17 сентября 1998 года № 343 Правительству предписано утвердить данную программу в IV квартале 1998 года.

Распоряжение издано в целях реализации закона “О наркотических средствах и психотропных веществах” и предусматривает также создание до 1 января 1999 года специального федерального внебюджетного фонда и разработку “комплекса мер по проведению в средствах массовой информации, в которых государство имеет контрольный пакет акций, антинаркотической пропаганды”.

Постановление Правительства Москвы

11 августа 1998 года мэром Москвы Ю. Лужковым подписано Постановление № 622 “О мерах по предупреждению распространения наркомании среди несовершеннолетних”, предписывающее, в частности, Главному управлению внутренних дел города совместно с Комитетом здравоохранения в 2-месячный срок разработать и утвердить инструкцию о порядке взаимного обмена информацией между учреждениями здравоохранения и органами внутренних дел о несовершеннолетних, употребляющих наркотические средства, психотропные и иные одурманивающие вещества, о взрослых наркоманах, имеющих несовершеннолетних детей.

Список сильнодействующих веществ

В “Фармацевтическом вестнике” (№ 13, 1998) опубликован измененный Список сильнодействующих и ядовитых веществ по состоянию на 1 июня 1998 года, утвержденный Постоянным комитетом по контролю наркотиков. Список включает солутан, теофедрин, реладорм, циклодол, эфедрин и другие препараты. Незаконный оборот данных веществ с целью сбыта предусматривает ответственность по ст. 234 УК РФ.

Предполагаемое действие или упрощенные процедуры

Двадцатой специальной сессией Генеральной ассамблеи ООН, состоявшейся в июне, принята резолюция о мерах по укреплению международного сотрудничества в борьбе с мировой проблемой наркотиков. Для усиления контроля над стимуляторами амфетаминового ряда и их прекурсорами (так называемые “экстази”, “попкорн”, “лет” и другие) Генеральная ассамблея предлагает применять на выбор одну из следующих моделей: чрезвычайные (упрощенные) процедуры определения списочного статуса веществ, или “контроль в целях преследования в уголовном порядке, основанный на схожести химической структуры и известном или предполагаемом фармакологическом действии”.

Проект резолюции разработан возглавляемым Пино Арлакки комитетом по наркотикам ООН.

По мнению CORA (международная неправительственная организация, выступающая против репрессивной политики в отношении наркотиков), решения специальной сессии являются продолжением “глобальной войны с наркотиками, причиняющей сейчас больше вреда, чем злоупотребление наркотиками само по себе”.

Убивать или предупреждать убийство?

В статье Л. Левинсона “Лечить или убивать?” изложена в несколько завуалированной форме позиция тех, кто хотел бы легализовать злоупотребление наркотиками и отказаться от мер по защите общества от распространения различных видов наркомании. По мнению Л. Левинсона, осуждение лиц, совершивших правонарушения, предусмотренные статьей 28 УК РФ, это и есть убийство наркоманов и даже война с молодежным поколением россиян. Убийством это становится потому, что в СИЗО умирают от кислородного голодания, а в колониях — от побоев и туберкулеза легких. С таким же успехом можно было бы утверждать, что осуждение за изнасилование — тоже убийство и война с молодежью, так как этот вид преступлений старикам не свойственен. Конечно, легче всего опровергать собственные утверждения, труднее — реальные факты. Ошибочно думать, что проблема наркомании — это только проблема болезни. Каждый наркоман тратит огромные средства на покупку наркотиков и только единицы имеют легальные доходы, позволяющие приобретать ежедневно наркотики по ценам черного рынка. Откуда же берутся эти средства? В основном, за счет торговли наркотиками. Наркоман покупает наркотические средства там, где они

продаются подешевле, а продает там, где они стоят дороже. На вырученные деньги приобретаются наркотики для собственного потребления. В процессе этой торговой деятельности наркоман снабжает наркотиками других лиц, приобщая их к наркомании или способствуя развитию заболевания, т.е. ухудшению состояния здоровья. Кроме того, часть наркоманов воруют все, что можно украсть и у кого угодно. Некоторые получают деньги от распространителей наркотиков за то, что транспортируют наркотические средства и приобщают к потреблению наркотиков тех, кто ради любопытства готов перепробовать все, что предлагают. Наркоманы — главные распространители СПИДа, они сами умирают от этой инфекции и способствуют смерти других, заражая их смертельным заболеванием. Известно, что наркомания ведет к росту самых различных видов преступности, укорачивает жизнь самих наркоманов и лиц, приобщенных ими к потреблению наркотиков. Те, кто не умирают, не могут вести полноценную жизнь. Любой наркоман вольно или невольно становится распространителем наркомании, так или иначе способствуя привлечению к потреблению наркотиков других лиц, преимущественно молодого возраста. Все это хорошо известно,

отражено в любом руководстве. Как же можно писать, что наркоманы — это лица, никому не причиняющие зла? Проблема наркомании — не только индивидуальная проблема конкретного наркомана, она всегда имела и имеет социальный аспект, что и нашло отражение в законодательстве. Нелепой представляется постановка вопроса — лечить или наказывать преступника. Конечно, любого наркомана при его желании надо лечить. И никто никогда не отказывал больным наркоманией в лечении. Их обязывают лечиться даже в местах лишения свободы. Сейчас возрастает число лечебных учреждений, оказывающих помощь больным наркоманией. Но разве оказание помощи исключает ответственность наркомана за нарушение закона? Неужели больной наркоманией не должен отвечать за совершение преступления только потому, что он болен? Больной наркоманией вправе выбрать лечение и прекращение приема наркотиков или продолжение наркотизации и нарушение закона. Он отвечает за свое решение. Борьба с наркоманией продиктована стремлением государства предотвратить наступление социальной, физической и психической неполноценности, а также преждевременной смерти своих граждан от потребления наркотиков. Какие существуют для этого пути? Во-первых, борьба с незаконным оборотом наркотиков (недоступность границ для транспортировки наркотиков из-за рубежа, пресечение деятельности подпольных лабораторий, борьба с хищением наркотиков и их индивидуальным изготовлением и т.д.). Во-вторых, преследование тех, кто распространяет наркотики, торгует ими или изготавливает их. В-третьих, лечение лиц, страдающих наркоманией (тех, кто совершил или не совершил преступления). Никакого противопоставления этих мероприятий друг другу никогда не было и нет. Только необходимо помнить, что лечение пока недостаточно эффективно и профилактические меры намного действеннее.

Что касается юридической стороны дела, то в статье она изложена весьма тенденциозно. Почему крупный или особо крупный размеры наркотического средства следует определять, исходя только из веса наркотика? Наркотик — не пищевой продукт. Исходить надо из тех последствий, к которым может привести употребление той или иной дозы. Несколько введений стимуляторов (в том числе и кокаина) могут вызвать болезненное пристрастие и сделать человека наркоманом, 1 г кокаина может вызвать психоз. Поэтому не следует ужасаться тому, что за 1 г кокаина следует такая суровая ответственность. С этого грамма для кого-то начинается путь к преждевременной смерти или психической и социальной неполноценности. Это же самое можно сказать о героине, потребление которого грозит превратиться в национальную

трагедию. Почему при оценке размеров наркотического средства надо вернуться к нормативам, существовавшим до 1997 года? Положение в стране с ростом наркомании с каждым годом быстро ухудшается, возрастает доля лиц, зараженных ВИЧ-инфекцией. На это государство не может не реагировать. Именно поэтому Постоянный комитет по контролю наркотиков получил своевременное поручение от Правительства разработать списки наркотиков, психотропных, сильнодействующих и ядовитых веществ и определить, что считать крупными и особо крупными размерами. Почему же суды опираются в своей деятельности на рекомендации (!) Комитета? Видимо потому, что учитывают в отличие от автора статьи всю совокупность обстоятельств, в том числе образ жизни наркомана, способы приобретения наркотика, расходы на эти приобретения и многое другое. Ни к нормально работающим судам, ни к Постоянному комитету никаких претензий быть не может. Но в одном Л. Левинсон прав. Постоянный комитет включает сотрудников, работающих в нем на общественных началах. Это специалисты, делегированные соответствующими учреждениями для работы в межведомственной организации, каковой является Комитет. Комитет не самоорганизовался, а был создан по решению Правительства при МЗ СССР, а теперь при МЗ Российской Федерации. Члены Комитета за дополнительную работу денег не получают. Поэтому работают добросовестно и не подвластны коррупции. На Комитет нельзя оказывать давление и заставить принять решение, угодное какому-то ведомству или наркобизнесу. Решения Комитета — это всегда коллективные решения высококвалифицированных специалистов, представляющих ряд министерств и ведомств. Все принимаемые решения имеют правовую основу, в этих решениях отражено стремление помочь государству в борьбе с распространением наркомании.

Содержащиеся в статье бездоказательные выпады (например, решение Пленума Верховного Суда РФ преследует репрессивные цели, власти хотят посадить за решетку 2 миллиона молодых россиян, и так далее) в конечном итоге направлены на то, чтобы освободить от всякой ответственности наркоманов за совершение преступлений, т.е. легализовать потребление наркотиков.

Если это осуществится, тогда действительно можно будет сказать, что начато истребление молодого поколения, ибо преграда для потребления наркотиков исчезнет и будет гарантирован рост наркомании, т.е. увеличение смертности от передозировки наркотиков, от гепатитов, поражения внутренних органов и мозга, от СПИДа.

А. Г. Гофман

По следам выступления г-на Л. Левинсона

Понимание и сочувствие вызывает позиция г-на Левинсона, критикующего российскую репрессивную политику в отношении больных наркоманиями (токсикоманиями) и вообще — потребителей наркотических (психотропных) средств, которая позволяет подменять борьбу с наркотиками борьбой с потребителями наркотиков, являющихся в большинстве случаев жертвами тех же наркотиков.

Эта опасная тенденция, как представляется, действительно присутствует в российском законодательстве. Об этом свидетельствует наличие в УК РФ нормы, предусматривающей ответственность за незаконное приобретение или хранение наркотических средств или психотропных веществ без цели сбыта (ч. 1 ст. 228), и запрет на немедицинское потребление наркотиков, декларированный Федеральным законом “О наркотических средствах и психотропных веществах”. В связи с последним полезно вспомнить, что Комитет конституционного надзора СССР в 1991 г. признал несоответствующим Конституции Союза введение в 1987 г. уголовного наказания за немедицинское потребление наркотиков, в связи с чем его пришлось отменить. У нас сейчас, как известно, конституция демократическая, однако в Госдуме обсуждаются законопроекты о возврате к административной или уголовной ответственности за немедицинское потребление наркотиков, и эти законопроекты имеют, как говорят, хорошую законодательную перспективу.

Наконец, как правильно отметил г-н Левинсон, в указанном тенденциозном ряду находится и странная история с трансформацией концовки ч. 1 ст. 228 УК. Законодатель ввел ответственность за незаконное хранение или приобретение наркотических средств или психотропных веществ без цели сбыта только в крупных размерах. УК РФ должен был вступить в действие с 1.01.97 г., а 17.12.96 г. Постоянный комитет по контролю наркотиков (ПККН) пересмотрел свой Перечень крупных и особо крупных размеров количества наркотических средств и психотропных веществ в сторону значительного снижения размеров. В результате небольшие размеры наркотиков исчезли из милицейских протоколов, т. к. на практике любое количество некоторых популярных наркотиков (например марихуаны, опия, героина, кокаина и др.), обнаруживаемых в незаконном хранении, наверняка подпадало под “крупные размеры”. Тем самым смысл ч. 1 ст. 228 УК был полностью дезавуирован. Вот что писал ПККН по этому поводу в примечаниях к указанному Перечню: “В действующих сводных таблицах заключений ПККН по ряду веществ отсутствуют небольшие размеры в связи с особой опасностью этих веществ и полным запрещением их для производства,

импорта и применения на людях. Соответственно эти вещества в любом количестве не могут находиться во владении физических и юридических лиц. Исходя из сказанного любые количества этих веществ Комитет всегда расценивает как крупные размеры”. Так ПККН вмешался в антинаркотическую политику и поправил законодателя.

Сравнение нового УК РФ, введенного в действие с 1997 г., со старым УК РСФСР, действовавшего с 1961 г., показывает значительное ужесточение уголовного преследования участников незаконного оборота наркотиков как в смысле состава преступлений, (было 3 статьи с 6 частями в общей сложности, стало 7 статей и 20 частей), так и санкции за них. По старому кодексу максимальной санкцией было 10 лет лишения свободы с конфискацией имущества или без таковой, по новому — 15 лет с конфискацией. Тем самым незаконное хранение или приобретение с целью сбыта особо крупных размеров любого наркотика, например, 0,0001 ЛСД было приравнено по общественной опасности к убийству.

В чем причина такой жестокости? Во-первых, наверное, в нашей российской ментальности, непоколебимой никакими фактами вере в силу насилия, эффективность запретов, в рудиментах имперского мышления с его пренебрежением к личности, в двойственной оценке наркоманий (болезнь и преступление одновременно). Во-вторых, — в резком ухудшении показателей криминальной и медицинской статистики, связанной с наркотиками. В-третьих, — в почти полном отсутствии государственной системы профилактики наркоманий, в связи с чем правоохранительные и правоприменительные структуры ощущают себя единственным и последним бастионом сопротивления эпидемии наркотизма. Пока сохраняется такая ситуация можно прогнозировать лишь ужесточение уголовного законодательства. Резервы для этого еще есть. Например, можно понизить возраст уголовного преследования по всем антинаркотическим статьям с 16 до 14 лет, увеличить до предела санкции по статьям, признать все преступления, связанные с наркотиками, тяжкими со всеми вытекающими из этого обстоятельствами и т.д.

Можно однако понять тех, кто сомневается в том, что ужесточение санкций к участникам незаконного оборота наркотиков соответствует одному из важнейших принципов уголовной ответственности — принципу справедливости (ст. 6 УК), который гласит: “Наказание и иные меры уголовно-правового характера, применяемые к лицу, совершившему преступление, должны быть справедливыми, то есть соответствовать характеру и степени общественной опасности

преступления, обстоятельствам его совершения и личности виновного”. У населения свои, довольно стойкие представления о справедливости, и может быть наши скромные успехи в борьбе с незаконным оборотом наркотиков (НОН) объясняются, в частности, и недостаточной легитимностью в народе уголовных санкций в отношении участников НОН, и особенно потребителей наркотиков.

Справедливости ради надо заметить, что репрессии в отношении потребителей наркотиков не ограничиваются только рамками Уголовного Кодекса. Семейный Кодекс РФ (ст. 69) предусматривает возможность лишения больного наркоманией родительских прав только за сам факт наличия у него этой болезни. Более того, если родитель, лишенный родительских прав, систематическим нарушением правил общежития делает для ребенка невозможным совместное с ним проживание, что при желании легко доказать в случае наркомании, то такой родитель может быть выселен со своей жилплощади в соответствии со ст. 98 Жилищного кодекса РСФСР без предоставления ему другого жилья. Суд может также освободить супруга от обязанности содержать другого нетрудоспособного нуждающегося в помощи супруга, если нетрудоспособность его наступила в результате злоупотребления наркотиками (ст. 92 Семейного кодекса РСФСР). Наркомания и токсикомания (без всяких уточнений) являются противопоказанием для осуществления определенных видов профессиональной деятельности, а также деятельности в условиях повышенной опасности. Больной наркоманией (токсикоманией) может быть поставлен на диспансерный учет, что автоматически влечет за собой значительное ограничение его в правах, самыми безобидными из которых являются отказ в выдаче водительских прав и права на приобретение оружия. Список ограничения в правах потребителей наркотиков можно было бы продолжить.

Почему же потребитель наркотиков или больной наркоманией, сам потерпевший от наркотиков, отдувается за наркомафию? Потому, что он идентифицируется с преступником, ему приписывают злой умы-

сел, его зависимость от наркотика воспринимается только как стремление к удовольствию, “кайфу”, непривычному”, чуждому для обычных, “правильных” людей. В этом есть нечто иррациональное. По своей общественной значимости, степени общественной опасности, по своим негативным медико-социальным последствиям, например, по вкладу в заболеваемость, смертность, самоубийства, ущерб для бюджета, трудовым потерям, даже по криминогенности — потребление наркотиков значительно уступает и всегда будет уступать пьянству, табакокурению, неосторожному обращению с огнем, даже — вождению автотранспортных средств. Однако никто и не задумывается проводить такие сравнения, ни у кого не возникает намек на попытку распространить режим отношения к наркотикам на перечисленные и другие опасные атрибуты и спутники современной цивилизации.

Отношение к наркотикам и наркоманам — это современная ксенофобия — синдром, которым переболели или болеют все, даже развитые, страны. Некоторые уже выздоравливают, избавляются от терминологии и практики войны с наркоманами, ищут пути компромисса и общественного договора. Подталкивает к такому выбору не столько огромная стоимость объявленной войны и ее очевидная неэффективность, и даже не демократические принципы, а главным образом эпидемия СПИДа. При наличии ВИЧ-инфекции репрессии против наркоманов (потребителей наркотиков) оборачиваются бедой для всего населения. Раньше или позже мы тоже будем вынуждены либерализовать свое законодательство, перейти от политики остракизма и изоляции наркоманов к политике помощи им и их социальной реинтеграции, но неужели ценной эпидемии СПИДа? Пока же любой “пацифизм” по отношению к наркоманам воспринимается у нас как капитуляция перед наркотиками и выслуживание перед наркомафией. В действительности все наоборот — наркомафии как раз выгодна война, поскольку она повышает ставки и прибыли.

В. Е. Пелипас

От редколлегии

Представленная вашему вниманию полемика очередной раз подтверждает ту известную истину, что наркомания — не просто болезнь, но социальное явление, и не существует чисто медицинских рецептов относительно того, как относиться к нарастающей наркотизации населения. Это обсуждают профессионалы, это широко обсуждает общество в целом.

Фактически перед нами две полярные позиции. Одна — запретительная, исходящая из нашего обычного принципа “не разрешать”, “охранять”, “предупреждать преступность”. “Всякий наркоман — потенциальный правонарушитель, и его надо если не лечить, то по крайней мере изолировать”. Другая — попустительская, согласно которой надо, наоборот, все разрешить, и тогда в

скором времени станет легче. И с наркомафией справимся, и реабилитационную службу для наркоманов наладим и т.п.

Безусловно отвергая репрессивные меры по отношению к больному человеку, будучи абсолютно убежденной в том, что эффективное лечение больных алкоголизмом и наркоманией возможно только на принципах добровольности, хотела бы остановиться на вопросе о легализации наркотиков. Проблема эта обсуждается уже много лет и не только у нас. Вот в Швейцарии на днях провели референдум. Спрашивали население, можно ли свободно продавать наркотики — все, от марихуаны до героина. Благоразумное население из естественного чувства самосохранения дружно ответило “нет”. И это Швейцария, где сегодня нет никакого экономического кризиса, где есть хорошо налаженный быт, высокий уровень жизни, полный набор социальных услуг и помощь малоимущим.

Сторонники легализации наркотиков любят приводить в качестве примера те страны, где традиционно курят марихуану, и нет никакой зависимости. Не думаю, что это может быть аргументом в споре. Вот в Грузии и Молдавии все чуть не с пеленок пьют сухое вино, и нет алкоголизма. Так ведь там употребление спиртного встроено в культурные традиции. Всякий, кто хоть один раз побывал в Грузии, никогда не забудет грузинское застолье, с песнями и цветистыми тостами, где вино льется рекой, но не видно пьяных. В России, где культура застолья отсутствует, легкие спиртные напитки моментально сменяются крепкими, вместо рюмок используются стаканы, дозы растут в геометрической прогрессии, — и вот вам хронический алкоголизм через 2–3 года. То же самое с наркотиками. Их употребляют не для того, чтобы немножко расцветить скучную жизнь, а для того, чтобы целиком отключиться. Марихуана и экстази, сменяется гашишем и первитином, и т.п. до героина.

Не должно быть наказания за употребление наркотика, за хранение и покупку небольших доз, для личного употребления. Закон, регулирующий оборот наркотиков, не должен быть направлен против рядовых потребителей, даже если они потенциальные правонарушители. С репрессивным законом мы никогда не сможем создать атмосферу доверия между врачом и потребителем наркотиков, наладить эффективную службу помощи наркоманам и их родственникам.

С другой стороны, лечение, основанное исключительно на добровольности, также малоэффективно. Ведь хорошо известна эмоциональная неустойчивость наркоманов, особенно в период “отнятия наркотика”. Настроение может меняться очень резко, а сила влечения может

быть такой, что человека невозможно удержать в отделении. В результате — новый срыв и возвращение к исходной точке в лечении.

Здесь стоит обратиться к опыту древних. Джемс Джойс в “Улиссе” убедительно показал, что жизнь любого простого человека может быть транспонирована в подвиги Одиссея. Искушение наркотиками — это остров Сирен. Попав на него, никому не удавалось вернуться. Как Вы помните, проплывая мимо острова, Одиссей приказал залить всем уши воском, а себя — привязать к мачте и не реагировать ни на какие мольбы. Именно это спасло его от искушения. Отсюда следует, что согласие на длительное лечение от наркотиков достаточно получить один раз, при поступлении, и с полным правом отказывать потом в выписке из стационара, если по мнению врача такое желание продиктовано усилившимся влечением к наркотику. То есть, при поступлении в стационар следует получать от больного добровольное согласие на применение недобровольных мер.

Возможно, если сейчас легализовать наркотики и начать продавать их по демпинговым ценам, мы и справимся с наркомафией, но какую цену мы должны будем заплатить за это? Одни говорят — целое поколение, другие — значительно меньше, чем мы теряем от употребления алкоголя. Такие эксперименты можно проводить в спокойные периоды в странах с достаточно стабильным уровнем развития, при соответствующей готовности населения противостоять широкой наркотизации. Ведь многие из тех, кто сегодня страдает от наркомании, начали употребление случайно, в молодежных компаниях, потому что этого требовала субкультура, в которой считается просто неприличным не попробовать самому.

Надо всячески способствовать формированию негативного отношения к употреблению наркотиков у молодежи. Фонд “НАН” — “Нет алкоголизму и наркомании” сделал это основой своей деятельности. “Скажи наркотикам ‘нет!’” — под таким лозунгом идет работа в школах. В наших силах поддержать эту деятельность. Когда наша молодежь будет иметь четкие жизненные цели, и главными ценностями станут семья, образование и работа, можно будет думать о либерализации наркотиков. Вероятно, нам придется долго ждать этого. Однако первые обнадеживающие признаки уже есть. В России вновь начался образовательный бум. В прошлом году за право стать студентом высшего учебного заведения соревновались миллионы россиян, обеспечивая в престижных вузах небывалый конкурс по 20–30 человек на место.

Л. Н. Виноградова

ЗА И ПРОТИВ МЕТОДОМОВОЙ ПРОГРАММЫ ЛЕЧЕНИЯ НАРКОМАНИЙ

Dr. Annie Mino. Sylvie Arsever.

J'accuse les mensonges qui tuent les drogués. Calmann-Lévy, 1996.

(Реферат)

“Я обличаю ложь, убивающую наркоманов” — так можно перевести название книги д-ра Анни Мино, руководителя отдела наркозависимости государственной психиатрической службы в Женеве, написанной ею в соавторстве с Сильви Арсевер, журналистом судебной хроники *Journal de Genève* и *Gazette de Lausanne*.

Это рассказ о том, как на протяжении 15 лет работы с наркоманами менялись взгляды и медицинский подход д-ра Мино ко всему комплексу вопросов, связанных с проблемой наркомании. Ей пришлось бороться с предвзятостью — начиная с собственной, познакомиться с законами и лечебной практикой разных стран, пересмотреть сложившийся стереотип личности наркомана, преодолевать “интегрзм” коллег-медиков.

Книга начинается с эмоционального обращения, в котором, в частности, говорится:

“Я обвиняю правительства, которые запрещали и до сих пор запрещают использование метадона и раздачу шприцев, в неоказании помощи человеку в беде: из-за них СПИД и гепатит поражают людей, которые готовы, если им дать такую возможность, бороться вместе с нами с распространением этих заболеваний. Из-за них же потребители наркотиков, которым можно было бы помочь, отброшены на улицу с ее законами, обречены на нищету, насилие, смерть.

Я обвиняю врачей, которые отказываются иметь дело с нераскаянным наркоманом, в шантаже. Они переносят на наркоманов собственную неспособность предложить им соответствующую и эффективную помощь. Они рассчитывают на поддержку судей и полиции, чтобы вернуть себе пациентов, которые иначе избегают их, так как пользы от них нет. Кроме того, они неспособны общаться с пациентом на равных и смешивают лечение и нравственное исправление.

Я обвиняю глашатаев войны с наркотиком в том, что они на самом деле ведут беспощадную войну против наркоманов. Запретам скоро исполнится сто лет, а наркодельцы только жиреют и богатеют. Нищета, преступность, недоедание, передозировка и СПИД составляют удел наркоманов. Война с наркотиком вывела за рамки общества не наркоторговцев, — они, наоборот, все ближе подбираются к власти, а потребителей наркотика, большинство из которых сейчас живет в последнем круге городского ада.

При этом, *я обвиняю и себя самоё*: ошибочные рассуждения, слепая убежденность и терапевтические

ошибки, которые я описываю в этой книге, принадлежали мне. Сомнение в правоте пришло — с опозданием — под воздействием эпидемии СПИДа. Сегодня я знаю, что солидарность, которая фактически установилась вследствие этой эпидемии между потребителями наркотика и нами, можно превратить в активную взаимопомощь. Наркоманы, в отличие от общераспространенного мнения, готовы делать то, что зависит от них. А мы?”

В 1981 году д-р Мино возглавила отдел, занимавшийся наркозависимостью, в рамках государственной психиатрической службы в Женеве. Отдел имел два центра: приемный и лечебный. Все сотрудники — психологи, фельдшеры, социальные работники, воспитатели назывались терапевтами, и функции отдела были скорее общественно-воспитательные, чем лечебные в прямом смысле. То, что во главе отдела был поставлен врач, означало усиление медицинского аспекта отношений с посетителями. До этого времени все сотрудники имели право выписывать лекарственные средства для отнятия в рамках терапии, которая могла продолжаться до бесконечности. На практике многие пациенты пользовались этими средствами (транквилизаторами и препаратами с небольшим содержанием опиатов) вместо или в дополнение к наркотикам. Первые же меры вызвали конфликт в коллективе: д-р Мино четко разграничила функции приемного и лечебного центра и строго упорядочила выписывание рецептов. Эта мера давала большую власть врачам и как бы оставляла прочих безоружными перед лицом пациентов. Единство в отделе восстановилось не сразу, но оно было необходимо: отдел и так был совершенно одинок в медицинской среде, пациенты относились к нему настороженно, общество же в целом ассоциировало работников отдела с их пациентами.

Еще с середины семидесятых годов некоторые врачи в Женеве пробовали долгосрочное лечение метадона, который швейцарский закон разрешает при определенных условиях. Впервые этот заменитель морфия был применен при лечении наркоманов в США в 1963 году. Идея родилась в 1955 г. в Медицинской академии Нью-Йорка, чтобы позволить потребителям героина вести “более комфортное и полезное существование”. Это синтетическое обезболивающее средство также вызывает привыкание. Главное его достоинство — разрешенность законом: потребитель не выпадает из общества. Принцип поддер-

живающей терапии: наркоманам, которым не помогло другое лечение, прописывают иной опиоид, чтобы снять зависимость от запрещенного. При пероральном приеме метадон действует в течение суток равномерно; при верной дозировке он не вызывает ни эйфории, ни сонливости, ни перепадов настроения. Первые опыты лечения хронических наркоманов были так успешны, что была выдвинута гипотеза: метадон является своего рода лекарством при нарушениях метаболизма, вызванных употреблением героина. Гипотеза эта актуальна и сегодня, но не была ни подтверждена, ни опровергнута.

В Женеве поддерживающая терапия на метадоне разрешалась пациентам не моложе двадцати лет, со стажем наркомании не менее двух лет и с двумя неудавшимися попытками использования других средств, ведущих к воздержанию. Лечение могло растянуться на несколько лет и шло параллельно с психосоциальной помощью. В зависимости от мнения врача, метадон считался либо разрешенным наркотиком для тех, кто не способен воздержаться, либо лекарством, обладающим действительно лечебными свойствами. Для д-ра Мино то и другое было неприемлемо: второе — ложь, первое — попустительство... Большинство психоаналитиков было уверено, что метадон только глушит пациентов. Сегодня известно, что это не так, но тогда сомнений не было. Кроме того, вставал этический вопрос: может ли врач нарушить общий запрет. Следовало пересмотреть свои отношения не только с пациентом, но и с законом. Врач превращался в высшую инстанцию в решении важнейшего вопроса; увеличивалось отторжение пациента от общества: он неизлечим, потому закон к нему не относится. В некоторых кругах наркомания считалась крайней формой протеста; наркоман ушел в “зазеркалье”. при психотерапии он говорил с терапевтами оттуда, и это их захватывало. Привести его в норму при помощи метадона представлялось насильем, кощунством. Часть врачей стремилась вернуть своим пациентам свободу. Выбор, который они предлагали пациентам: тяжелое и малоэффективное лечение или маргинальность, жизнь на рамках закона — не казался недопустимым. Тот, кто ушел в “зазеркалье”, должен заплатить за возвращение страданием. Врачей мало заботило, что у пациентов другая точка зрения. Отказываясь облегчать страдания, они отказывались от призвания врача. Глаза д-ру Мино открыл СПИД.

В 1986 году впервые среди заболевших СПИДом в Женеве было трое наркоманов. Уже в следующем году наркоманы были охвачены кампанией по предупреждению СПИДа Федеральной службы здравоохранения. Д-р Мино была, разумеется, “за”; но вместе с тем это казалось ей отступлением от единственной цели помощи наркоманам: приведения их к полному воздержанию. Парадоксально, она считала, что наркотик лишает человека способности выбора, и вместе с тем — что человек добровольно выбирает наркотик. СПИД — лишь одно из последствий такого выбора.

Если наркоманы допускают, чтобы их тело страдало от нарывов, флегмон, гепатита, с чего они станут иначе относиться к опасности СПИДа? Врачи были готовы проводить общее санитарное просвещение, но не были готовы сами раздавать шприцы и презервативы. Для д-ра Мино это было смутное время. Она осознавала, что должна оставить подход с точки зрения “добро—зло” и встать на чисто медицинскую позицию: что полезно или вредно для здоровья пациента. Этому способствовало то, что годом раньше она открыла небольшой, на шесть коек, стационар для отнятия (раньше лечение было только амбулаторное). Непосредственное наблюдение помогло понять многое в этом процессе. Она не ждала немедленного и полного успеха, но узнала, что пациенты возвращаются, каждый раз в лучшем виде и готовы на новые усилия. Госпитализация давала также возможность провести полное соматическое обследование, при необходимости сделать прививки.

Тем временем кое-что менялось и вокруг. Росла тенденция к принятию менее строго закона об употреблении наркотиков, в частности, героина. Утверждалось, что зло не столько в самом героине, сколько в его противозаконном употреблении, часто сопряженном с антисанитарией. Д-ру Мино это казалось честным подходом. Она уже убедилась, что ставить единственной целью полное воздержание нереально. Нужно было разнообразить подходы, применять метадон и пересматривать законодательные запреты. Осенью 1989 г. она приняла участие в конгрессе “Наркотики: состояние зависимости”, организованном Alain Labrousse, который с тех пор создал Геополитический центр наблюдения за наркотиками. Среди участников были специалисты по предупреждению распространения и борьбе с незаконным оборотом наркотиков и представители стран-производителей. Первые признали свое поражение. Расширение запретов только увеличивали огромные прибыли на рынке наркотиков. Уничтожение какой-то банды или цепочки было только на руку конкурентам. Южноамериканские страны андской группы выразили свою точку зрения: для них употребление листа коки — тысячелетний религиозный и врачебный обычай. Искоренить его ради того, чтобы северные страны не злоупотребляли кокаином — чистый колониализм. Сразу после этого их принимал министр здравоохранения Франции и категорически высказался за запрет употребления наркотиков, на что д-р Мино возразила очень резким выступлением. Тем временем нарастали противоречия между ее убеждениями и отсутствием изменений в практике. Чтобы избежать новых трений в группе, она подала в отставку. Ей предоставили долгосрочный отпуск, но вскоре предложили сделать обзор литературы по медицинским показаниям применения морфия и героина: делались ли такие попытки, что об этом известно и что предстоит выяснить. На это ушло девять месяцев, и оказалось, что большая часть ее представлений о наркотиках неверна.

Изучая научную литературу, посвященную злоупотреблению наркотиками, д-р Мино обнаружила, что больший вред для здоровья представляет не столько употребление морфия и героина, сколько передозировка их, а также гепатит, столбняк, сердечно-сосудистые и легочные нарушения, болезни вен, венерические заболевания, СПИД — результат антисанитарии и подделок наркотика.

Самым неожиданным открытием было то, что уже в начале века существовала альтернатива, пусть даже и не лучшая, воздержанию: наркоманам прописывали героин или опиум. В тех местах, где существовала такая практика, наркоманы не исчезали, но не появлялся или исчезал черный рынок наркотиков.

Особое место по части назначения опиумных средств наркоманам занимает Великобритания. Со времен первой Мировой войны врачи были вправе выписывать морфий, героин и кокаин пациентам-наркоманам в рамках поддерживающего лечения, которое могло продолжаться бесконечно. Эта практика не привела к увеличению потребления наркотиков. Черного рынка не было до 1960-х годов, когда появилось новое поколение наркоманов, многие приехали из США и Канады. Были введены некоторые ограничения: все наркоманы должны были встать на учет в МВД (Home Office), а выписывать героин для поддерживающей терапии было разрешено врачам, обладающим специальной лицензией, и некоторым государственным клиникам (Drug Dependence Units — DDU). Многие, в том числе психиатры, добивались более жесткой политики и были услышаны. Главной целью было постановлено воздержание, DDU стали выдавать только пероральный метадон и стараться направить пациентов к воздержанию. К 1971 году треть пациентов не получала рецептов. Только немногие частные врачи еще выписывали героин. Эти меры оттолкнули наркоманов от DDU: согласно статистике МВД в 1970 г. у частных врачей лечилось 15 % пациентов, в 1981 — 53 %. Эпидемия СПИДа принесла перемены. Предупреждение этого зла стало первоочередным. Были задействованы программы обмена шприцев и превентивных мер. Статистика одной DDU: 128 пациентов, получавших героин, были с 1969 г. под наблюдением четыре года, затем снова опрошены через семь и десять лет. Число пациентов, получавших героин, регулярно уменьшалось в пользу метадо-на. В 1979 г. из 128-и продолжали лечение 49 человек. 48 достигли воздержания. Все опрошенные вели более или менее нормальную жизнь, но финансовое, общественное и гигиеническое положение воздерживающихся было лучше. За эти десять лет 19 пациентов умерли, в том числе 8 от передозировки. Исследования показывают, что приблизительно треть пациентов достигает воздержания, независимо от того, какое лечение проводится. Некоторые авторы считают, что отказ от наркотика — дело скорее личной зрелости, чем терапевтического выбора. Психиатр John Marks считает, что выздоровление вообще бывает спонтан-

ное, врач может только помочь больному дожить до него. Он возглавлял клиники области Mersey и обратил внимание специалистов и общественности, что лечение с назначением наркотиков может быть успешным, если, конечно, этому сопутствует здравый смысл. В руководимых им клиниках прописывали тот наркотик, в котором (по их собственному мнению) нуждались пациенты: главным образом пероральный метадон, но и героин, амфетамины, внутривенный метадон или даже кокаин. Нарушения общественного порядка сократились в этой местности, черный рынок практически исчез. Успех сказался не сразу. Поначалу местное население возражало, был наплыв наркоманов, из других местностей, наркодилеры, защищая свой рынок, нападали на аптеки, продававшие героин. Зато в 1989 г. только 1 % местных наркоманов был ВИЧ-инфицирован против 7 % по всей стране. В 1995 г. John Marks был отстранен, так как здравоохранение в области было приватизировано. Результаты его практики не оспаривались, но была поставлена цель — не выписывать ничего, кроме метадо-на. Это была победа сторонников политики воздержания.

Были обследованы 1019 пациентов, посещавших клинику в Ливерпуле в 1985 – 1987 гг. Три четверти из них были сориентированы на лечение (кратко- или долгосрочное), ведущее к воздержанию. Из оставшихся 25 % только 6 % получали вливания опиоидов, остальных перевели на неограниченное по сроку поддерживающее лечение метадоном. Главный результат — значительное улучшение здоровья и общественного положения этих 25 %. Они оценивали свой опыт положительно. Эти результаты были подтверждены опытом еще двух клиник в 1985–1990 гг. Опыт J. Marks, вероятно, представлялся угрозой для официальной политики “войны с наркотиками”.

Во Франции все опиоиды, в том числе метадон, абсолютно запрещены; этот подход касается и физической боли: во французских больницах из-за отсутствия соответствующего назначения морфия страдают больше, чем где-либо в Европе.

Рассматривая опыт разных стран — Голландии, США, Франции, Канады и проч., д-р Мино приходит к выводу, что там, где преследуется употребление опиатов, помощь больным предлагается той ценой, которой они не могут заплатить, ибо полное воздержание для части из них сопряжено со страданиями, обострением проблем психического и физического характера.

В 1990 году д-р Мино наткнулась на так называемое движение за “снижение вреда”. Термин придумали англичане; на деле он означает чисто прагматическое движение врачей разных уровней и школ, ставящее целью остановить распространение ВИЧ-инфекции в среде наркоманов. Многие наркоманы занимаются проституцией, чтобы заработать на наркотик, то есть занимают стратегическое место в распространении эпидемии. Казалось бы, охватить их превентивными мерами — самоочевидный шаг. На самом деле

это был переворот: до сих пор наркоманы представляли только проблему; отныне было признано, что в их руках часть решения. Впервые за долгое время с ними стали обращаться как с ответственными гражданами. На конгрессе в Страсбурге в 1990 г. была представлена лента о том, как во Франкфурте сотрудники муниципалитета опрашивали местных наркоманов об их нуждах и пожеланиях, сторонники такого подхода создали группу Réseau d'action communautaire (Réac). После того был конгресс в Ливерпуле, посвященный практике "снижения вреда". Его финансировали крупные торговые фирмы: с введением лечения опиоидами в Ливерпуле столь значительно сократилось число краж с прилавков, что им было выгодно поддержать начинание. полиция города также подтвердила снижение преступности; наркоманов задерживали, но передавали в лечебные заведения, впрочем, с их согласия.

Зависимость от героина д-р Мино считала глубоким повреждением психики. ВИЧ-инфекция грозила им смертью физической, и она поняла, что лучше зависимость, чем смерть. И если раньше лечение предлагалось только тем, кто был готов поставить конечной целью отнятие, то теперь целью ставилось завязать контакт с наибольшим числом наркоманов и приобщать их к превентивным мерам. Воздержание оставалось конечной целью, но врачи больше шли навстречу пациентам. Складывались новые отношения между врачами и наркоманами, которые перестали воспринимать как безликую массу. Параллельно возникали молодежные движения взаимопомощи, которые помогли многим молодым наркоманам не скатиться на дно жизни.

Одной из целей Réac была борьба с дезинформацией. Например, Испанию в тот момент считали примером неудачного ослабления законодательства о наркотиках. На самом деле употребление и хранение небольших доз наркотика никогда не было там уголовно наказуемо. после Франко закон был лишь уточнен; ситуация изменилась из-за внезапно открытых границ, роста индустриализации и всяческих свобод. Тему раздули масс-медиа, она стала фактором большой политики. Но употребление наркотиков как будто не возросло и по-прежнему было не наказуемо. Опыт Голландии широко известен; в целом от него не отходят, лишь вносятся поправки и уточнения. С него берут пример, стараясь избежать маргинализации потребителей неразрешенных наркотиков. В Германии, где был полный запрет на метадон, с 1990 г. вводят поддерживающие терапии; опять-таки, это замалчивается.

Члены Réac поняли, что надо привлечь на свою сторону масс-медиа, которые до сих пор давали совершенно искаженный образ наркомана, неизменно ассоциируя его с преступностью. Это был переворот: выйти из тишины кабинетов на люди, научиться доверять журналистам. На конгресс в Барселоне в 1991 г.

были приглашены и представители наркоманов и их семей. У врачей становилось все больше союзников.

В 1991-г. д-р Мино была приглашена в Цюрих, где наркомания и политика были сплетены в очень сложный клубок. Цюрих — один из самых богатых и дорогих городов мира. В небольшом парке в самом центре города (Platzspitz) было место сбора наркоманов и торговцев наркотиками, о чем все знали. Здесь наркомания являла свой самый отвратительный облик, вызвала особое отторжение, отвержение. В начале семидесятых годов цюрихские наркоманы влились в молодежное движение, которое заняло пустую фабрику и создало там свой "автономный центр". Они напоминали хиппи шестидесятых и выступали против слишком политизированного общества. В 1982 г. центр ликвидировали, наркоманы оказались на улице. Их сборище кочевало с места на место, но всегда в центре города. Так, в 1987 году они оказались на Platzspitz. По данным клиники, специализированной на отнятии, 80 % пациентов были ВИЧ-инфицированы. Перед такой ужасной цифрой полиции было приказано не отнимать чистые шприцы, затем был отменен запрет на продажу шприцев. И наконец, врачи сами пришли на эту площадь, уже знаменитую на весь мир.

Когда д-р Мино посетила площадь, впечатление было очень сильное, тяжелое. Рядом работала группа Zipp-Aids, состоящая из пяти врачей, сорока медсестер и тридцати студентов-медиков. их цель — предупредить распространение ВИЧ-инфекции; они раздавали шприцы, презервативы и помогали поддерживать какой-то уровень санитарии; делали прививки от гепатита; раздавали витамины, зимой — теплое питье, проводили реанимацию пострадавших от передозировки. Социальные службы тоже работали на месте, предлагали информацию, желающим — временную работу. Имелась ночлежка, контактный центр, здравпункт, который сначала показался д-ру Мино слишком убогим и запущенным, потом она поняла, что пациентам это подходит; здесь они получали необходимую помощь без осуждения. Кроме амбулатории был дневной стационар на десять коек. В 1991 г. 52 % пациентов были ВИЧ-инфицированы. Многие страдали от легочных заболеваний, нарывов и кожных инфекций. Здравпункт мог направить пациента в городскую больницу, если заболевание было серьезно. Здесь самые опустившиеся пациенты могли получить первую помощь, которой они не получали больше нигде.

В феврале 1992 г. Platzspitz была прикрыта полицией: жители близлежащих домов жаловались на кражи и проч.; вмешалась и политика. префект поспешил закрыть площадь, хотя не были еще подготовлены альтернативные службы. Был только один приемно-эвакуационный центр, отправлявший по домам наркоманов, приезжавших из других кантонов. Центр переместился в другое место, снова прикрытое спустя год. Но еще рано говорить, удалось ли Цюриху ввести наркоманию в управляемое русло. Возникло же это

явление не на основе либерализации законов, а на основе прежних запретов. Результаты работы по предупреждению ВИЧ-инфекции трудно оценить справедливо. Статистика проводилась каждый раз с разными группами. Однако среди «старых наркоманов (начали в 1973–1983 г.) в 1990 г. ВИЧ-инфицированной была половина; среди начавших в 1985 г. — 5 %. Кроме того, опросы показали, что многие наркоманы имеют постоянную работу и жилье; совершенные маргиналы составляют от 20 % до 6 %. Это было неожиданное и важное открытие: потребление наркотика совместимо (по крайней мере, какое-то время) с интеграцией в нормальную жизнь. Далее: 62 % употребляли наркотик ежедневно, 15 % — раз или два в неделю, остальные — от случая к случаю. Даже среди наркоманов со стажем десять лет и более только 58 % употребляли наркотик ежедневно. И последнее: 55 % из опрошенных выросли в деревне или небольшом городке. Все это побуждало искать более разнообразные подходы и создавать легко доступные для наркоманов структуры. Кроме того, столь открытое проявление наркомании как Platzspitz вызвало сочувствие и жалость, общественное мнение стало меняться, хотя оно непостоянно и быстро устает от чужой беды...

В Женеве, где было большее разнообразие терапевтических подходов, все протекало более прикрито, и это беспокоило врачей, они опасались вспышки. В 1989 г. группа проституток обратилась с петицией в Парламент кантона, требуя ежемесячной проверки на СПИД и запрещения ВИЧ-инфицированных проституток. Официальная политика была против принудительных мер, но петицию посчитали сигналом тревоги, и для изучения проблемы был проведен опрос, который помог вписать трудности жизни наркомана в целое городских проблем. Все происходило в старом квартале Женевы, населенном выходцами из деревень и иммигрантами. Когда там начала работать группа Межведомственной превентивной программы (МПП), картина была уже не та. Исчезли проститутки-наркоманки и не зарегистрированные проститутки; была традиционная проституция и, независимо от нее, наркоманки, проституцией не занимавшиеся. Для жителей квартала присутствие наркоманов рядом не составляло главную проблему в жизни; к ним относились терпимо. Группа заручилась поддержкой аптек; хотя некоторые аптекари считали неэтичным продажу чистых шприцев. Но сотрудничество с аптеками развивается; это ценят сами наркоманы: морально легче пойти в аптеку, чем в специальный центр. Сотрудничество с врачами давалось труднее: наркоман не любит обращаться к семейному врачу; врачи считали главным отнятие, но не имели достаточной подготовки, не были готовы прописывать метадон, предпочитали отправлять пациентов к психиатрам, а психиатры отказывались заниматься теми, кто сидел на метадоне. Немногие врачи, готовые заниматься наркоманами, оказывались вовлечены во все их проблемы. Тем не менее, образовалась группа врачей, сто-

ронников метадона, которым д-р Мино читала курс и с кем могла обсуждать конкретные случаи.

Не зарегистрированная проституция перекочевала в другой квартал. Не все женщины были наркоманками, скорее это были женщины, которые выходили на панель от случая к случаю. В Женеве проституция узаконена и ее отношения с полицией гладкие. Бригаду МПП сначала принимали с опаской, потом завязались отношения. Опросы показали, что наркоманы неохотно обращаются за помощью в социальные службы, где их часто принимают недоброжелательно, а то и вовсе отказывают в помощи. Тем не менее, как оказалось, в Женеве мало совершенно маргинальных наркоманов. Не шли на контакт совсем молодые потребители, еще интегрированные в общество и не желавшие, чтобы их выявили. В 1992 г. д-р Мино открыла при своем отделе по проблемам наркозависимости пункт первичной медицинской помощи. Нужда в нем была велика (открытые язвы, кожные заболевания, СПИД); для опустившихся наркоманов такое внимание к их телу часто становилось первым шагом к восстановлению личности. Труднее было с теми, кому требовалось лечение в стационаре. Они плохо вписывались в больничный порядок; персонал также не был готов учитывать специфику этих пациентов. Проблему разрешили тем, что к больнице приписали фельдшера из отдела д-ра Мино. Кроме того, при госпитализации перестали требовать непременно отнятия. Остается поддержание на метадоне; при необходимости — на морфии (перорально). Вплотную их наркоманией, если они того желают, занимаются при выписке.

Атмосфера в самом отделе д-ра Мино постепенно менялась. Некоторые сотрудники ушли, их места она заполнила медиками; мнение психоаналитиков перестало быть преобладающим. За отнятием наблюдали врачи, а не психологи. Наконец в 1990 году она решилась открыто объявить, что начинает программу на метадоне для десяти тяжело больных физически наркоманов. Ближайшие сотрудники бы ли к этому готовы; противились психологи и соцработники, видя в метадоне конкурента. Им это решение казалось предательством и прежних принципов, и самих пациентов: значит, их не вылечить... Психотерапия как бы отступала перед требованием пациентов. Фактически к программе приступили только в феврале 1991 г. Как уже было сказано, ее применили к группе наиболее маргинальных, физически и психически опустившихся, к тому же ВИЧ-инфицированных наркоманов. Тем разительнее были первые результаты. Люди возвращались к нормальной жизнедеятельности. Однако группа сделала ошибку, требуя, чтобы те, кого перевели на метадон, непременно посещали группу психотерапии; это было поставлено условием лечения. Врачам казалось, что в группе возникнет атмосфера взаимной поддержки; но больные не были еще готовы к интроспекции, это казалось им насилием... Довольно быстро врачи это осознали и стали применяться к

каждому пациенту. Теперь их рабочий инструмент — индивидуальный терапевтический контракт, который заключается при начале лечения. В соответствии с ним пациент обязуется вести себя в консультации прилично, не приносить туда наркотик, проходить требуемые анализы и, главное, намечает совместно со своим “референтом”, врачом или фельдшером, конкретные цели на первые три месяца поддерживающей терапии. Принуждения здесь нет. Пациентам предлагают высказаться, чего они ждут от лечения. Все чего-то ждут, даже те, кто вызывающе заявляет, что пришли только за снадобьем: у них нарывы или больные зубы, или долги, или нет жилья... В их существовании всегда что-то требует поправки, обычно что-то внешнее, по крайней мере вначале. Выбирается самое важное и определяется, какую помощь — врачебную или, например, социальную — будет получать пациент. По прошествии трех месяцев оценивается достигнутый прогресс и намечаются новые цели, которые постепенно становятся более трудными: справиться с беспорядочным употреблением психотропных средств, найти работу или продолжить обучение, а может быть заняться устранением причин, приведших к употреблению наркотика. Такой подход позволяет каждому продвигаться в собственном ритме и наилучшим образом использовать свои возможности. Он особенно хорош для тех, кто, привыкнув жить одним днем, с трудом может заглянуть далеко вперед. Даже если каждый этап весьма скромный, пациенты получают заряд воодушевления; они приходят с очень заниженной самооценкой, и их уверенность в собственных силах возрастает, если им предлагать простые цели, которые они в состоянии достичь. Групповая терапия не отменена, как и долгосрочные занятия с психотерапевтом. Но пациенты прибегают к ним без принуждения, по потребности. Кроме того, групповые занятия перестроены и направлены более специфично на возвращение навыков “социального общения”. Самые маргинализованные пациенты должны снова научиться, как заговорить с незнакомым человеком, ответить на объявление, пойти по объявлению на возможное место работы и т.д. Эти группы пользуются большим успехом.

Индивидуализация лечения позволила приспособиться и к значительным изменениям в количестве пациентов. За четыре года отдел из десяти человек перешел к приему всех желающих, согласных на поставленные им условия, а именно, двухсот человек. Это предел возможностей отдела. К концу 1993 г. в Женеве было 816 человек на лечении метадонем (из них 300 в частном заведении). Считается, что на лечении метадонем находится около половины женевских наркоманов. Отдел д-ра Мино остается прибежищем для самых запущенных пациентов. Это наркоманы со стажем от пяти до восьми лет; от 13 % до 29 % из них ВИЧ-инфицированы. Приходится срочно заниматься их соматическим состоянием; это поднимает их в собственных глазах; попутно им стараются внушить не-

обходимость соблюдать хотя бы минимум санитарных норм. Успех: через год только один из пяти наркоманов готов разделить шприц с другим (и не только с интимным партнером), а применение презервативов доходит до 72 %. Больше всего пациенты ожидают помощи по включению их в общество. Тут возможности отдела ограничены реальной социально-экономической ситуацией. В начале программы три четверти пациентов не имели работы; через год лечения — половина. Возрастает и число пациентов, способных прожить без финансовой помощи; улучшаются жилищные условия. Все это важно, поскольку отвечает запросам пациентов, но не означает, что отдел стремится во что бы то ни стало “нормализовать наркоманов. Для многих из них полная интеграция в общество останется мечтой, но сам факт, что у него появилась инвалидная пенсия и свой угол, оказывает терапевтическое действие. Во всяком случае, у них часто пропадают патологические черты, которые были лишь следствием их образа жизни.

Лучшее доказательство, что функции отдела не ограничиваются тем, чтобы социально нейтрализовать пациентов — опросы, касающиеся областей, во все не относящихся к сфере материальной или общественной. Опросы проводились в начале программы и через год и касались “качества жизни”. Самооценка менялась от отрицательной к положительной в области межличностных отношений, сексуальности, отношения к ним окружающих, их собственной способности концентрации, их питания и еще целого ряда разнообразных факторов, например, внутренней жизни, веры, творчества. Физическое состояние, боли, сон по-прежнему оценивались отрицательно, но отмечалось улучшение. Пациенты более трезво оценивали свои возможности, что снижает риск последующей депрессии.

Стабилизация физического и общественно-материального положения позволяет пациентам перейти к другим, более важным заботам. Поначалу они, как правило, опасаются всяких “психо-”, усматривая, вероятно, в этом какую-то неопределенную угрозу для себя. Возможно, этим объясняется неудача групповой психотерапии вначале. В жизни наркоманов часто слишком много страдания, насилия, потерь, они опасаются воскресить все это при вмешательстве психотерапии, которую они к тому же воспринимают как тестирующую. Они дают понять, что их личная жизнь касается только их. Постепенно происходит перемена: они больше общаются с работниками отдела, рассказывают что-то о своем прошлом, о пережитом. Не все готовы продолжить эту беседу в более формальных рамках психотерапии, но совершенно очевидно, что все задумываются над своей историей. Роль сотрудников отдела — быть под рукой, но не навязываться. Из ста двадцати человек на поддерживающей терапии двенадцать готовы к серьезной долгосрочной психотерапии.

Долгое время единственной целью лечения наркоманов считалось воздержание; тех, кто не достигал ее, сбрасывали со счетов. В настоящее время практика в Женеве иная: надо охватить возможно большее число наркоманов оздоровительными программами, чтобы улучшить их медицинское, эмоциональное, общественное и материальное положение. Принимая такой подход, д-р Мино и ее отдел были уверены, что цель законна, но средство — метадон — еще вызывало смущение. Ведь он поддержит зависимость, и д-р Мино втайне опасалась, что она будет возражать. Отношение к нему колебалось: то ли это лекарство, и дозы следует определять по потребности пациента, то ли это предмет торга, и давать следует строго минимальное количество. Первое время персоналу казалось, что пациенты просят все больше метадона, тогда как на самом деле в нем не нуждаются. На конгрессе во Флориде в 1992 г. д-р Мино узнала, что пионеры метадона, Dole и Nyswander, еще в шестидесятые годы констатировали: в пределах некоторого количества, которое варьирует в зависимости от человека от шестидесяти до ста миллиграммов, метадон замещает все эффекты героина, пациент не чувствует эйфории и вследствие этого теряет всякий интерес к “дозе”. Что еще важнее: если он принимает героин вместе с метадоном, нет риска передозировки. То есть давать слишком малую дозу метадона пациенту, о котором известно, что он принимает героин, с медицинской точки зрения ошибочно. И чем выше дозы, тем лучше протекает лечение. Эти выводы, вероятно, как слишком кощунственные, с самого начала подвергались попыткам опровержения. Но значительная часть публикаций по этому вопросу показывает, что более высокие дозы удерживают на лечении большинство наркоманов. Риск, что лечение будет брошено, уменьшается по мере того, как дозы становятся выше 60 миллиграммов, и продолжает снижаться, когда доза бывает выше 80 миллиграммов. Практика отдела стала более гибкой, и выводы были те же. Наркоманы переносят большие дозы метадона без нарушения сознания или внимания. После первых недель не остается никаких побочных эффектов, кроме запоров, с чем можно справиться соответствующими средствами. Нет ни сонливости, ни одурманенности; пациенты могут успешно пройти испытания психомоторики, какие проходят пилоты (США). В Швейцарии пациенты на метадононе могут иметь водительские права. Исчезает даже обезболивающее его действие.

В отличие от дозировки, продолжительность лечения не составляла проблемы. Пациенты начинали в очень плохом состоянии. Кроме того, взаимосвязь продолжительности лечения и его успешность много изучалась, в частности, в исследованиях, проводившихся в США в 1969–1973 и 1979–1981 гг. на значительных группах пациентов самых различных терапевтических программ. Обследованы были пациенты пяти- и семилетних курсов лечения, опросы касались их ситуации с работой, здоровьем, общественных от-

ношений, преступности, потребления психотропных средств. Наилучшие результаты отмечались при более продолжительном лечении.

После года лечения 40 % пациентов д-ра Мино признавались при опросе, что в течение прошедшего месяца хотя бы один раз кололись героином. Это, конечно, плохо, но допустимо, если прием героина бывает редко и в удовлетворительных гигиенических условиях. Метадон помогает жить без особых страданий, героин — это “шампанское, которое позволяет себе, когда надо что-то отпраздновать или когда все уж очень плохо”. Но в некоторых случаях параллельный прием психотропных средств может служить знаком, что лечение идет неудовлетворительно и его следует прервать. Пациенты на метадононе в центре д-ра Мино, если хотели изменить свое состояние, чаще, чем к героину, прибегали к кокаину или алкоголю. Если это входит в систему, то расценивается как признак, что лечение плохо продумано или не подходит. Иногда изменение дозы или окружения позволяет улучшить ситуацию. Бывает, приходится прервать курс и поискать что-то другое. Метадон — не панацея. Полная абстиненция, то есть успешное исключение метадона — цель еще более труднодостижимая, чем воздержание от “диких психотропных средств, которого большинство из них все-таки достигают. Это не означает, что поддержание на метадононе по природе бесконечно. В Женеве средняя продолжительность лечения на метадононе по соглашению между врачом и пациентом — меньше двух лет. Но пациенты центра д-ра Мино обычно поступают в состоянии хуже среднего, поэтому врачи действуют осмотрительно.

Вопреки общераспространенному мнению, пациенты часто высказывают желание прекратить прием метадона. По мере того, как крепнет их социальная, эмоциональная и профессиональная независимость, они начинают желать полной независимости. Роль врачей, порой, сдерживать их: они имеют дело с людьми с тяжелым прошлым и более или менее серьезными психическими отклонениями, на которые благотворно действует лечение. Врачам представляется рискованным прекратить лечение, пока новое состояние не станет прочным. На сегодняшний день человек пятнадцать закончили поддержание на метадононе (с согласия врачей), но их программа еще новая и эта цифра не имеет статистической ценности. Когда останавливать курс? Где кончается риск потерять все достигнутые результаты? Этими вопросами отмечена вся история метадона. Обязательно ли поддержание на метадононе должно быть временной стадией на пути к полной независимости, чтобы стать этически приемлемым? Или (по крайней мере — для некоторых) он — такое же необходимое средство, как инсулин для диабетиков или нейрелептики для психически больного человека?

Клинический опыт позволяет думать, что метадон может иметь положительное действие на психотиче-

ские расстройства некоторых пациентов и с успехом противостоять склонности к депрессии. Но пока нет возможности понять точно, где действие самого метадона, а где влияние психосоциальных мер, которые входят в большинство лечебных программ. Многие исследователи склоняются к гипотезе Dole и Nyswander, согласно которой метадон оказывает восстановительное действие на механизмы метаболизма, расстроенные потреблением героина. Но все исследования всегда сравнивают “диких потребителей героина, живущих за чертой закона, с людьми, получающими метадон в рамках лечебных курсов, в которые входит медико-социальная поддержка. То есть эти труды не позволяют сравнить действие этих веществ как таковых. Одно доказано: наилучшие результаты бывают, когда метадон и психосоциальная помощь идут рука об руку; то и другое по отдельности приводит к очень неважным результатам.

Приходится мириться с тем, что некоторые очень запущенные пациенты живут одним днем. Нельзя утверждать, что метадон будет им необходим до конца дней, но нелепо и вразрез с терапевтическим подходом было бы принципиально решить, что рано или поздно им придется обходиться без него. Сегодня их состояние хорошее, но риск, связанный с прекращением поддержания, представляется д-ру Мино страшнее, чем их состояние зависимости. Для таких пациентов вместо отказа от метадона центр предлагает целью все большую личную независимость. Их переводят под наблюдение районного врача или разрешают получать метадон непосредственно в аптеке. В любом случае лечение проходит под медицинским наблюдением, но менее жестким.

Предоставляя пациентам на выбор разные виды терапии, д-р Мино уверена, что позволяет им наилучшим образом мобилизовать собственные усилия к выздоровлению. Кроме того, эта практика то и дело ставит врачей центра перед крайней многосложностью и двойственностью их действий. Казалось бы, наркоманов привлекает возможность получать метадон. Но явно, что только этого недостаточно, чтобы их удерживать. Очень быстро становится ясно, что терапевтические связи возникают непонятно из чего. Так что врачи прописывают средство, но не до конца понимают, какое значение придают ему пациенты. Врачи мирятся с этим, пока чувствуют, что есть положительный терапевтический результат.

Наряду со сторонниками самого широкого выбора различных подходов к проблеме, в Швейцарии существует и небольшое, но очень громкоголосое движение, ностальгически мечтающее о полном и жестком запрете всего, в том числе и метадона. Международное сообщество тоже не единогласно одобряет политику Швейцарии в этом вопросе. К поддержанию на метадоне уже привыкли повсюду, но правительства периодически проявляют свою приверженность линии запретов. Снижение драматичности в ситуации с героинем в Швейцарии составляет угрозу принципам

Международного комитета по контролю за наркотиками при ООН, роль которого — поддерживать принятые запреты во всем мире. США также не склонны терпеть до бесконечности дурной пример, который подает Швейцария своим “примиренчеством”.

Во всех терапевтических центрах пациентам предлагают презервативы и шприцы. Первое привилось не без неловкости с обеих сторон, заставило вести беседы на темы секса. Раньше считалось, что наркотик убивает либидо; спрос на презервативы показал обратное. Шприцы тоже вызывают проблему: пациенты предпочитают не брать их в центре, не признаваться, что они колются помимо проводимой терапии, хотя отказ от героина теперь не является обязательным условием лечения. Но то и другое показало пациентам, что лечащий персонал учитывает всю сложность их ситуации.

Результаты такого подхода позволяют опровергнуть мнение, будто наркоманы в своем большинстве одержимы стремлением к саморазрушению и невосприимчивы к требованиям санитарии. Это можно доказать на цифрах. То есть наркоманы пользуются превентивными средствами, даже если по-прежнему ежедневно рискуют, продолжая свой образ жизни. Спонтанной самозащитой наркоманов можно считать нынешнюю тенденцию переходить от вливаний героина к вдыханию или курению его. Эффект зависимости тот же, а риск заражения через кровь отсутствует. Для этого годится героин только хорошего качества. Тенденция эта может быть отражает неуспех борьбы с разными каналами поставки.

Но не следует обольщаться, будто с превентивными мерами полный порядок. Употребление презерватива и разных шприцев для пары, установившей длительные интимные отношения, может показаться знаком отсутствия взаимного доверия. Тревожнее то, что пользуются общим шприцем скорее более молодые наркоманы, чем старшие. И существуют люди, как будто вообще неспособные считаться с каким бы то ни было риском.

Критерии, в соответствии с которыми проводятся опросы, и статистика разных методов терапии слишком разнообразны и не дают истинных цифр. Лечащий персонал должен перестать считать себя всемогущим, больше считаться с запросами пациентов и уметь сомневаться: то, что известно о наркомании сегодня, может завтра оказаться ложным.

Парадоксально, но сегодня больше всего вопросов ставит д-ру Мино не рекомендация метадона или героина, а отнятие, которое долгое время считалось единственным допустимым подходом. Причина проста: по этой линии результаты наименее удовлетворительные, а смысл ее для пациентов наименее очевиден врачам. Амбулаторное отнятие заканчивают менее 20 % начавших; отнятие в больнице кончают 80 %, но через шесть месяцев и только треть из них еще воздерживается. В начале деятельности д-ра Мино отнятие проводилось только амбулаторно, в те-

чение двух недель, посвященных физическим проблемам потребления наркотика. После чего брались за восстановление нарушенного психического равновесия, и мало в этом преуспевая, утешались, что наркомания — очень тяжелое нарушение, от которого исцеляются немногие. Это представление стало меняться постепенно. Пациенты возвращались, часто раз от раза в лучшем состоянии. Опрос показал, что они действительно хотят полностью избавиться от зависимости, причем быстро. Понемногу они сами сознавали, что это невозможно, ставили себе более реальные цели: потреблять меньшее количество, реже, или остановится на какой-то срок. Тем не менее, самая частая просьба проходящих за помощью наркоманов — избавиться их от зависимости полностью и быстро. Через амбулаторию проходит около трехсот человек в год. Для большинства обращение за помощью — первый шаг, за которым будет еще много других: наркозависимость вырабатывается годами и нелепо думать, что избавиться от нее можно в три-четыре недели. Пациенты, обращающиеся за отнятием, в среднем на два года моложе тех, кто проходит поддерживающую терапию на метадоне. Как правило, это их первое обращение за помощью, хотя они пытались преодолеть свою зависимость “диким способом, без медицинской помощи. Тем более важно не обмануть их ожидания. Их обращение рассматривается очень серьезно, в стремлении избежать неудачи. чтобы максимально использовать факт их обращения за помощью, им дается возможность пройти медицинское обследование, встретиться с психологом или социальным работником. В курс отнятия входит краткая групповая терапия, сосредоточенная не на глубоких причинах, приведших к употреблению наркотика, а на сознательных и бессознательных механизмах, приводящих к повторению этого опыта. В начале д-ру Мино, принимавшей теорию психоанализа, думалось, что исцеление возможно, только если будут разрешены скрытые внутренние противоречия. Сам симптом не представлял большого интереса. Помощь, построенная лишь на этих данных, была малоуспешной. Психотерапия дает лучшие результаты при поддержании на метадо-не или включении пациента в очень насыщенную программу реабилитации. Большинство пациентов к этому не готово. Но они охотно участвуют в терапевтических группах, где прорабатываются сознательные механизмы, приводящие к потреблению наркотика. Каждый участник проигрывает по очереди все роли: наркомана, его подружки, отца и матери, терапевта и т.д. в различных жизненных ситуациях. Сценарий подводит к ситуации, которой они хотят избежать: употребление наркотика. Это дает лучшие результаты, чем просто разговор. Эти способы терапии ставят достаточно близкие цели и помогают наркоманам восстановить себя в собственных глазах. Такой ритм больше соответствует их понятию времени, обращенному только на настоящее. В группе они понимают, что не одиноки в своем положении, рождается

взаимопомощь, восстанавливаются утраченные навыки общения. Эти группы (когнитивно-поведенческие) требуют от пациента сотрудничества. Они заимствованы из таких движений как “Анонимные алкоголики” (АА) и их главная цель — восстановить способность пациентов взять свое здоровье и судьбу в собственные руки.

Воздержание не всегда означает хорошее здоровье. Один пример самоубийства наркомана заставил д-ра Мино задуматься: может быть, после отнятия пациент остается один на один с проблемами, от которых раньше уходил в наркотик и с которыми он все еще неспособен справиться? В результате терапии у пациентов сняты острые симптомы абстиненции, но остается бессонница, склонность к депрессии. На основании зарубежного опыта пациентам рекомендуют иглоукалывание; также стараются растянуть срок отнятия с четырех до шести-восьми недель. Но, как уже было сказано, сами пациенты торопят, не представляя всех ожидающих их трудностей. Теперь пациентам предлагается выбор между лекарствами, которые снимают признаки абстиненции (транквилизатор и клонидин) или метадон в быстро уменьшающихся дозах. Обычно они предпочитают второе. Но все-таки многие бросают курс. Каждый врач сталкивался со случаями, когда здоровье пациента резко ухудшалось при переходе от пусть бесконечно малой дозы к полному воздержанию. Вопросов о природе наркомании еще много, и с каждым новым открытием бывает еще труднее дать четкий ответ.

Долгое время запретительная логика не позволяла признать за наркотиком частный, относительный смысл. Она давала врачам доступ лишь к очень небольшому числу тех, кто нуждался бы в их помощи. Потребители наркотика оказывались в ловушке; запреты не столько препятствовали их саморазрушению, сколько их лечению, исцелению. Врачам приходится справляться со всеми последствиями этой ситуации: их отвержением обществом в плане социальном, материальном, эмоциональном. Ясно одно: тоталитарный подход не годится. На до признать, что нет единой наркомании и единой модели отношений с наркотиком. Нет и одной причины наркомании. Она может быть следствием психического страдания или средством против него, одним из симптомов социальной маргинальности или драматическим последствием случайно встречи с этим разрушительным продуктом.

Среди женевских пациентов д-ра Мино большая часть отягощена психиатрическими проблемами. Но не всегда можно различить, является ли психическое неблагополучие причиной употребления наркотика или его следствием. Психика многих выправляется по мере того, как они себя лучше чувствуют физически и социально, то есть можно думать, что главная их проблема была в их противозаконном образе жизни. Те, на кого метадон оказывает стабилизирующее действие, возможно, стали прибегать к опиоидам как к

лекарству, на которое они случайно набрали и пользовались беспорядочно; оно дает им уравновешенность, которой лишает отнятие, если не сопровождается другой помощью. Это одна из гипотез; недостатка в них нет, поскольку недостаточно известно как о причинах злоупотребления наркотиками, так и о их действии. Некоторые (Dakis, Gold) считают наркоманию хроническим заболеванием биологического происхождения, связанным с активизацией под действием опиатов центра удовольствия. Эта теория предполагает существование мозговых систем, управляющих жаждой, голодом, либидо, которые могут возбуждаться или изменяться под действием некоторых химических средств. Тенденция к рецидиву в таком случае — следствие не слабости, а физического расстройства от принятия наркотика, первоначально случайного. Это верш “медиализации” наркомании. Для излечения наркоманов достаточно найти средство, исправляющее физиологический вред героина. Некоторые считают, что это средство уже найдено: метадон. Но биологическая теория наркомании не объясняет ни случаи спонтанного отказа от наркотика (а есть и такие), ни небольшое число успешно вылечившихся “всухую”, на одной психо-воспитательной терапии.

Приходится считаться и с тем, что среди употребляющих наркотик есть люди, которые продолжают вести вполне нормальную жизнь в обществе. Точная природа отношений между пациентами и наркотиком неизвестна. Одни находят в нем удовольствие, другие — успокоение страданий, средство расслабиться или просто чувствовать себя нормальным. Д-р Мино выслушивает всех, но ничего не выпытывает. Часто наркоман знает о наркотике больше, чем врач; надо уметь признать и это и искать выход вместе. Облегчение страдания — дело врача, но встает вопрос врачебной этики в случае, если пациент ищет только удовольствия. Грань зыбкая. Многие страны очень скупы дают морфий даже при тяжелых физических страданиях, хотя в соответствующих дозах морфий не может вызывать зависимости. Ложный образ наркомании, возникший вследствие политики запретов — это возмутительно. Конечно, вопрос разрешения метадона и героина для поддерживающей терапии ставит вопрос отношений между врачом и законом... На все эти вопросы у д-ра Мино есть пока временные ответы: верные сегодня, они могут оказаться ложными завтра, когда знание возрастет. Она не считает себя вправе выносить нравственное суждение о пациентах. Потребители наркотиков обращаются к ней, потому что зависимость стала для них проблемой, которую они надеются разрешить с ее помощью. Она должна дейст-

вовать. Все побочные факторы ничего не значат, если она в сила помочь хоть частично. Если невозможно даровать пациентам стопроцентное здоровье, им нужно помочь подлечиться, что кого-то из них поставит на путь воздержания. Это представляется д-ру Мино вполне отвечающим ее роли врача. Она готова рискнуть тем, что кто-то из пациентов всего лишь достигнет менее сложных отношений с наркотиком, но не освободится от него до конца, даже если некоторые сочтут такое отношение потворством гедонизму.

* * *

В предложенном читателю реферате подробно излагаются взгляды д-ра Анни Мино по нескольким причинам.

Д-р Анни Мино является высококвалифицированным специалистом с большим опытом организации помощи наркоманам. Ее взгляды во многом отражают ту профессиональную эволюцию, которая свойственна значительному числу наркологов Запада. Форма, в которой д-р Мино излагает свое видение проблемы, достаточно острая, чтобы способствовать возникновению дискуссии.

Цель реферата не только познакомить с содержанием книги видного швейцарского нарколога, но и в том, чтобы побудить читателей журнала высказать как специалистов свое собственное мнение по наиболее важным из затронутых в книге вопросов.

Так случилось, что мне посчастливилось познакомиться с организацией помощи во многих наркологических центрах Запада (в том числе и у д-ра Анни Мино), что способствовало формированию прочных и определенных воззрений (не обязательно правильных). Однако, намеренно оставляя свое мнение при себе, хотел бы предложить читателям ответить на три важнейших, с моей точки зрения, вопроса.

Считаете ли вы целесообразным:

1) запрещение употребления наркотических средств с уголовным преследованием лиц, их потребляющих?

2) применение метадона для купирования героиневой абстиненции?

3) поддержание на метадоне наркоманов с большим стажем, многократными и безуспешными попытками лечения, находящихся в маргинальном социально-психологическом состоянии и не соглашающихся ни при каких обстоятельствах на прекращение употребления героина?

Д. А. Черняховский

Об использовании метадона при оказании помощи больным опишной наркоманией (героиноманией, морфинизмом)

В течение некоторого времени в России обсуждается вопрос о возможности назначения метадона в качестве лечебного средства при оказании помощи больным наркоманией. Проблема имеет несколько аспектов. Можно ли назначать метадон для купирования абстинентного синдрома у больных героиноманией (морфинизмом)? Видимо, в весьма ограниченном числе случаев при купировании опиоидного абстинентного синдрома могут использоваться наркотики. Речь идет о тех больных, у которых имеются серьезные соматические заболевания (например, декомпенсация сердечно-сосудистой деятельности после инфаркта миокарда), и одномоментная отмена наркотика может резко ухудшить состояние. В этих случаях традиционно прибегали к назначению любого наркотика из группы опиатов или синтетических заменителей морфина, но предпочтительнее по ряду соображений пользоваться трамалом. Необходимо подчеркнуть, что назначение наркотиков в лечебных целях — исключительная мера, к которой наркологами приходится прибегать крайне редко (речь, конечно, не идет об онкологических больных или больных с хроническим болевым синдромом).

Можно ли идти на выдачу наркотиков наркоманам, чтобы смягчить отрицательные последствия хронической интоксикации опиатами? Подобная практика в условиях современной России может привести только к отрицательным результатам. Во-первых, весьма сомнительно, чтобы основная масса больных ограничилась небольшой дозой метадона и отказалась от дополнительного приема героина. Во-вторых, неизбежно начнется торговля выданным метадоном. В-третьих, последствия систематического приема метадона далеко не безвредны, патология внутренних органов при этом встречается весьма часто. В-четвертых, необходимым станет накапливать в медицинских учреждениях запас наркотиков. А это означает, что очень скоро вся деятельность этих учреждений будет контролироваться преступными группировками. В результате к наркотикам, поступающим вследствие их незаконного оборота, добавятся наркотики, выдаваемые государством. Это может привести лишь к росту наркомании и связанной с ней преступностью.

Борьба с наркоманией не может основываться на выдаче наркотиков наркоманам. Вся система мероприятий должна строиться на иных принципах. Прежде всего необходимо сделать недоступным приобретение наркотиков, как это было в России на протяжении десятков лет. Во-вторых, разумно добиваться с

помощью лечения прекращения приема наркотиков каждым наркоманом, так как каждый из них вольно или невольно вовлекает в злоупотребление наркотиками или преступную деятельность других членов общества. В-третьих, необходимо создать в стране разветвленную сеть учреждений, занятых реабилитацией больных наркоманией, а не ограничивать лечебный процесс купированием абстинентного синдрома.

Что касается законодательства, то оно должно способствовать борьбе с наркоманией. Конечно, наркоман не следует сажать в тюрьму за то, что он страдает наркоманией и употребляет наркотики. Однако, торговля наркотиками, если ее осуществляет наркоман, должна преследоваться, равно как и изготовление наркотиков или похищение их из лечебных учреждений. Вся система законодательных мероприятий, направленных на борьбу с незаконным оборотом наркотиков и наркоманией, должна строиться с учетом огромной опасности для нашего общества наркомании. Если считать, что наркомания ведет к социально опасным последствиям, то система законодательных актов должна предусматривать ряд запретов и наказаний. Если же рассматривать потребление наркотиков как личное дело каждого гражданина, а любые акты, направленные на предупреждение потребления наркотиков как нарушение прав личности, то борьбу с наркоманией надо прекратить. Тогда можно не только раздавать метадон или героин наркоманам, но и сделать законной торговлю любым наркотиком. Можно надеяться, что этого в России не произойдет.

Состав наркоманов в нашей стране, видимо, резко отличается от контингента страдающих наркоманией в европейских странах. У нас практически нет лиц, начавших злоупотребление наркотиками в связи с какими-то серьезными проблемами, разрешить которые оказалось затруднительным или невозможным. Основной мотив начала потребления наркотиков — любопытство (надо все в жизни попробовать) или стремление следовать примеру окружающих (в нашей компании все нюхают или колются).

Катастрофический рост наркомании в России за последние годы свидетельствует о первостепенном значении борьбы с незаконным оборотом наркотиков. Если будет надежно перекрыт доступ для поступления наркотиков из других стран, как это было еще 10 лет тому назад, проблема наркоманий очень быстро перестанет быть государственной. Тогда отпадет необходимость обсуждать вопрос, следует ли государству раздавать наркоманам наркотики ли нет

А. Г. Гофман.

Дуоденальная язва: психосоматическая природа и психотерапия

В. Д. Тополянский

(Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова)

Анализ медицинских концепций, предложенных в прошлом веке и сохранившихся до настоящего времени, показывает, что наибольшей стабильностью отличаются теоретические построения, основанные на принципе редукционизма. Разложение сложного физиологического процесса до составляющих его элементов, сведение явлений высшего порядка к низшим остается обычным методом получения медицинских знаний как во время обучения студентов, так и в клинических или экспериментальных исследованиях. В итоге чем более упрощенной представляется трактовка какого-либо сложного физиологического феномена, синдрома или заболевания, тем выше ее популярность среди практических врачей и узких специалистов.

Современная медицина вынуждена расплачиваться и за все благодеяния классической бактериологии, нарисовавшей убедительный образ врага человеческого в виде множества зловредных микробов и полностью проигнорировавшей бесконечно сложные взаимоотношения микро- и макроорганизма. Требование найти зачинщика болезни (агрессора, основную причину или этиологический фактор) или, иными словами, своеобразно воспринятый принцип детерминизма надолго определяет с тех пор центральное направление ряда клинических и экспериментальных исследований.

За этим требованием скрывается по существу утопическая мечта о панацее — робкая некогда надежда, переросшая в XX веке в убежденность во всемогущество науки и техники и безоговорочную уверенность в скорой возможности отлить “магическую пулю”, по П. Эрлиху, для истребления любой болезни. Однако технократическое мышление, фактически навязываемое современному врачу, неизбежно приводит к дегуманизации и в известной мере милитаризации медицины, вынужденной заниматься не личностью, а неким больным, не лечением, а борьбой с болезнью и даже не столько восстановлением здоровья, сколько возвращением выздоравливающему утраченной трудоспособности.

Все более жесткое разделение врачебных функций и разграничение сфер влияния разных специалистов

создает парадоксальную ситуацию, когда целое (целостный организм) все более ускользает от внимания исследователя (и соответственно практического врача), а часть (физиологическая система или орган) приобретает в его глазах значение целого. Не составляет исключения в этом отношении и традиционная гастроэнтерология, опирающаяся преимущественно на концепцию “кислотно-пептической агрессии” в происхождении дуоденальной язвы, хотя давно известно, что гиперсекреция соляной кислоты в желудке может быть конституциональной особенностью человека и, следовательно, одним из вариантов нормы. Влияние столь различных препаратов, как простагландины, антихолинергические средства или блокаторы H_2 -рецепторов, трактуется нередко лишь в плане их воздействия на “кислотно-протеолитическую активность”, а ведущим направлением фармакологических и клинических исследований остается разработка новых средств и методов, позволяющих понизить желудочную секрецию, уменьшить саму продукцию соляной кислоты и ее концентрацию в содержимом желудка или, наоборот, повысить защитные свойства слизисто-гидрокарбонатного барьера гастродуоденальной зоны.

С позиций технократического мышления, оперирующего категориями редукционизма и воинствующего детерминизма, далеко не случаен и повсеместный интерес к микроорганизмам вида *Campylobacter pyloridis*, выдвигаемых у ряда больных в качестве одной из основных причин образования дуоденальной язвы. Действительно, эти микроорганизмы способны обсеменять слизистую оболочку гастродуоденальной зоны и вызывать повреждение слизистого барьера, обнажение эпителиального слоя и формирование антрального гастрита, дуоденита и язвенного процесса. Вместе с тем известно, что персистирующая гипо- или ахлоргидрия при длительном приеме антисекреторных препаратов сопровождается бактериальной колонизацией желудка данными микроорганизмами. Тем не менее наибольшим успехом в современной клинической практике по-прежнему пользуются антисекреторные средства из группы блокаторов H_2 -рецепторов.

В качестве факторов, предрасполагающих к формированию дуоденальной язвы, выдвигают нередко наследственность и так называемые вредные привычки. Считают, например, что риск заболевания и язвенного кровотечения повышается при положительном резус-факторе и особенно группе крови 0(I), но не учитывают распространенность данной группы крови в общей популяции. Указывают, что у лиц с "генетически обусловленной" дуоденальной язвой заболевание развивается на несколько лет раньше и рецидивирует чаще, чем у пациентов контрольной группы, но не пытаются подвергнуть каждую такую семью целенаправленному психологическому анализу.

Обычно отмечают, что у курящих либо замедлена репарация дуоденальной язвы, либо чаще возникают ее рецидивы. Многие клинические исследования завершаются прямым обличением: курение способствует образованию дуоденальной язвы, пролонгированию ее течения и повышению резистентности к терапии. Но почему из всевозможных влияний внешней и внутренней среды выбирают именно курение, — этот вопрос остается без ответа. Из некоторых эндоскопических наблюдений следует вывод: курение ведет к развитию дуоденогастрального рефлюкса. Но никто не спрашивает: расстройство гастродуоденальной моторики возникает именно оттого, что человек курит, или часть больных продолжает курить потому, что у них уже имеется это нарушение? В конечном счете больному предлагают немедленно прекратить курение, хотя его патогенная роль по существу не доказана. Более того, лишая больного сигарет, врач отнимает у него фактически элементарный способ эмоционального расслабления.

На чисто вербальном уровне практическая гастроэнтерология признает значение "нервно-психических факторов" в происхождении дуоденальной язвы. На деле же психосоматическая природа заболевания остается для практического врача в значительной мере абстракцией. Такая ситуация сопряжена по крайней мере с тремя обстоятельствами: 1) узкой врачебной специализацией и затруднениями, которые испытывает практический врач при диагностике эмоциональных расстройств, относимых обычно к ведению психиатрии; 2) неопределенностью конечной физиологической мишени вегетативной дисфункции — неизменного компонента эмоциональных нарушений; 3) отсутствием прямого ответа на вопрос, какие константные свойства личности определяют развитие именно дуоденальной язвы, а не иного психосоматического заболевания.

Целенаправленное обследование больных дуоденальной язвой позволяет обнаружить у большинства из них довольно однотипную симптоматику. В нее входят: постоянное внутреннее беспокойство и снижение настроения на фоне эмоциональной нестабильности; кожная гиперестезия; вегетативная дисфункция (ощущение сердцебиения с объективно регистри-

руемой синусовой тахикардией, а иногда экстрасистолией, транзиторная артериальная гипертензия, неинфекционный субфебрилитет, гипергидроз ладоней или подмышечных впадин, гипосаливация и тремор пальцев вытянутых рук при эмоциональном напряжении); нарушения ночного сна (от трудного засыпания и прерывистого поверхностного сна со сновидениями неприятного содержания до полной бессонницы). В числе крайне значимых клинических признаков следует отметить отчетливые астенические проявления с быстрой истощаемостью больных (в частности, возникновением ощущения необычайной усталости не только после любого обследования, но и недолгой беседы с врачом), а также суточные и сезонные колебания самочувствия, указывающие на десинхронизацию индивидуальных биологических ритмов.

При впервые выявленном патологическом процессе и длительности его не свыше 1 года больные сообщают, как правило, о той или иной психотравмирующей ситуации (семейный разлад, смерть кого-то из близких, производственный конфликт), способствовавшей, по их мнению, образованию дуоденальной язвы. Чем более возрастает стаж болезни, тем больше теряется первоначальная связь рецидивов дуоденальной язвы с тягостными переживаниями, хотя патогенная роль новых психотравмирующих воздействий остается прежней. При длительности язвенного анамнеза свыше 10 лет диспепсические нарушения, сопряженные, например, с диетическими погрешностями могут спровоцировать очередное обострение заболевания по типу клише.

Непосредственным результатом вегетативной дисфункции при различных психосоматических синдромах (в том числе лабильной артериальной гипертензии или острой бронхиальной обструкции эмоционального происхождения) становится дискоординация сокращений гладкой мускулатуры, нарушения вегетативной регуляции у большинства больных дуоденальной язвой проявляются дуоденогастральным или дуоденогастроэзофагальным рефлюксом. В то же время гипо- и ахлоргидрию можно обнаружить при интрадуоденальной рН-хромоскопии у 85 % обследованных.

Давно известно, что негодование, гнев, активное поведение с элементами агрессии сопровождаются резким повышением желудочной секреции и усилением моторики желудка, тогда как страху, тревоге и депрессии с пассивным поведением сопутствуют угнетение интрагастральной секреции и нарушении моторики верхних отделов пищеварительного тракта с релаксацией пилорического и кардиального сфинктеров и регургитацией дуоденального содержимого в желудок. Данные эндоскопических исследований позволяют считать, что именно дуоденогастральный рефлюкс (прямое отражение вегетативной дисфункции на органном уровне) оказывается более существенным, чем гиперсекреция соляной кислоты, пер-

вичным локальным фактором, способствующим образованию дуоденальной язвы.

Почти у 15 % больных развивается функциональный дуоденостаз при отсутствии рентгенологических и эндоскопических признаков стенозирования пилородуоденальной зоны. В этой ситуации интенсивность болевого синдрома после еды не уменьшается, а, наоборот, возрастает; эвакуация контрастной массы из желудка при рентгенологическом исследовании может задерживаться до 12 часов. Попытка лечения таких больных стандартными антисекреторными средствами оказывается чаще всего безуспешной.

Не исключено, что дискоординация гастродуоденальной моторики сопряжена с изменением обмена дофамина. Во всяком случае в эксперименте именно под влиянием дофамина возникают ретроградные сокращения гладкой мускулатуры с регургитацией кишечного содержимого в желудок и отчетливо замедляется эвакуация содержимого желудка.

У 7–10 % больных, поступающих в стационар в связи с острым алгическим синдромом (иногда признаками желудочно-кишечного кровотечения) и подтвержденной эндоскопически дуоденальной язвой, не выявляют ни вегетативных нарушений, ни расстройств сна, ни суточных колебаний самочувствия. Снижение настроения, подавленность, порой плаксивость сочетаются у них с раздражительностью, вспыльчивостью и даже гневливостью. В анамнезе у этих больных отмечают нередко приступы стенокардии или синдром перемежающейся хромоты, раннее (в относительно молодом возрасте) посещение, диспепсические расстройства в течение ряда месяцев или даже лет и стойкое похудание при неизменном аппетите. Алгический синдром, выступающий в качестве основного повода для госпитализации, обычно протекает у них по типу брюшной жабы.

В таких случаях в нижнем отделе эпигастриальной области или на границе эпи- и мезогастрия по средней линии или на 1–2 см правее от нее выслушивается дующий или скребуший систолический шум, особенно звучный в точке наиболее отчетливой пульсации брюшковой аорты. Надавливание фонендоскопом в этом участке вызывает неприятные или болезненные ощущения. Такой же шум определяется иногда над одной из бедренных артерий. При селективной ангиографии у этих больных устанавливают ту или иную степень атеросклеротической окклюзии верхней брыжеечной артерии или чревного ствола (в одном из наших наблюдений — экстравазальную компрессию осумковавшейся гематомой, возникшей после перенесенной в прошлом травмы живота во время автомобильной аварии).

Речь идет, таким образом, о разграничении двух различных по патогенезу и клиническому течению форм дуоденальной язвы: первичной, представляющей собой широко распространенный патологический процесс психосоматической природы, и вторич-

ной, обусловленной нарушением кровоснабжения двенадцатиперстной кишки вследствие стенозирования (за счет атеросклеротической окклюзии либо экстравазальной компрессии) непарных артерий брюшной полости. Вместе с тем при дифференциации первичной и вторичной клинических форм дуоденальной язвы у лиц относительно молодого возраста следует исключить аномалии развития двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы (в частности, наличие добавочной или кольцевидной поджелудочной железы, сдавливающей двенадцатиперстную кишку), а при повторных гастродуоденальных кровотечениях с развитием железодефицитной анемии — гематологические заболевания и нарушения гемостаза сосудистого и смешанного характера. Существование разных клинических вариантов одного патологического процесса ставит под сомнение нозологическую обособленность язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и позволяет говорить скорее о синдроме дуоденальной язвы, который клинически и патогенетически необходимо отличать от язвы желудка.

Боль и диспепсические расстройства при первичной дуоденальной язве связаны прежде всего с дискоординацией моторики гастродуоденальной зоны, а при вторичной — фактически с ишемическим повреждением двенадцатиперстной кишки. В отличие от психосоматического антагонизма, когда, например, высокая и длительная лихорадка, связанная обычно с интеркуррентной инфекцией, смягчает и редуцирует имеющиеся у больного психические расстройства, первичную дуоденальную язву следует отнести к явлениям психосоматического синергизма, когда астенизация со снабжением общего жизненного тонуса и субдепрессивное состояние создают условия для возникновения дуоденогастрального (или дуоденогастроэзофагального) рефлюкса и соответственно развития или рецидива патологического процесса в двенадцатиперстной кишке.

Клинико-эндоскопические признаки, свидетельствующие о психосоматической природе дуоденальной язвы, делают оправданным патогенетическое лечение таких больных индивидуально подобранными психотропными средствами. Симптомы хронической ишемии двенадцатиперстной кишки при вторичной дуоденальной язве указывают на целесообразность патогенетического лечения этих больных антиангинальными препаратами и антиагрегантами; шаблонная терапия антисекреторными средствами в течение 3–4 недель может вообще не дать в таких случаях положительного эффекта. Хирургическое вмешательство у больных первичной дуоденальной язвой показано, очевидно, лишь при ее осложнениях, создающих непосредственную угрозу жизни. При вторичной дуоденальной язве своевременная операция, выполненная ангиохирургом, способна предотвратить нарастающую инвалидизацию больного. Судьба больного зависит порой от того, как оценивает клиническую кар-

тину интернист или реаниматолог, нередко принимающий участие в лечении при наличии симптомов желудочно-кишечного кровотечения, и с каким именно хирургом-специалистом консультирует своего пациента лечащий врач в первую очередь.

В гастроэнтерологической практике под психотропными препаратами понимают прежде всего транквилизаторы из группы производных бензодиазепа (диазепам, хлорзепид, феназепам и др.), снотворные барбитурового ряда и седативные средства (трава пустырника, корень валерианы и т. п.). Трициклические антидепрессанты в терапии дуоденальной язвы почти не используют, хотя наиболее известный из них amitриптилин (триптизол) превышает по своей антихолинергической активности соответствующий эффект как атропина, так и селективного м-холиноблокатора пирензепина (гастроцепина). Даже при назначении такого лекарственного средства, как сульпирид (эглонил), ссылаются преимущественно на его антидофаминергические свойства, как у метоклопрамида (церукала), не учитывая нейрорептическую активность препарата. Между тем многие нейрорептики фенотиазинового ряда обладают не только не менее выраженным, по сравнению с метоклопрамидом, противорвотным и противоикотным действием, но и более значительной антидофаминергической активностью.

Психотропные препараты, их дозы и распределение последних по времени суток при первичной дуоденальной язве подбирают строго индивидуально в зависимости от особенностей клинической картины и эмоционального состояния больного. Известными клиническими ориентирами могут служить при этом интенсивность алгического синдрома, выраженность диспепсических расстройств и степень дуоденогастрального рефлюкса.

При умеренной интенсивности алгического синдрома и дуоденогастральном рефлюксе I степени (выявлении в антральном отделе желудка желчи, оставшейся к моменту эндоскопического исследования) в качестве основного лекарственного средства выступает антидепрессант, обладающий седативным компонентом действия и антихолинергическими свойствами: amitриптилин, мапротилин (лудиомил), тримипрамин (герфонал). При высокой интенсивности боли, выраженных диспепсических нарушениях и дуоденогастральном рефлюксе II степени (наличие желчи в теле желудка) показано сочетание антидепрессанта и нейрорептика, оказывающего отчетливое противорвотное действие: преимущественно сульпирида или этаперазина (перфеназина).

Если интенсивность боли практически не меняется под воздействием антацидов и спазмолитиков, диспепсические расстройства усиливаются и дуоденогастральный рефлекс достигает III степени (наличие оставшейся желчи в субкардиальном отделе и своде желудка), психофармакотерапию целесообразно начинать с внутривенного капельного введения amit-

риптилина в дозе 20 мг ежедневно в сочетании с приемом 25 мг препарата на ночь. При крайне тягостных диспепсических нарушениях или признаках желудочно-кишечного кровотечения методом выбора становится ежедневные внутривенные капельные вливания сульпирида в дозе 100 мг в течение 2–7 дней. Применение этого препарата особенно показано при выраженном дуоденогастральном или дуоденогастроэзофагальном рефлюксе с эрозивным антральным гастритом или фибринозным эзофагитом. Повышая амплитуду сокращений пищевода, антрального отдела желудка и двенадцатиперстной кишки и ускоряя эвакуацию желудочного содержимого, сульпирид снимает диспепсические нарушения и болезненные ощущения и способствует более быстрому течению репаративных процессов в гастродуоденальной зоне.

Если диаметр язвенной поверхности не превышает 1 см, проведение психофармакотерапии значительно (в 1,7–1,9 раза) ускоряет выздоровление больных. При величине язвенного дефекта свыше 1 см достоверное (в 1,3–1,5 раза) ускорение репаративных процессов можно отметить только при комбинированной терапии антидепрессантом и нейрорептиком. После стабилизации самочувствия больных и нормализации эндоскопической картины дозы психотропных препаратов постепенно снижают. Перед выпиской из стационара больным необходимо дать конкретные рекомендации относительно окончательной отмены препаратов в амбулаторных условиях и проведения в периоде ремиссии психотерапии, позволяющей нередко предупредить рецидив язвенного процесса. Высокая эффективность психофармакотерапии и психотерапии служит дополнительным свидетельством в пользу психосоматической природы первичной дуоденальной язвы.

Интернисту, не имеющему специальных знаний в области диагностики аффективной патологии, очень трудно квалифицировать эмоциональные нарушения у больных дуоденальной язвой. Еще сложнее психиатру дифференцировать функциональные и органические изменения при психосоматических заболеваниях. В связи с этим целесообразно рассмотреть сугубо практического вопроса о подготовке специалистов-универсалов, в равной мере владеющих методами терапевтической и психиатрической диагностики. Именно таким врачам предстоит, вероятно, решать проблему: какие характерологические особенности личности способствуют определенной направленности вегетативной дисфункции и формированию дуоденальной язвы в одних случаях, эссенциальной гипертензии — в других или бронхиальной обструкции — в третьих.

В публикациях R. Rosenman и M. Friedman уже выделен, как известно, тип А больных с повышенным риском коронарной патологии. Таких больных объединяют по существу лишь определенные формы поведения с явной амбициозностью, уверенностью в

себе и потребностью доминировать над окружающими. По аналогии с этими исследованиями и по данным чисто клинического наблюдения можно выдвинуть следующее положение: больным первичной дуоденальной язвой свойственно особое, нередко гипертрофированное чувство ответственности за порученное им дело или добровольно взятые на себя обязательства, но без того заметного стремления к лидерству, которым отличаются лица с поведением типа А. Болезненные ощущения, диспепсические расстройства и дуоденогастральный рефлюкс возникают при более или менее длительном воздействии психотравмирующих факторов, когда чувство долга и внутренней дисциплины толкает больных на повторные попытки изменить сложившиеся обстоятельства, а ситуация по-прежнему представляется неразрешимой. Образование дуоденальной язвы наступает при этом тем скорее, чем выше эмоциональная напряженность индивида и ниже порог его выносливости по отношению к астенизирующим перегрузкам.

Чем более значительный пост занимает такой больной, тем добросовестнее относится он к своим обязанностям и тем активнее сопротивляется продолжительным терапевтическим курсам и прежде всего лечению в стационаре, предпочитая текущий ремонт на ходу подручными средствами (от питьевой соды до минеральных вод). Подобных больных чаще всего госпитализируют бригады скорой медицинской по-

мощи в связи с внутренним кровотечением или другими осложнениями дуоденальной язвы. В стационаре такие больные могут стать лучшими помощниками медицинского персонала, принимая на себя обязанности неустанного ухода за соседями по палате или отделению; сама возможность ухаживать за другими отвлекает их от собственных неприятных ощущений, соответствует внутренней потребности в ответственном поручении и тем самым ускоряет выздоровление.

Этим больным присуще своеобразное чувство внутренней дисциплины, в связи с чем они педантично выполняют все медицинские предписания и уже в момент госпитализации нередко требуют от врача конкретных указаний относительно времени приема препаратов, продолжительности терапевтического курса и всех предполагаемых методов лечения, включая гипербарическую оксигенацию или лечебные эндоскопии. Однако чувство долга порой вынуждает их просить о выписке из стационара чуть ли не на следующий день после улучшения состояния или отказываться от санаторного лечения по окончании стационарного под предлогом каких-либо служебных неприятностей. В конечном счете, если коронарную патологию считают порой болезнью менеджера, внезапно потерпевшего серьезную неудачу, то первичную дуоденальную язву можно назвать болезнью исполнительного клерка, неспособного в какой-то момент решить поставленную судьбой задачу.

Региональный конгресс Всемирной психиатрической ассоциации

ПРЕВЕНТИВНАЯ ПСИХИАТРИЯ

24–28 февраля 1999 г., Афины

Официальные языки Конгресса — английский и греческий

Регистрационный взнос: US \$ 400

Желающим участвовать обращаться по адресу:

Congress Secretariat, Easy Travel, 19 Anagnostopoulou street,
GR-10673, Greece

Возможности взаимодействия психологов, психиатров и церкви в решении проблем психического здоровья населения (на примере Республики Польша)

П. И. Сидоров, Е. В. Згонникова, А. Г. Соловьев (Архангельск)

Психическое здоровье человека связано с широким спектром проблем: от профилактики до принципиальных подходов к лечению и реабилитации существующей патологии психических состояний. Известно, что профилактика психического здоровья может рассматриваться на трех уровнях. Цель первого уровня — проведение мероприятий, направленных на всю популяцию, включая различные программы по популяризации идей психического здоровья. Второй уровень профилактических мероприятий предусматривает раннюю идентификацию и решение проблем на начальных стадиях своего развития. Это уже воздействия на определенные “группы риска”, угрожаемые по различным видам патологии психического здоровья. Третий уровень включает в себя лечение развившейся патологии и реабилитацию больных лиц.

Данная статья посвящена проблеме взаимодействия психологов, врачей и церкви в профилактике психического здоровья людей на примере Республики Польша. Почему мы сегодня говорим о Польше? Между нашими народами много сходства: Россию и Польшу связывает соседство в географическом положении, многолетняя история, общие элементы славянской культуры, экономика. Процессы, происходящие в польской политике и экономике претерпели значительные изменения с 1980 года. Эти трансформации отразились на принципах концепции психического здоровья.

Особенности концепции психического здоровья можно обозначить в виде нескольких взаимосвязанных принципов:

1) принцип *многомерности* заключается в исследовании биологических, психических и духовных особенностей человека во взаимосвязи, без искусственного разделения сферы или механической экстраполяции;

2) принцип *разнообразия индивидуальных особенностей* людей опирается на индивидуальный подход к решению проблем психического здоровья;

3) принцип *организации общественных и религиозных движений* включает изучение и расширение опыта Церкви и общественных движений, занимаю-

щихся профилактикой социальной патологии: алкогольной и наркотической зависимостей, социальных проблем подросткового возраста, молодежных субкультур;

4) принцип *общественной интеграции* людей с различными видами патологии включает в себя профилактику проблемы одиночества, создание групп само- и взаимопомощи;

5) принцип *работы в группе*, а не многопрофильная консультация — это подготовка специалистов для различных областей естественных и социальных наук, принимающих одновременное и равноправное участие в решении проблем сохранения психического здоровья человека: врач, психолог, священник (по желанию пациента), социальный работник.

Комплексное решение проблем психического здоровья включает в себя участие Костёла в профилактике здорового образа жизни. В различные периоды года священниками, монахами из различных орденов устраиваются реколекции — говенья. Цель реколекций — дать возможность подумать над своей жизнью, избавиться от несуществующих проблем, помочь решить наболевшие трудности, найти душевное спокойствие. Реколекции проводят и в приходских костелах, и в монастырях, в специальных реколекционных домах. Темы реколекции различны — это кризис и пути выхода из него, обучение молитве, реколекции для молодоженов и вступающих в брак, реколекции для людей с алкогольной или наркоманической зависимостью, реколекции для инвалидов, для учителей, для врачей, для священников и т.д. Продолжительность реколекций различна, в среднем от 3 до 6 дней. Один из основных принципов говенья — это молчание большую часть времени дня. Считается, что услышать и понять Бога можно только в тишине, в спокойствии, в отказе от суеты. Места проведения реколекций соответствует своему назначению — монастыри, располагающиеся в живописных местах, парках, лесах. Условия в них достаточно комфортные; в монастыре нет телевизоров, радио, кино, но есть библиотеки. Участники реколекций слушают специальные беседы, участвуют в различных молитвах, имеют возможность индивидуальной беседы со

священником или психологом, сестры-монашки проводят специальные музыкальные занятия, где совсем взрослые люди учатся петь религиозные песни. Для подростков предусматриваются подвижные игры и чуть меньше тишины — скидка на возраст. Реколекции содержат в себе элементы пасторальной психологии, моральной теологии и литургики.

Функции социализации и распространения здорового образа жизни, выполняемые Костелом, осуществляются в профилактике алкоголизма и химической зависимости [1]. К профилактическим программам первого уровня относятся различные религиозные движения; одним из наиболее известных является движение “Крестный ход за освобождение человека (КВЦ)”. Под освобождением организаторы КВЦ понимают не политическое или экономическое освобождение, а духовное освобождение и совершенствование своей личности. Отказ от алкоголя, наркотиков — это только средство для достижения цели — нравственного оздоровления общества и семьи. В течение года молодые люди — участники движения КВЦ выезжают в так называемые “духовные оазисы”. Кроме молитвы, общения со сверстниками в оазисах проводятся походы, встречи с психологами, врачами. В Польше запрещена реклама алкоголя, но разрешена реклама пива. В 1997 году официальное потребление 100 % алкоголя составило 6 л/чел. По неофициальным данным эта цифра близка к 8 литрам [1]. В последнее время наблюдается изменение структуры питания: снижение потребления высокопроцентного алкоголя и увеличение потребления пива. Профилактика первого уровня проводится также по светским программам в школах и лицеях; как правило эти программы построены на основе психологии социального обучения.

Второй уровень профилактики — эта работа с группами риска, с лицами из семей алкоголиков и наркоманов, с детьми из социально-неблагоприятных семей, а также помощь малообеспеченным семьям. Третий уровень профилактики — лечение химической зависимости. В Польше нет отдельной научной дисциплины под названием “наркология”. Проблемы зависимости изучаются в психиатрии, но полная психосоциальная реабилитация алкоголика или наркомана не является монополией врачей. Реабилитация и ресоциализация осуществляется во взаимодействии врача, психолога, социального работника и священника (по желанию пациента). Для решения проблемы взаимозависимости курс реабилитации проходят члены семьи алкоголика. Огромную поддержку в процессе трезвения оказывают организации само- и взаимопомощи — Клубы Анонимных Алкоголиков, Клубы Детей Алкоголиков, Клубы Жен Алкоголиков, а также Клубы Абстинента.

Взаимодействие специалистов различных специальностей осуществляется при лечении соматических и онкологических заболеваний. Особенно заметно

сотрудничество в организации паллиативной помощи онкобольным. Проблема психоонкологии включает в себя различные аспекты работы с онкологическими пациентами на разных стадиях болезни: коррекция психического состояния, духовная помощь и поддержка, общение с окружением пациента, оценка качества жизни. Главный принцип работы с пациентом, находящимся в терминальной стадии онкологического заболевания — это сотрудничество, отсутствие ложного оптимизма, объяснение и внимательное отношение к такому человеку, облегчение страданий и негативных последствий терминальной стадии заболевания. С этой целью организованы стационарные и амбулаторные хосписы, психологические консультации для онкобольных. Неоценимую помощь в процессе реабилитации оказывают различные Клубы взаимопомощи: Клуб родителей детей больных лейкозом, Клуб женщин, перенесших мастэктомию — “Амазонки”. Клубы приглашают на свои заседания психологов, врачей, социальных работников.

Области сотрудничества врачей, психологов и духовных лиц многогранны. Одно из таких взаимодействий — это медико-психологическое тестирование молодежи, решившей посвятить свою жизнь служению Богу. Критерии отбора — 100 % психическое и соматическое здоровье кандидата, которому придется в будущем решать много человеческих проблем, много работать и жить среди коллектива.

Концепция комплексного подхода в решении проблем психического здоровья в Польше разработана на научной основе. Одним из первых университетов, где начал применяться на практике междисциплинарный подход в профилактике психического здоровья является Католический Люблинский Университет (КУЛ), созданный в 1918 году. Сейчас это частный университет с правами государственного высшего учебного заведения. Проблемы психического здоровья населения изучаются на нескольких факультетах — психологическом, педагогическом, естествознания, юридическом и богословском. Проблеме психического здоровья человека посвящены работы Института психологии, открытого 30 лет назад на факультете социальных наук. Одной из ведущих в этом направлении является кафедра клинической психологии и психологии личности. Сотрудники кафедры участвовали в 15-летних международных исследованиях ООН по проблеме шизофрении. Это было исследование не только по вопросам динамических изменений в процессе течения заболевания, но также решение проблем, связанных с изменением подходов лечения и принципов социально-психологической реабилитации пациентов. В результате этих исследований появились не только новые теоретические и практические разработки, но также изменился сам подход медиков и общества в целом к больным.

Новым направлением клинической психологии КУЛ является логотерапия В. Франкла. Это концеп

ция Третьей Венской школы психотерапии. Автор теории — врач-психиатр, переживший заключение в концентрационном лагере Освенцим. В противоположность “фрейдовскому принципу стремления к удовольствию и адлеровскому — стремления к власти” логотерапия объясняет нормальное существование человека в постоянном “открывании смысла жизни”, как специфического смысла жизни данной личности в данный момент времени [2]. Это стремление может быть фрустрировано, такая экзистенциальная фрустрация рассматривается в качестве одного из значащих неврогенных факторов. Другим неврогенным фактором является экзистенциальный вакуум, когда человек с одной стороны “теряет инстинкты”, с другой стороны вокруг него разрушаются традиции и ему остается быть “таким как все”. В подобных ситуациях возникает множество проблем. Выделен новый вид неврозов — ноогенные неврозы, возникающие из-за конфликта между различными нравственными ценностями или из-за духовных проблем.

Следующее направление психологии связано с изучением проблемы кризиса человека — психологического, экзистенциального, ситуационного, религиозного. В совместной работе участвуют психологи, священники и врачи. Кризис в концепции польских психологов рассматривается не только как опасное состояние, полное пессимизма, но и как шанс развития, испытание системы ценности человека [3]. С проблемой кризиса тесно связана суицидология. Накоплен 8-летний научно-исследовательский материал совместного польско-американского проекта по профилактике самоубийств среди молодежи. Целью программы было исследование группы факторов, приводящих к решению о самоубийстве и разработка

профилактических программ для молодежи. Практическим внедрением научных выводов стало открытие Центров психологической консультации и реабилитации лиц, совершивших суицидальные попытки.

Расширяются научные связи КУЛ в области психиатрии и психологии с Архангельской медицинской академией. На основе подписанного Договора о сотрудничестве в Люблине была подготовлена и защищена диссертационная работа одного из авторов статьи по проблемам профилактической психологии. В результате совместной издательской деятельности вышли в свет специальные номера журналов “Człowiek i przyroda” и “Mental changes in Europe”, посвященных проблемам профилактики социальной патологии и анализу состояния психического здоровья в условиях изменяющейся экономики. Планируется проведение совместных исследований по проблемам психологии реабилитации, паллиативной опеке и психопрофилактике социальной патологии.

Несомненно, опыт польских коллег в области укрепления психического здоровья населения невозможно полностью транслировать на Россию. Тем не менее, повышение эффективности работы отечественных специалистов, занятых в указанной сфере, зависит и от учета культурных подходов и традиций к решению этой проблемы у наших соседей, что и явилось поводом анализа основных направлений их работы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Cekiera C.* Psychoprofilaktyka uzależnień. — Lublin, 1994. — 343 s.
2. *Frankl V.* Homo Patiens. — Warszawa, 1973. — 167 s.
3. *Plużek Z.* Kryzys a osobowość. — Kraków, 1997. — 126 s.

Порочный круг

Г. А. Крылова

В статье “Продолжение следует” автор — практикующий адвокат в сфере свободы совести остановился на том, что по делу Вузовской Ассоциации по Изучению Принципа (ВАИП), целью которой является изучение и распространение доктрины преподобного Сан Мен Муна, в июле 1996 г. была назначена медико-психологическая экспертиза ее членам Р., Б. и С. — детям членов антикультистского Межрегионального комитета спасения от тоталитарных сект. Единственным основанием для ее назначения были нетрадиционные для России религиозные взгляды молодых людей. Какие-либо медицинские данные, свидетельствующие об их психическом нездоровье, отсутствовали. Они работали или учились, вели обычный образ жизни, в их поведении не были отмечены ка-

кие-либо странности. Однако для их родителей их религиозные убеждения были настолько неприемлемы, что они требовали подвергнуть своих совершеннолетних и дееспособных детей принудительному лечению в психиатрической больнице. Председатель антикультистского Комитета Русских Н. К. — основная движущая сила судебного процесса, настаивала, что для излечения ее дочери требуется не менее 16 месяцев интенсивного лечения в реабилитационном центре.

По требованию антикультистов суд исключил из числа возможных экспертов ученых, указывавших в печати на отсутствие какой-либо научной основы у используемых борцами с нетрадиционными религиями понятий зомбированности, кодированности и т.д.

и предупреждавших о недопустимости применения принудительной психиатрии к верующим этих религий. Борцы с тоталитарными сектами категорически возражали против включения в состав экспертов членом Независимой Психиатрической Ассоциации, отвергли они и Институт им. Бехтерева. Как они выразились, “общий демократический менталитет сотрудников института, общая направленность умов не позволит экспертам вынести объективное заключение” (т. 2 дела, л.д. 55 об.). Во избежание споров суд поручил проведение экспертизы Судебно-медицинской экспертной службе Администрации Санкт-Петербурга.

Охранная грамота, или сертификат нормальности

В связи с тем, что среди прочих вопросов перед экспертами был и вопрос о воздействии религиозной литературы Церкви Объединения на психику членов ВАИП, сотрудниками Центральной Санкт-Петербургской лаборатории судебной экспертизы была проведена комплексная судебно-кибернетическая экспертиза. Для исследования были предоставлены как книги религиозного содержания (в том числе труды Сан Мен Муна), так и книги активистов антикультистского движения на Западе (Томас Гандоу и др). Эксперты Вараксин В. И. и Мещеряков С. В. пришли к выводу о невозможности дать заключение, о чем и сообщили суду 27 июня 1997 г. Исследовав 2 тома судебного дела и 67 единиц печатной и рукописной продукции (в числе которых была справка Управления юстиции о проверке деятельности ВАИП, печатная продукция ВАИП и Церкви Объединения, работы преподобного Сан Мен Муна, заявления истцов в различные инстанции с описанием причиненного им вреда, книги борцов с “тоталитарными сектами” и т.д.), они не смогли установить негативные следы деятельности ВАИП. В этой связи эксперты попросили председателя Комитета Русских Н. К. представить материально-фиксированные отображения деятельности ВАИП, доказывающие опасный характер такой деятельности (кино-, фото-, видео-документы, дневниковые записи, иные вещественные доказательства. Как указано экспертами, “взамен была представлена очередная порция литературы, посвященной деятельности Церкви Объединения, тоталитарных сект и т.п. Доказательств преступной или иной неправомерной деятельности Спб ВАИП представлено не было. Таким образом, сторона (имеются в виду истец — Комитет — Г. К.) уклонилась от участия в экспертизе, что в соответствии со ст. 74 ГПК РСФСР дает право суду признать факты, для выяснения которых экспертиза была назначена, установленными или опровергнутыми”.

Трем членам ВАИП была проведена амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза с участием психолога. В составе экспертной комиссии были: председатель — Главный психиатр Санкт-Петербурга Руби-

на Л. П., члены комиссии: суд. мед. эксперт, психиатр высшей категории Дьяченко Л. Э., суд. мед. эксперт, психиатр высшей категории, заведующий АСПЭ Варакса М. В., доцент кафедры сексологии и сексопатологии Российской Государственной академии им. Маймонида, кандидат психологических наук Лычагина Л. И., эксперт-психолог 1 категории Царькова Г. И., эксперт-психолог высшей категории, кандидат психологических наук Гудкова Л. Н., эксперт-психолог Киселева О. А.

В акте Р. дочери наиболее активной противницы новых религий Председателя Комитета спасения от тоталитарных сект (по образованию психолога) отмечены особенности ее внутрисемейных отношений. Мать всегда хотела “контролировать ее”, говорила, что “она должна быть первой”. После 12–13 лет отношения с матерью осложнились после увлечения дочери ансамблем “Моден-Токинг”, начались разногласия “скандалы, драки”. Р. обучалась в специализированной школе-интернате с углубленным изучением английского и китайского языков. В настоящее время обучается на психологическом факультете Педагогического университета, одновременно работает преподавателем английского языка. Суть конфликта с матерью, существующего в настоящее время, испытываемая определяла несходством взглядов и претензиями матери. Как указано в акте экспертизы, “Мать требует, чтобы она прошла 18-месячное депрограммирование в ПБ, сохранила фамилию (“Я сама найду тебе мужа”), “шла в православную церковь”. Мать говорит, что “должна видеть, что делает дочь”, поэтому в 2-комнатной квартире они спят в одной комнате с матерью. По мнению испытываемой, она имеет право на свой собственный выбор (нравится маме, или нет), не хочет менять веру, становиться традиционно православной, поскольку ее вера сейчас не требует насилия над собой”. Эксперты отмечали нормальный объем внимания, хорошую переключаемость и устойчивость, нормальную работоспособность, выполнение заданий высокой интеллектуальной сложности. Ориентирована полностью, снижения памяти или интеллекта испытываемая не обнаружила, бредовые идеи, обманы восприятия отсутствуют. Эксперты также указали на некоторую фиксированность на взаимоотношениях с матерью, в связи с чем она настаивала на своем праве иметь собственный выбор.

Эксперты пришли к выводу, что Р. каким-либо психическим расстройством не страдает, признаков зависимого расстройства личности не обнаруживает. В результате анализа анамнестических данных, клинической беседы с испытываемой и ее матерью психиатры и психологи установили, что затяжная психотравмирующая ситуация в семье, длительные конфликтные отношения с матерью способствовали у нее закреплению подростковых реакций в форме протеста и эмансипации. В структуре общих психологических особенностей личности выделена высокая потреб-

ность в общении, экспериментализм, поиск новых впечатлений и новой информации, гипертимность, социальная смелость, экстравертированность, ригидность аффекта, гиперактивность в сочетании с недостаточной зрелостью в оценке собственной ситуации.

С. закончила школу с углубленным изучением английского языка, затем поступила на экономический факультет Университета. В дальнейшем оставила учебу и стала работать. Эксперты отметили, что она очень активна в беседе, постоянно стремится завладеть инициативой в разговоре, но дистанцию соблюдает. В своих суждениях о деятельности организации, членом которой она является, исключительно категорична, настаивает на ее позитивном влиянии на личность, с уверенностью связывает свое будущее с идеями этой организации. Отсутствие каких-либо сомнений в отношении “духовных наставников” и организации в целом эксперты расценили как свидетельство снижения критичности мышления, отсутствие элемента “борьбы мотивов” в волевом процессе. И в этом случае наличествует конфликт с матерью. С. пояснила, что контакта с матерью у нее нет с 12-летнего возраста, когда она занималась устройством личной жизни и перестала интересоваться дочерью. Как указано в акте экспертизы, “все взаимоотношения с матерью исчерпывались директивными указаниями с ее стороны без учета интересов и мнения испытуемой. Попытка самостоятельно принять решение приводила к конфликтам.” Эксперты пришли к выводу, что С. интеллектуально достаточно развита, словарный запас хороший, мышление последовательное, логичное, без структурных нарушений. Без бреда и обманов чувств. Хронических, временных психических расстройств у С. нет. У нее имеются признаки психопатических черт характера по истероидному типу, не квалифицирующиеся в рамках психических расстройств. Характерологические особенности начали формироваться в препубертатном возрасте на фоне внутрисемейных отношений и послужили причиной ухода в среду, признающую за испытуемой право личного выбора в принятии решения.

Память, интеллект Б. также не снижены, бредовых идей, обманов восприятия не обнаруживает, ориентирован полностью. Анамнестические и экспериментально-психологические данные позволили экспертам сделать вывод о резидуальной органической неполноценности головного мозга. Эксперты и в данном случае подробно описали причины, которые привели его в Церковь Объединения — поиски истины, смысла жизни. С его слов он с детства ощущал постоянное давление родителей: с кем дружить, куда пойти учиться. В Церкви он нашел четкие, ясные ответы на все вопросы. До этого его не устраивала бесцельность собственного существования, ему не было ясно, для чего нужны семья, карьера, не устраивал “эгоизм окружающих” и “больное общество”. В настоящее время он видит смысл жизни в “создании гармонии внут-

ри себя, достижении радости от осознания гармонии, от хороших отношений в семье”. На основании анамнестических данных, полученных со слов его родителей, из бесед с испытуемым и результатов экспериментально-психологического исследования эксперты сделали вывод, что его личность формировалась в семье в процессе воспитания по типу гиперопеки.

Таким образом, никто из испытуемых ни хроническими, ни временными психическими заболеваниями не страдает, признаков зависимого расстройства личности не обнаруживает. Однако у всех у них отмечены внутрисемейные проблемы. Затяжная психотравмирующая ситуация в семье, длительные конфликтные отношения с матерью способствовали закреплению у Р. подростковых реакций в форме протеста и эмансипации. Характерологические особенности С., начавшие формироваться в препубертатном возрасте на фоне внутрисемейных отношений, послужили причиной ухода в среду, признающую за ней право личного выбора в принятии решения. Личность Б. формировалась в семье в процессе воспитания по типу гиперопеки, что способствовало у него образованию личностных психологических черт. Таким образом из этих документов усматривается не только то, что все они психически здоровы, но и то, что **конфликт в их семьях начался задолго до того, как они стали верующими Церкви Объединения.**

Эти экспертные исследования исключительно важны, поскольку до настоящего времени суды отвергали заключения экспертов Независимой Психиатрической Ассоциации, исследовавших верующих нетрадиционных конфессий, ссылаясь на негосударственный характер Ассоциации. Психиатры — противники новых религий указывали, что к НПА обращались сами верующие, что якобы ставило под сомнение объективность выводов экспертов НПА. Все экспертные заключения НПА и свидетельские показания ее Президента — Савенко Ю. С. подвергались агрессивным нападениям антикультуристов и игнорировались судами, о чем сообщалось Независимым Психиатрическим Журналом. В данном же случае имела место судебно-психиатрическая экспертиза с участием психолога, проведенная государственным учреждением по определению суда. И она полностью подтвердила выводы НПА: нетрадиционные религиозные верования — не есть следствие психического принуждения или заболевания.

К сожалению, охранной грамотой от судебных тяжб эти экспертные заключения не стали.

Вечное движение, или бег по кругу

Казалось бы, теперь обеспокоенные родители должны удостовериться в психической норме своих совершеннолетних детей и направлять свои усилия не на разрушительное сутяжничество, а на урегулирование своих внутрисемейных конфликтов. Однако дальнейшее развитие судебной ситуации показало, что

вовсе не забота о психическом здоровье детей было причиной обращения в суд.

Ни одно из заключений экспертов родителей не убедило, поскольку не подтверждало сложившегося у них предубеждения. Еще при назначении экспертизы было очевидно, что они добиваются ее проведения лишь для того, чтобы зафиксировать вредные последствия доктрины и практики Церкви Объединения для психики верующих. То есть относятся к экспертизе как к некоей формальности, выполнение которой однозначно способствует вынесению бесспорного судебного решения в их пользу. Соответственно, и в эксперты ими предлагались общепризнанные «сектоведы», которые априори, без клинических исследований, давали заключения о необходимости проведения реабилитационных мероприятий «кодированным» и «зомбированным» «сектантам». Не случайно, в суде члены Комитета заявляли, что у них имеется предварительная договоренность с экспертами из ГНЦ судебной и социальной психиатрии им. Сербского об участии в деле против ВАИП и настаивали на кандидатурах Ю. И. Полищука, Кодратьева Ф. В. и А. Л. Дворкина (в отличие от первых двух, даже не являющегося психиатром) и на стационаровании в ГНЦ членов ВАИП.

И, если в ходе проведения экспертизы сотрудниками Судебно-медицинской экспертной службы Администрации Санкт-Петербурга сомнений в компетентности экспертов антикультисты не высказывали, то, ознакомившись с заключением, они немедленно стали требовать новых экспертных исследований. Благо при полном попустительстве суда они игнорировали нормы гражданско-процессуального законодательства не только при подаче исковых заявлений и выступлениях в судебных заседаниях. На них, по всей видимости, не распространялись и нормы о выплате вознаграждения экспертам и компенсации иных затрат, связанных с производством экспертизы, которые по закону возлагаются на сторону, ходатайствующую о ее проведении. То есть Межрегиональный комитет обязан был полностью оплатить производство экспертизы. Однако и в этом вопросе государство было на стороне «спасателей от тоталитарных сект» и взяло на себя все расходы.

Понимая, что поскольку дети не были признаны экспертами психически пострадавшими, их казавшийся поначалу бесспорным выигрыш, стал весьма сомнительным, антикультисты решили перенести военные действия на другой фронт.

Теперь они обратились в Кузьминский межмуниципальный народный суд г. Москвы по месту юридического адреса Церкви Объединения. В их индивидуальных исковых заявлениях вновь фигурировала магическая сумма в 2 млрд. рублей, но теперь она требовалась в возмещение того морального вреда, который якобы был причинен им в связи с вступлением их детей в члены Церкви. К хорошо знакомым Русских Н. К., Черниковой Е. В. и Бабкину В. Н. присое-

динились другие члены Комитета: Кузнецова Г. А. и Гаркуша Г. И. из Москвы и Куракова Г. Р. и Сулова С. Н. из Новгорода. Интересно, что и в Новгороде, и в Москве они неоднократно обращались в прокуратуру и другие правоохранительные органы с требованием о возбуждении уголовного дела или о ликвидации Церкви, на что неоднократно получали ответы об отсутствии оснований для такого рода решений. Русских Н. К., Черникова Е. В. и Бабкин В. Н. к тому же имели достаточный личный опыт, который, судя по всему ничему их не научил.

Вновь, как и в Петербурге, вопреки требованиям ст. 126 ГПК РСФСР о содержании искового заявления истцами не были указаны ни конкретные обстоятельства, на которых они основывали свои требования, ни доказательства, их подтверждавшие, ни какие-либо прилагаемые документы. Как и в Петербурге, они не смогли указать, чем подтверждается факт виновного причинения им нравственных или физических страданий Церковью Объединения, при каких обстоятельствах и какими конкретными ее действиями они нанесены.

Позволю себе немного отклониться от заявленной темы, чтобы разъяснить юридическую конструкцию описываемого судебного дела. В соответствии с российским гражданским правом не всякий вред может быть возмещен даже при наличии страданий претендующего на компенсацию. Приведу несколько примеров. Девушка из уважаемой добропорядочной семьи вышла замуж за наркомана, ведущего беспорядочный образ жизни. Безусловно, ее выбор причиняет родителям нравственные страдания. Решение молодого человека уйти в монастырь может быть весьма болезненным для его близких. Экономические изменения в жизни нашего общества сделали безработными миллионы людей. И т.д. и т.п. Однако во всех этих случаях люди, чьи страдания очевидны, не имеют по закону права в судебном порядке требовать за них компенсации. Невозможно потребовать компенсации морального вреда от телекомпаний за тот безусловный вред, который наносит обществу демонстрация бесконечной череды кровавых боевиков или пошлых мыльных опер. То есть на этих примерах мы видим действие общей нормы ст. 151 ГК РФ, устанавливающей случаи, порядок и способы компенсации морального вреда. Он возмещается при наличии вины причинителя (в результате преступления или иного правонарушения, посягающего на принадлежащие гражданину от рождения или в силу закона права) либо в иных специально предусмотренных законом случаях (например, Закон «О защите прав потребителей»), либо если вред причинен жизни и здоровью гражданина источником повышенной опасности (например, машиной при аварии).

Это значит, что по настоящему делу исходя из требований родителей возместить им моральный вред, они должны были доказать, какими конкретно противоправными действиями Церкви Объединения он

причинен, и обосновать запрашиваемую сумму в 2 млрд. рублей каждому.

Кроме того, в соответствии с нормами гражданского процесса суд не имеет права выходить за пределы исковых требований. Право формулировать исковые требования и изменять их принадлежит только истцу. Это значит, что, если заявлен иск о расторжении брака, суд не может по своей инициативе разделить имущество супругов. Если истцы ставят вопрос о взыскании ущерба в результате аварии, суд не может обсуждать целесообразность приобретения ответчиком автомашины. Так и в этом деле. Истцы заявили требование о возмещении им морального вреда. Значит, именно конкретные действия, причинившие им вред, а не всю деятельность ответчика, его вероучение и религиозную практику и многое другое должен был рассматривать суд.

Описываемые родителями в исковых заявлениях случаи не соответствовали ни одной правовой конструкции. И вовсе не потому, что представляли собой особую сложность для правосудия. А потому, что их родительские права Церковь Объединения не нарушала.

Из всех исковых заявлений и пояснений истцов в судебном заседании было очевидно, что юридически значимым фактом, составляющим основание иска, они полагали вступление их совершеннолетних детей в Церковь Объединения. Однако это не является нарушением закона, поскольку тем самым привлеченные судом к участию в процессе в качестве третьих лиц совершеннолетние и дееспособные граждане — дети заявителей реализовали свое конституционное право на свободу вероисповедания. Согласно ст. 28 Конституции РФ они имеют право исповедовать индивидуально или совместно с другими любую религию, свободно выбирать, иметь и распространять религиозные убеждения равно как и действовать в соответствии с ними.

Именно поэтому правовое основание иска истцами вообще не было указано, равно как не указывалось, какими именно противоправными действиями Церкви Объединения истцам причинен моральный вред и в чем заключалась противоправность этих действий, если они имели место. Их исковые заявления и пояснения в судебном заседании по-прежнему сводились к утверждениям, что якобы их дети были “вовлечены” обманом с использованием методов психологической обработки и подавления психики. Однако подобные публицистические высказывания выражали только крайне негативное отношение истцов к религиозной деятельности как таковой и не содержали никаких фактических указаний на какие-либо противозаконные действия Церкви Объединения. Никаких реальных доказательств “вовлечения”, равно как и заключений экспертов о подавлении или ином нарушении психики конкретных лиц суду не представлено.

Истцы также не указывали, в чем конкретно выразился ущерб, якобы причиненный им Церковью Объ-

единения. Из их исковых заявлений можно было сделать вывод, что причиненный моральный вред связан с изменениями в поведении их совершеннолетних детей. Однако сама трактовка этих изменений была абсурдна и нелепа. Приведу лишь один пассаж из искового заявления: *“В августе 1995 г. сыну назначили супругу — мунитку с десятилетним стажем в секте, без работы и определенного места жительства, давно оставившую свою семью. “Благословив” нашего сына на брак с иностранкой, Церковь Объединения не предусмотрела, где они будут жить. Сейчас сын работает с утра до ночи, содержит жену, ребенка 5 мес., арендует 4-х комнатную квартиру, оплачивает нахождение жены в больницах (3 раза), оплачивает въездные визы жены. Наши просьбы оставить арендуемую квартиру и перейти жить к нам, в его комнату 16 кв м успеха не имеют. Живут в бедности. Вот в такое тяжелое положение секта поставила нашего сына и нас родителей-пенсионеров. Ввиду изложенного, считаю, что действиями Церкви Объединения мне и моей жене были причинены физические и нравственные страдания, связанные с нарушением личных неимущественных прав и нематериальных благ, связанных с отцовством, материнством и семейными отношениями”*.

Молодая женщина, недавно ставшая матерью, гражданка Швейцарии, характеризуется своим свекром как лицо без работы и определенного места жительства. Переехав из благополучной Швейцарии в Россию, она сталкивается не только с обычными бытовыми сложностями, но и с явным недоброжелательством родственников своего мужа. Понятно, что подобное отношение истца к супруге своего сына и матери единственного внука не способствует налаживанию добрых отношений и совместному проживанию в одной квартире. Благословение на брак или совершение обряда венчания не обязывает ни одну религиозную организацию предусматривать, где будут жить новобрачные. Обеспечение молодой семьи жильем — это их внутреннее дело. И если только “зомбирование” способно заставить русского человека на 4 десятке лет содержать жену и ребенка, оплачивать лечение жены, снимаемую квартиру и т.д., то, видимо, столь действенный метод, к сожалению, слишком редко применяется. Но, если не иронизировать, а внимательно прочесть все исковые заявления, беспочвенность и абсурдность обвинений становятся очевидными.

Так, в описанном в иске поведении не усматривается ничего противоправного. Напротив, молодой муж действительно ответственно относится к судьбе своей семьи и содержит нетрудоспособную в связи с уходом за ребенком жену и своего младенца-сына. Но его родители требуют 2 млрд. рублей, которые, как пояснил его отец в судебном заседании, “необходимы для восстановления здоровья сына, проведения реабилитационного лечения”.

Неадекватность в поведении другого молодого человека его мать усмотрела в нерегулярном питании, небрежности в одежде и чтении религиозной литературы. Однако если это и имело место, то, видимо, было связано с индивидуальными чертами его характера, а не с воздействием на его психику.

К., студент Новгородского Государственного Университета, по мнению своего отца, обнаруживал снижение памяти, психическую неуравновешенность и утрату интереса к профессиональной карьере. Медицинские документы, свидетельствующие о негативных изменениях его психического состояния, суду не представлены. Сам К. представил зачетку, из которой видно, что он учится только на хорошо и отлично. Его интерес к собственной профессиональной карьере является его личным делом и никак не связан с деятельностью Церкви Объединения.

Р., по мнению ее матери, увлечена деятельностью Церкви Объединения и проводит там все свое свободное время. Ее поведение никоим образом не выходит за рамки общепринятого, и, тем более, не носит противоправного характера.

С. не поддерживает отношений с прежними друзьями, не общается с родственниками. Однако эта сфера не регулируется правом, поскольку каждый человек самостоятельно формирует круг своего общения.

Еще один верующий Церкви, как указано в исковом заявлении, изменил образ жизни, отношение к семье, материальному благополучию, утратил интерес к профессиональной карьере. Однако даже если эти изменения имели место, они связаны с личным выбором самого совершеннолетнего человека.

Г., по мнению его матери, редко бывает дома, приходит агрессивным и голодным, занимается торговлей чаем, его “держат крепко в своих лапах”. Любопытно, что на самом деле он прихожанин православной общины и одновременно интересуется доктриной Церкви Объединения. Вне зависимости от его вероисповедания выбор Г. образа жизни, места работы и т.д. — является его личным делом.

Все родители поясняли, что подобного рода изменения произошли с их детьми в результате воздействия на их психику. Любопытно при этом, что все они были единодушны в том, что не возражали бы, если бы их дети обратились в православие.

Если оценивать эти претензии родителей с правовой точки зрения, то следует иметь в виду следующее. Все вышеуказанные лица являются совершеннолетними. В соответствии с ч. 2 ст. 17 Конституции РФ их основные права и свободы неотчуждаемы и принадлежат им от рождения. Согласно ст. 60 Конституции они, как и каждый гражданин РФ, могут самостоятельно осуществлять в полном объеме свои права и обязанности с 18 лет.

В соответствии со ст. 23 Конституции РФ каждый имеет право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну. Частная жизнь не подлежит контролю со стороны государства, суда и даже

собственных родителей. Граждане вольны уединяться, размышлять, вступать в контакты с другими людьми или воздерживаться от них, регистрировать брак по своему усмотрению, вольны как интересоваться профессиональной карьерой, так и придавать большее значение духовным ценностям, и т.д.

Ст. 27 Конституции РФ гарантирует свободу передвижения, выбора места пребывания и места жительства, ст. 28 — свободу совести и свободу вероисповедания, ст. 29 — свободу мысли и слова. Ст. 37 Конституции РФ предоставляет каждому прав свободно распоряжаться своими способностями к труду, выбирать род деятельности и профессию.

Права личности гарантированы не только российским, но и международным правом. Ст. 12 Всеобщей декларации прав человека и ст. 8 Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод гарантируют человеку право на уважение личной и семейной жизни, запрещая вмешательство в осуществление данного права.

Осуществление истцами права на судебную защиту, превратно ими толкуемое, фактически нарушает указанные выше нормы международного права и конституционные права и свободы их совершеннолетних детей, что недопустимо в соответствии с ч. 3 ст. 17 Конституции РФ.

Исковые требования истцов — членов Межрегионального Комитета спасения от тоталитарных сект направлены на ограничение прав их совершеннолетних детей, на ограничение их выбора места жительства, рода занятий, религиозных убеждений, тогда как Конституция РФ предоставляет им свободу выбора и самоопределения. По сути они злоупотребляют своими родительскими правами, так как их **исковые требования по сути связаны с презумпцией ограничения прав совершеннолетних граждан на их религиозный выбор в соответствии с пожеланиями их родителей.**

Вне зависимости от содержания правовых актов нельзя лишить человека права на достоинство, на свободу мысли, на выбор жизненного пути и круг общения. Иски родителей сводятся к тому, что неадекватность поведения их совершеннолетних детей связана в их представлении именно с религиозным выбором. Тем самым они вторгаются в духовную сферу личности своих совершеннолетних детей, что, несомненно, вызывает еще большее отчуждение и непонимание. В жизни достаточно часто родители не приемлют религиозный, профессиональный, семейный и, наконец, сексуальный выбор своих детей, они не всегда удовлетворены степенью эмоциональной близости со своими совершеннолетними детьми, однако это не является основанием для обращения в суд. Суд не может решить эти вопросы принудительно, они решаются по доброй воле сторон с учетом их добрых отношений.

(Продолжение следует)

30 апреля 1997 г.

В Серпуховской Высоцкий мужской монастырь
архимандриту Иосифу

Ваше Высокопреподобие!

В ответ на вашу просьбу от 18 апреля 1997 года провести экспертизу и дать заключение по состоянию здоровья епископа Арсения (А. И. Жадановского), репрессированного в 1937 г., посылаем Вам прилагаемое ниже экспертное заключение.

Экспертное заключение комиссии психиатров по материалам дела епископа Арсения (А. И. Жадановского)

На основании анализа многочисленных представленных нам материалов: протоколов допросов 1937 г. самого епископа Арсения (А. И. Жадановского) и допросов свидетелей, справок по архивно-следственным делам 1932 – 1933 гг. № 188383 от 3.04.1956 и № 25053 от 5.04.1956, книги воспоминаний “Епископ Арсений (Жадановский). Воспоминания”. М., 1995, 294 стр., с приложенной автобиографией на 36 стр. И других материалов, а также имеющихся у нас данных относительно психиатрической и следственной практики 1930-х годов, можно заключить следующее.

Протоколы допросов, которыми мы располагаем, являются убедительным подтверждением технологии следственной фальсификации, о которой хорошо известно по многим сходным примерам.

В протоколе от 14 апреля 1937 г. на вопрос “Назовите круг Ваших знакомых” дается список лиц, которые спустя полтора месяца фигурируют как контрреволюционная организация.

Сравним, например, протоколы допросов о. Арсения от 27 и 28 мая 1937 года, проведенные разными следователями. Вопросы и ответы написаны одной рукой и одним языком, характерным языком следователя. Непрерывно повторяются одни и те же специфические штампы, готовые клише и словесные кальки. Лексический выбор и стилистика вопросов и ответов не отличаются друг от друга. Они не соответствуют не только индивидуальному стилю отца Арсения, но и стилю любого священнослужителя. Второй протокол целиком повторяет первый. Отличие состоит лишь в появлении в ответах второй редакции стереотипных вставок типа: “нелегалов”, “тайных”, “тайно”, “действительно являюсь” вместо “являлся”. Вместо “в нелегальную организацию церковников входили кроме меня следующие лица...” — “в состав контрреволюционной организации церковников нелегалов входил Жадановский как руководитель и...”. Отчетливо видно, что все записи, формулиров-

ки, их стилистика и с высокой вероятностью значительная часть содержания принадлежат следователям, а от отца Арсения всякий раз вымогали подпись под ответом. Вынудить к подписи старика, да еще в атмосфере 1937 года, а главное душевнобольного, разумеется, нетрудно.

О душевном заболевании отца Арсения свидетельствует заключение проф. П. Б. Ганнушкина из дела 1932 г., из которого следует, что А. И. Жадановский страдает “врожденной неустойчивостью нервно-психической сферы в форме психастении с склонностью к навязчивым мыслям и страхам; церебральным атеросклерозом и недостаточной деятельностью сердечной мышцы. В связи с чем должен находиться под постоянным наблюдением врачей”.

Диагноз проф. П. Б. Ганнушкина, одного из наиболее крупных психиатров своего времени, свидетельствует о наличии у отца Арсения хронического душевного заболевания, то есть заболевания с очень длительным течением, начиная еще с 1923 г., и со склонностью к обострениям в неблагоприятных обстоятельствах.

Из справок по архивно-следственным делам следует, что с 1923 года еп. Арсений Жадановский “по болезни ушел на покой и ни к какой церкви прикреплен не был”. “Ряд обвиняемых по делу называют его лицом, настроенным антисоветски, однако данных об антисоветской деятельности Жадановского в деле нет.” По делу 1933 года указывается, что “признательные обвинения он дал... после ночного припадка, в болезненном состоянии, а на следующий день, после освобождения из-под стражи, отказался от этих показаний”. В заявлении Жадановский ссылается на свое болезненное состояние, указывая, что по характеру заболевания: манию преследования, боязнь людей, не может принимать участие в каких бы то ни было группировках и в антисоветской агитации.

Согласно показаниям свидетельницы М. Н. Михайловой от 4.11.1955, фигурировавшей во всех списках знакомых, постепенно превратившихся в контрреволюционную организацию в протоколах 1937 года, епископ Арсений “в последнее время был психически больным, его нельзя было оставлять одного в комнате, когда я была на работе”.

Привлечение к следствию заведомо душевнобольного человека было в 1937 году обычным делом. В Резолюции Второго Всесоюзного съезда психиатров и невропатологов 1936 г. было записано “Считать

расширение границ шизофрении практически вредным". Дело дошло до ликвидации ведущего психогигиенического научного направления отечественной психиатрии, несмотря на его международное признание. В этих условиях заведомо психически больных часто использовали посредством ложных самооговоров и оговоров для производства мифических дел.

Научно намного корректнее и по праву справедливее было бы доказывать невиновность не жертвам, и не родственникам и друзьям погибших, а — наобо-

рот — компетентным органам доказывать их виновность.

Таким образом, имеющиеся разнообразные материалы свидетельствуют о том, что епископ Арсений (А. И. Жадановский), будучи под следствием в 1937 году, находился в состоянии обострения хронического душевного заболевания, лишавшего его возможности отдавать отчет в своих действиях и руководить ими. В этом состоянии его принуждали подписывать сочиненные следователями тексты допросов.

Воскресенский Борис Аркадьевич

вице-президент Московской Академии психотерапии

Бурно Марк Евгеньевич

председатель Общества клинической психотерапии

Савенко Юрий Сергеевич

президент Независимой психиатрической ассоциации России

Досадные пятна

В. Батаев

Уж если на центре мироздания — Солнце — есть пятна, то как им не быть на светильнике нашей науки — Центре им. В. П. Сербского? (см. *Шумский Н. Г. Диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике*, СПб, 1997). И уж тем более, как им не быть на младшем брате Центра — Московском областном центре социальной и судебной психиатрии (МОЦССП)?

На изучение специалистов НПА было представлено три акта СПЭ, проведенных в МОЦССП.

1.

2 февраля 1997 г. в подмосковном поселке Нахабино произошла трагедия: некто А., по профессии врач-стоматолог, нанесла ножевые ранения мужу и свекрови. Привлеченная к уголовной ответственности, она была направлена на судебно-психиатрическую экспертизу. Первая СПЭ была проведена в апреле 1997 г. в МОЦССП амбулаторно, вторая — в ноябре 1997 г. в Московской областной психиатрической больнице № 2 им. Яковенко стационарно.

Как это видно из описательной части актов и психического статуса испытуемой, она обнаруживает акцентуацию характера по истероидному типу. Деликту предшествовала существовавшая длительное время в семье значимая для нее психотравмирующая ситуация, обусловленная гиперопекой и тактикой "ежовых рукавиц" со стороны мужа.

В день правонарушения, 2 февраля 1997 г., А. показала на допросе (1-й акт):

"Муж постоянно ко мне придирается по всяким вопросам: воспитание детей, взаимоотношения, запрет общаться с моими родственниками. 02.02.97 г. утром за то, что младший сын громко просил кушать, поставил его в угол, на кух-

не произошел скандал по поводу того — должна ли я вообще здесь проживать, я сказала, что готова уехать с детьми, не претендую на жилплощадь и алименты, муж сказал, что дети останутся здесь, а я должна уехать, я не согласилась, он ответил, что знает, как от меня избавиться, дал понять, что убьет меня, муж двинулся на меня с угрозами и стукнул два раза указательным пальцем по нижней челюсти, я отступила к раковине, я умоляла прекратить, но он наклонился надо мной и я поняла, что он сейчас будет меня бить, я схватила нож со стола и ударила мужа... забежала к соседям, в слезах и отчаянии, просила помочь соседей, они помогли мне одеться, я позвонила в милицию и скорую, нож у меня был в руках, в окно я увидела, что муж уходит, я побежала домой чтобы забрать детей и увезти их, я боялась, что муж уведет и спрячет от меня, что ранее уже было; когда свекровь открыла дверь, она пыталась меня не пустить и не давать детей, и я нанесла несколько ударов в живот, бросила нож и увела детей к соседке, после из сейфа я забрала свои документы и деньги".

Во втором акте фабула повествования А. в основном повторяется, но уже украшена художественными подробностями:

Когда муж навалился на нее, она схватила что было под рукой, это оказался нож, а по ее словам могла быть сковородка или скалка, то есть любой предмет, которым она могла бы обороняться. После того, как нанесла удар мужу, убежала к соседям, помнит, что оттуда вызвала милицию и скорую. Помнит (при первой экспертизе не "помнила"), что возник страх, что муж что-то сделает детям. Посмотрев в окно, увидела, что муж выходит из подъезда, одет как обычно на работу (удивительная память!). У нее возникло состояние ужаса, что "она ему ничего не сделала, что он бессмертен" и что он пошел за машиной, чтобы увезти детей. Возникла также мысль (NB. на первой экспертизе она о ней не говорила), что дети остались со свекровью и она отомстит за своего сына тем, что расправится с детьми. "Перед глазами возникла яркая картина, что свекровь младшему

сыну оторвала голову". Побежала к себе домой; так как свекровь ее не пускала, она стала "расчищать себе путь ножом".

В МОПБ № 2 испытуемая консультирована сотрудником ГНЦССП им. Сербского профессором Кондратьевым Ф. В.

Возникновение у А. на момент инкриминируемого ей деяния 2 февраля 1997 г. состояние эксперты квалифицируют как острую депрессивную психическую реакцию с нарушением сознания по сумеречному типу.

То, что это "острая депрессивная психотическая реакция" сразу же вызывает возражение, так как кардинальным признаком таких реакций является стремление к самоубийству, чего не наблюдается в данном случае.

Вызывает возражение и квалификация нарушения сознания у испытуемой в момент деликта как сумеречного.

Если эксперты имели в виду сумеречное помрачение сознания при патологическом аффекте, который в судебной психиатрии относится к так называемым "исключительным состояниям", то следовало бы ожидать от них соответствующей аргументации.

Профессору Кондратьеву Ф. В., как никому другому должно было бы быть известно, что в диагностике патологического аффекта ведущее значение придается материалам уголовного дела, когда по показаниям свидетелей восстанавливается целостная картина этого состояния с его трехфазным течением и обязательно психотической природой.

В данном случае диагностика строится на субъективном анамнезе испытуемой. В актах нет ссылок на показания свидетелей (соседей, которые наблюдали испытуемую в течение получаса, милиционеров, следователя), которые могли бы констатировать такие внешние очевидные признаки патологического аффекта, как:

— глубокую дезориентировку, отрешенность, растерянность, бессвязность высказываний;

— выраженные мимические и вазо-вегетативные реакции (искаженное выражение лица, его резкое побледнение или покраснение;

— резкий переход от интенсивного двигательного возбуждения к психомоторной заторможенности;

— далее: отсутствие какой-либо реакции на содеянное, невозможность контакта, сон или полная прострация;

— амнезия не только на происшедшие события, но и на субъективные переживания.

Еще раз возвратимся к фабуле события. А. в ответ на агрессивное поведение мужа схватила случайно попавшийся под руку нож, нанесла им удар мужу, после чего "в слезах и отчаянии" выбежала к соседям, просила их помощи, вызвала милицию и скорую. Увидев в окно, что муж уходит, поняла, что "она ему ничего не сделала", что он может забрать детей и спрятать их от нее, как это было раньше, побежала домой, а когда свекровь помешала ее намерению за-

брать детей, нанесла ей ножом несколько ударов в живот. После этого забрала из сейфа деньги и документы. В тот же день давала об этом показания следователю.

Игнорируя совокупность четырех классических определений помрачения сознания данные К. Ясперсом еще в 1911 году, игнорируя собственную практику судебно-психиатрических экспертиз "исключительных состояний" с клинической картиной патологического аффекта, эксперты во главе со жрецом из Центра им. Сербского трактуют такое поведение как психотическое, в состоянии сумеречного помрачения сознания.

Суд, к его чести, оказался более искушенным в вопросах психопатологии (пишутся же для юристов учебники по судебной психиатрии, в которых ссылаются и на такие авторитеты, как проф. Кондратьев Ф. В. (он применил к А. статью 113 УК РФ, в диспозиции которой указано: "Умышленное причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью, совершенное в состоянии внезапно возникшего сильного душевного волнения (аффекта), вызванного насилием, издевательством или тяжким оскорблением со стороны потерпевшего, а равно длительной психотравмирующей ситуацией, возникшей в связи с систематическим противоправным или аморальным поведением потерпевшего..."). В таких случаях обвиняемые признаются виновными. А для сведения экспертов Центра: состояние обвиняемых на момент деликта в судебно-психиатрической практике квалифицируется как "физиологический аффект", который подразумевает виновность.

2.

Опус № 2 из той же МОПБ № 2 им. Яковенко.

При изучении акта бросаются в глаза такие несуразицы, как хронологические несовпадения, доведенные до абсурда. Так, указывая дату смерти Копичко 09.07.93 г., эксперты на той же странице акта пишут:

"При осмотре 08.05.95 г. выставлялся диагноз...".

"С 05.12. по 12.12.96 г. находился на стационарном лечении..."

"28.07.93 г. выставлялся диагноз "Лимфосаркома..."

Признаться, с такой экзгумационно-психиатрической экспертизой мы столкнулись впервые (не к ночи будет сказано!).

Комиссия МОПБ № 2 экспертных вопросов не решила, полагая, что для этого требовалось бы приобщить к материалам гражданского дела показания нотариуса, соседей и врачей поликлиники.

Требовать показаний нотариуса лишено всякого смысла, так как он не будет же оспаривать произведенное им нотариальное действие, а лишний раз подтвердит, что дееспособность завещателя была им установлена.

Другое дело, понимал ли дееспособный гражданин по своему состоянию значение своих действий и мог ли руководить ими в момент совершения сделки?

Но это уже прерогатива не нотариуса, а судебно-психиатрического эксперта.

Со ссылкой на посмертный эпикриз от 12.07.93 г. эксперты указывают, что последние 2–3 года Копичко не выходил на улицу, с трудом передвигался.

Каких же показаний соседей могут они ожидать в данном случае?

Свидетелями состояния Копичко на период, относящийся к составлению завещания могут быть лишь родственники и другие близкие люди.

В этой связи становится совершенно непонятным, почему эксперты не положили в основу своего заключения показания сына покаяного, тем более, что других показаний в акте нет.

Сын сообщает, что “последние годы своей жизни отец не покидал свою квартиру, так как был прикован к постели, при необходимости его водили под руки, самостоятельно передвигаться не мог, был инвалидом первой группы, у него была частичная парализация и нарушение речи. Как онкологический больной он принимал очень сильные наркотические средства, в больших количествах обезболивающие и снотворные. В этот период отец часто не узнавал своих близких”.

Сопоставление этой информации с данными амбулаторной карты (в апреле 1985 года Копичко перенес острое нарушение мозгового кровообращения, после чего у него нарушилась речь по типу сенсорной, моторной и амнестической афазии, и уже не восстанавливалась до самой смерти; присоединение в дальнейшем тяжелого онкологического заболевания и связанной с этим массивной терапии наркотическими и снотворными) дает все основания полагать, что на момент составления завещания 06. 11. 92 г. Крпичко находился в таком состоянии, что не мог понимать значение своих действий и руководить ими.

Что же помешало экспертам МОПБ № 2 сделать такой вывод?

3.

Комиссия НПА обследовала гр-ку К., 1918 года рождения, жительницу г. Балашиха Московской области.

При этом было установлено:

В 1992 г. К. составила завещание на свою квартиру внучатой племяннице У., которая с 1994 г. проживает на Украине.

В 1994 г. К. обратилась в службу социальной помощи с просьбой найти женщину “умную, самостоятельную, чтобы похоронила”, и познакомилась с гр-кой Д., которая впоследствии, в 1997 г. была назначена ее попечителем.

11.07.95 г. К. оформила дарственную на свою квартиру гр-ке Д.

05.10.96 г. К. была впервые освидетельствована врачом психиатром. Поводом к освидетельствованию явилось обращение соседей по квартире о том, что она по ночам стучит палкой в стенку, звонит в дверь, при встречах нецензурно бранится и набрасывается с

дракой. При обследовании сообщила врачу, что слышит со стороны соседей стуки в ночное время; обнаруживала снижение памяти на текущие события, низкий интеллект. Был установлен диагноз: “Атеросклеротический церебросклероз с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой” (Бредования симптоматика не описана).

В январе 1997 г. попечитель Д. обращалась в ПНД, сообщила, что та продолжает слышать “звуки” из-за стенки соседей, стучит в ответ на это палкой, озлоблена. 22.07.97 г. она была посещена на дому психиатром; дверь ему не открыла, заявила, что без попечителя никого не впускает. По-видимому, из беседы через дверь психиатр сделал вывод о “бредовых интерпретациях, появившихся два года назад”.

После смерти соседки в 1997 г. К. перестала слышать “стуки”.

Внучатая племянница, приехав с Украины навестить завещанную квартиру, узнала, что она продана на правах пожизненной ренты и подала в суд иск, что К., продавая квартиру, не понимала значение своих действий и не могла руководить ими. Суд, вопреки процессуальным нормам, расширил исковые требования и поставил вопрос перед судебно-психиатрическими экспертами о дееспособности К. в настоящее время и необходимости установления над ней опеки.

СПЭ проведена в МОЦСП. Заключение экспертов: “К. страдала с 1985 г. хроническим психическим расстройством в форме органического поражения головного мозга сосудистого генеза с выраженными изменениями со стороны психики, что исключает у нее способность понимать значение своих действий и руководить ими в настоящее время, а также на момент оформления нотариального действия (дарственной) 11.07.95 г. Нуждается в установлении над ней опеки”.

При обследовании К. в НПА выявлено:

Она почти слепа. Доступна контакту. Правильно назвала текущий год и год дарения своей квартиры попечительнице (1995), а также правильно определила разницу в этих датах (три года). Сообщила, что сделала это в благодарность за уход. Тепло отзывается о своей попечительнице, ласково называет ее “Танюшей”. Наоборот, о внучатой племяннице говорит с раздражением: “Она бомжа”, не хочет иметь с ней никаких дел. Правильно оценивая моральную сторону своего поступка: дарение квартиры человеку, который согласился заботиться о ней до самой смерти, вместе с тем не может объяснить юридической стороны совершенных нотариальных действий, теряется при расспросах в этом направлении, ссылается на плохую память, свою безграмотность. Продуктивных психопатологических расстройств у нее невыявлено.

Заключение экспертов НПА:

К. — личность с изначально низким интеллектом, но с достаточно хорошей социальной адаптацией. Она сумела создать семью, работала до пенсии на одном месте, работала и после ухода на пенсию; получила отдельную квартиру; приватизировала ее; начиная с 1992 г. до 1997 г. совершила целый ряд осмыс-

ленных и целенаправленных действий: составила за-вещание на внучатую племянницу в расчете на уход с ее стороны, а когда та уехала в другую страну, обратилась к помощи службы социальной защиты, оформила дарственную на условиях пожизненного ухода за ней, а затем и попечительство.

В течение последних нескольких лет на фоне сосудистого заболевания головного мозга у К. развилось психическое расстройство в виде аказматического галлюциноза. Связывание ею слуховых обманов с конкретными лицами; отсутствие интерпретативного персикаторного бреда; исчезновение “стуков” вместе с исчезновением их предполагаемого источника — позволяют судить о том, что данное психическое расстройство было элементарным, преходящим, хотя и затяжным. Установлено наличие у К. слуховых обманов врачом-психиатром 05.10.96 г.

Указанное психическое расстройство не вызвало “выраженных изменений со стороны психики”, как об этом говорят эксперты МОЦССП. Ядро личности у нее осталось сохраненным: она правильно оценивает морально-этическую сторону своих сделок, понимает их цель. Вывод экспертов о том, что она не понимала значение своих действий на момент оформления дарственной (1995) следует считать бездоказательным.

При возникновении оснований для признания К. недееспособной в будущем следует принять во внимание, что круг лиц, могущих подать заявление в суд об этом ограничен законом. Внучатая племянница, как не являющаяся членом семьи К., не может подать такого заявления, а суд не может принять его к производству. При назначении опекуна орган опеки и попечительства должен руководствоваться статьей 35-й ГК РФ.

Вредители в белых халатах

В. Батаев

Я врач-психиатр с большим стажем, работаю в диспансере. Как-то выписываю себе *Pro auctore* рецепт на теотард. Это бронхолитик. Принимаю препарат много лет. О своей болячке знаю не меньше, чем участковый терапевт, к которому и не хожу. Благо, что рецептурные бланки (обычные, для приобретения лекарств за полную стоимость) всегда под рукой.

Так. Протягиваю рецепт аптекарю. Она:

- Себе выписывать нельзя.
- Почему? Я же врач.
- Должны выписывать у врача, который Вас лечит.
- Я сам себя лечу.
- Не положено.
- Что не положено?
- Себе выписывать не положено.
- Почему же это?
- Мало ли что Вы себе выпишите!
- Да ведь за свои же деньги!
- Короче, себе нельзя.
- Где это сказано?
- Приказ есть такой.
- Но...
- Гражданин, Вы что — не можете написать “Иванову” или “Сидорову”?

Могу, конечно. Но как это унижительно!

У моего коллеги психотерапевта поликлиники не приняли в аптеке рецепт *Pro auctore* на 10 таблеток феназепама. Пришлось ему тут же, возле аптеки купить препарат у спекулянта.

Сетует мне по телефону:

“Понимаешь, сейчас вся страна нуждается в транквилизаторах, время-то какое, так что же теперь всем

к тебе на учет вставать? Такой, понимаешь, психиатрический гулаг получается. Во дурь-то!”

Нет, дорогой, это не дурь. Врачи, они у нас всегда во вредителях числились. Раньше “убийцы в белых халатах” были, а теперь сплошь “самоубийцы в белых халатах” пошли. Как им бланк рецепта можно доверить?

А приказ-то, о котором аптекарша говорила, есть.

Вот он: Приказ Минздрава РФ № 326 от 10.11.97 г. “О правилах выписывания рецептов на лекарственные средства и их отпуске”. Приказ за подписью тогдашнего министра Т. Б. Дмитриевой. Нота бене.

Нет, о том, что врач не может выписать себе рецепт, там не говорится прямо. Использована иезуитская лексика печально известных времен: “Назначенное лечение отражается в медицинской документации”. Все. Если есть рецепт, значит должна быть медицинская документация. А то врачи, они страсть какие зловредные. Начнут без всякой медицинской документации выписывать рецепты себе, своей теще, своим знакомым, или, не приведи, Господи! — далеко не знакомым, но уж больно охочим за свои денежки полечиться...

Короче, коллеги, хотите спокойно спать?

Приходите на прием. Разберемся. Если надо — устроим стационарное обследование. Мало ли чего: бессонница-бессонницей, а там, глядишь депрессия притаилась. Суицидальных мыслей у Вас не бывает? Ну, это мы еще проверим. По методике Люшера, ММРІ, Роршахом Вас по макушке, ЭЭГ само-собой. Короче, пройдите обследование, встаньте к нам на учет и получите свой рецепт по 10 таблеток феназепама.

Возможно ли обжаловать определение суда о назначении стационарной судебно-психиатрической экспертизы?

Ю. Н. Аргунова

На вынесенный в заголовок вопрос теперь можно ответить утвердительно. Это стало возможным благодаря вступившему в силу 2 июля 1998 г. Постановлению Конституционного Суда Российской Федерации по делу о проверке конституционности отдельных положений статей 331 и 464 Уголовно-процессуального кодекса РСФСР в связи с жалобами ряда граждан¹.

Конституционный Суд признал положения пункта 3 части 1 статьи 331 и части 1 статьи 464 УПК РСФСР, в той мере, в какой они исключают до постановления приговора возможность обжалования и пересмотра в кассационном порядке определений (постановлений) суда первой инстанции о применении или изменении меры пресечения, о помещении лица в медицинское учреждение для проведения стационарной судебно-психиатрической экспертизы, а также об отложении разбирательства, приостановлении уголовного дела или о роспуске коллегии присяжных заседателей и связанном с этим возобновлении подготовки к рассмотрению дела, поскольку указанные решения затрагивают конституционные права и свободы и в частности сопряжены с фактическим продлением срока содержания под стражей не соответствующими Конституции РФ, ее статьям 21 (часть 1), 22 (часть 1), 45 (часть 2) и 46 (части 1 и 2)².

Федеральному Собранию поручено внести в уголовно-процессуальное законодательство РФ изменения и дополнения, направленные на урегулирование процедуры обжалования и пересмотра в кассационном порядке определений суда и постановлений судьи, ограничивающих конституционные права и свободы граждан, в том числе право на свободу и право на доступ к правосудию.

¹ Российская газета. — 1998. — 14 июля.

² Ч. 1 ст. 21 Конституции РФ гарантирует со стороны государства охрану достоинства личности. Ничто не может быть основанием для его умаления. Согласно ч. 1 ст. 22 “каждый имеет право на свободу и личную неприкосновенность”. “Каждый вправе защищать свои права и свободы всеми способами, не запрещенными законом” (ч. 2 ст. 45). “Каждому гарантируется судебная защита его прав и свобод. Решения и действия (или бездействие) органов государственной власти, органов местного самоуправления, общественных объединений и должностных лиц могут быть обжалованы в суд” (ст. 46).

Впредь до внесения в законодательство соответствующих изменений и дополнений судам надлежит, обеспечивая право на судебное обжалование определений (постановлений) суда первой инстанции на основании непосредственного применения положений статей 46 и 123 Конституции РФ и с учетом данного Постановления, исходить из предписаний раздела IV УПК РСФСР, регулирующего производство в кассационной инстанции, а также из возможности использования на основании процессуальной аналогии правил, предусмотренных для судебной проверки законности и обоснованности применения заключения под стражу в качестве меры пресечения (статьи 220¹ и 220² УПК РСФСР).

А теперь об этом подробнее.

Статья 46 Конституции РФ, гарантируя каждому право на судебную защиту, в качестве одного из существенных элементов этого права предусматривает возможность обжалования в суд решений и действий (или бездействия) органов государственной власти и должностных лиц, включая судебные органы. Закрепленное в этой конституционной норме положение предполагает, что заинтересованным лицам предоставляется возможность добиваться исправления допущенных судами ошибок и что в этих целях вводится порядок процессуальной проверки вышестоящими судами законности и обоснованности решений, принимаемых нижестоящими судебными инстанциями, поскольку правосудие, как отмечалось в постановлении Конституционного Суда РФ от 2 февраля 1996 г. по делу о проверке конституционности отдельных положений статей 371, 374 и 384 УПК РСФСР, по самой своей сути признается таковым лишь при условии, если оно отвечает требованиям справедливости и обеспечивает эффективное восстановление в правах.

Наряду с этой статьей следует принять во внимание и другую важную конституционную норму. Согласно статье 120 Конституции РФ судьи независимы и подчиняются только Конституции РФ и федеральному закону. В силу этого конституционного положения какое бы то ни было вмешательство в деятельность судов при отправлении ими правосудия, в том числе со стороны вышестоящих судебных инстанций, является недопустимым.

В целях обеспечения независимости судей при осуществлении ими уголовного судопроизводства законодатель установил в статьях 331 и 464 УПК РСФСР правило, согласно которому большинство решений, которые суд первой инстанции выносит в ходе судебного разбирательства, не подлежат кассационному обжалованию и могут быть проверены в кассационном порядке лишь одновременно и в связи с приговором. Тем самым исключается текущий контроль со стороны вышестоящих судебных инстанций за ходом рассмотрения дела судом первой инстанции и, следовательно, вмешательство в осуществление им своих дискреционных полномочий. Однако возможность судебной проверки законности и обоснованности промежуточных действий и решений суда при этом не устраняется, — она лишь переносится на более поздний срок и осуществляется после постановления приговора.

Одним из таких промежуточных решений является определение суда первой инстанции о назначении стационарной судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ).

Следуя логике Конституционного Суда, пересмотр промежуточных судебных решений все же возможен, если только они не находятся в прямой связи с содержанием приговора, включающим выводы о фактических обстоятельствах дела, оценке доказательств, квалификации деяния, наказании осужденного и т.д., т.к. в этом случае пересмотр таких решений не касается существа уголовного дела, а потому не затрагивает независимости судей.

Конституционный Суд пришел к выводу, что к подобным судебным решениям относятся определения (постановления) судов первой инстанции, сопряженные с применением меры пресечения, включая содержание под стражей, или ее продлением, ибо фактическую основу для судебной проверки составляют материалы, подтверждающие только законность и обоснованность указанной меры пресечения, но никак не виновность лица в совершении инкриминируемого ему преступления, вопрос о которой в данном случае не подлежит исследованию.

К этой категории судебных решений Конституционный Суд отнес и определение о назначении стационарной СПЭ, также, как правило, влекущее избрание меры пресечения в виде содержания под стражей. Поводом к рассмотрению этого вопроса послужила жалоба гражданки Н. Ф. Шалотоновой на нарушение ее конституционных прав положениями ст. 331 УПК РСФСР, на основании которых ей было отказано в кассационном обжаловании определения суда о назначении по ходатайству прокурора стационарной СПЭ, повлекшего заключение ее под стражу.

Возможность проверки законности и обоснованности подобных определений суда лишь после окончательного разрешения дела, а именно одновременно с рассмотрением кассационной жалобы на приговор,

по мнению Конституционного Суда, не может быть признана эффективным средством защиты нарушенных прав, тем более если их уже нельзя восстановить в полном объеме после отмены приговора.

Однако предоставление подсудимым гарантий судебной защиты от необоснованного и незаконного применения к ним принудительных мер при обжаловании выносимых в ходе судебного разбирательства решений суда первой инстанции, как отмечается в Постановлении, не должно приводить ни к приостановлению исполнения обжалуемого решения, ни к приостановлению производства по делу в суде первой инстанции, с тем чтобы не нарушался действующий в уголовном судопроизводстве принцип непрерывности, который является, в частности, условием реализации права обвиняемого быть судимым без неоправданной задержки.

Кроме того, исходя из принципа независимости судей, кассационный порядок обжалования промежуточных решений суда первой инстанции, по мнению Конституционного Суда, должен исключать какое-либо ограничение его дискреционных полномочий не только в части завершающих рассмотрение выводов, но и применительно к последующим промежуточным процессуальным решениям, потребность в которых может возникнуть в ходе судебного разбирательства до вынесения приговора.

Подведем итоги.

Конституционный Суд открывает возможность обжалования и пересмотра в кассационной инстанции определения суда первой инстанции “о помещении лица в медицинское учреждение для проведения стационарной судебно-психиатрической экспертизы” поскольку указанное определение “затрагивает конституционные права и свободы, и в частности сопряжено с фактическим продлением срока содержания под стражей”. Данная формулировка наводит на некоторые размышления.

1. Из нее следует, то речь идет не только о ситуациях, связанных с нахождением лица под стражей, но и иным образом затрагивающих конституционные права и свободы. А значит обжаловано может быть и помещение лица на стационарную СПЭ без избрания меры пресечения в виде содержания под стражей, т.е. бесстражного, в том числе в отношении которого применены другие меры пресечения, в частности подписка о невыезде. Указанной возможности не исключают в частной беседе и представители Конституционного Суда, участвовавшие в подготовке Постановления.

2. Постановление Конституционного Суда содержит юридическую неточность. В действительности в соответствии с процессуальным законодательством суд вправе вынести определение не “о помещении лица в медицинское учреждение для проведения стационарной СПЭ”, а “о назначении стационарной СПЭ”. Похоже однако, что такая неточность была допущена намеренно. Если бы Конституционный Суд

руководствовался при вынесении Постановления формулировкой УПК, более емкой по содержанию, он фактически бы открыл путь для обжалования не только водворения лица в медицинское учреждение, но и самого факта назначения экспертизы, его необходимости. А это уже повлекло бы контроль со стороны вышестоящих судебных инстанций за ходом рассмотрения дела судом первой инстанции и, следовательно, вмешательство в осуществление последним своих дискреционных полномочий. Ведь назначение стационарной СПЭ и ее результаты в отличие от других процессуальных действий, перечисленных в Постановлении (применение или изменение меры пресечения, отложение разбирательства, роспуск коллегии присяжных заседателей и т.д.), находятся в прямой связи с содержанием приговора, включающим выводы о фактических обстоятельствах дела, оценке доказательств, квалификации деяния, наказании осужденного: выявленные психические расстройства в пределах вменяемости учитываются, например, в рамках ст. 22, 106 и других статей УК РФ, а наличие невменя-

емости, как известно, служит основанием для освобождения лица от уголовной ответственности или наказания, либо для прекращения дела. С другой стороны, если разобраться, то возможное признание вышестоящим судом незаконным или необоснованным помещение обвиняемого в медицинское учреждение для проведения СПЭ сделает невозможным и само экспертное исследование его психического состояния, в особенности, если решить этот вопрос в амбулаторных условиях не представляется возможным.

Рассмотрев вопрос об обжаловании определения суда, касающегося производства СПЭ, в одном ряду с другими видами определений и постановлений, Конституционный Суд, не оценив до конца специфики вопроса, создал некую недосказанность, которая, в свою очередь, может привести к ошибкам и разнобою в правоприменительной практике. Специальное разъяснение Конституционного Суда по применению рассматриваемого пункта Постановления могло бы внести ясность в создавшееся положение.

Шестая конференция Европейского Общества
по изучению травматического стресса

ПСИХОТРАВМАТОЛОГИЯ

Клиническая практика и права человека

5–8 июня 1999 г., Стамбул

*STCC Conference Secretariat, Baverstock House
St. Anne's Road, Lincoln LN2 5RA, Great Britain*

Tel.: +44-1522-560617; Fax: +44-1522-546337

E-mail: rorner@psychesi.win-uk.net

Смотрите также страничку в Интернет:

<http://www.estss.demon.co.uk>

К 120-ЛЕТИЮ КУРТА ГОЛЬДШТЕЙНА

Kurt Goldstein (1878. Катовице — 1965. Нью-Йорк) — один из наиболее выдающихся немецких неврологов и психиатров, заложивший основы нейро- и патопсихологии, феноменологического подхода и гештальт-направления в неврологии и психиатрии, создатель организмической теории медицины и личности.

Окончил университет Бреслау (1903). Учился у Карла Вернике. Приват-доцент, профессор (1912) в Кенигсберге, организатор и директор военного госпиталя, впоследствии института “исследований последствий мозговых повреждений” (1914) и профессор (1919) во Франкфурте на Майне. Основал с Максом Вертгаймером знаменитый журнал “Psychologische Forschung” (1922). Один из организаторов Международного общества психотерапии (1927). Профессор и директор неврологического отделения госпиталя Моабит в Берлине (1929–1933). Один из первых немецких профессоров попавших в нацистскую тюрьму и выдворенных из Германии (1933). В эмиграции в Нидерландах (1933–1934). Профессор Колумбийского университета и руководитель нейрофизиологической лаборатории в Монтефиорском госпитале в Нью-Йорке (1935–1940), профессор Тафтского медицинского колледжа и руководитель неврологической лаборатории в Бостоне (1940–1945), с 1945 г. в Нью-Йорке, профессор Нью-Йоркского колледжа (1959–1955), руководитель психологического отдела Нового института социальных исследований (1955).

На основании клинико-экспериментальных исследований больных с травмой мозга в I мировую войну и гештальт-подхода, к которому пришел самостоятельно, Гольдштейн подверг радикальному пересмотру традиционные клинические представления, внося фундаментальный вклад в проблему локализации функций в коре головного мозга, примирив крайние взгляды локализационистов и эквипотенциалистов (1927), в проблемы функционального значения лобных долей и правого полушария мозга, афазии, психопатологии речи и мышления, компенсации нарушенных мозговых функций, психотерапии и многого другого. Развил теорию психотической тревоги как нарушение функции предвосхищения (1923, 1927, 1957). Гольдштейн — автор фундаментальных разделов в “Руководстве по психиатрии” под редакцией Ашаффенбургера уже не был представлен, как и многие другие выдающиеся немецкие психоневрологи еврейского происхождения, в Руководстве под редакцией Бумке. Между тем, именно Курт Гольдштейн один из создателей нового нелинейного, динамичного и гибкого стиля мышления в медицине и биологических науках. Еще в 1934 г. в своем главном труде “Организм” Гольдштейн показал недостаточность понятия гомеостаза для живых организмов. В противовес

представлениям о множестве инстинктов и потребностей, Гольдштейн ввел в психологию понятие самореализации, как целостного выражения мотивации личности, социальной по преимуществу. Гольдштейн показал, что человек в своем поведении постоянно комбинирует абстрактную и конкретную установки, переходя от одной к другой в зависимости от требований ситуации и своих задач. При различных формах патологии по разному снижается уровень организации обеих установок, а при грубой патологии способность к абстрактной установке вообще теряется. В своей философской ориентации Гольдштейн принадлежит феноменологическому направлению. Он испытал влияние Канта и Гуссерля, был близок с Э. Кассирером, М. Шелером и П. Тиллихом, и сам оказал сильное влияние на многих феноменологов. Наряду с К. Штумпфом и А. Мишоттом, Гольдштейн может быть назван крупнейшим представителем экспериментальной феноменологии. Гольдштейн решительно предпочитал тщательное исследование отдельных больных большим выборкам, естественные ситуации лабораторным условиям, контекстуальный подход изолированному аналитизму, структурные уровни организации континуализму. Разработанные Гольдштейном методики классификации, а также многие идеи и категории стали классическими еще при его жизни, хотя в отечественной литературе излагались и



Курт Гольдштейн

критиковались некорректно. Среди его учеников Абрахамом Маслоу.

Cor: *Der Aufbau des Organismus* — Haag, 1934 (*The Organism*, Boston, 1939, 1963); *Human Nature in the Light of Psychopathology* — Harvard Univ. Pr., 1940; *After-Effects of Brain Injuries in War* — New York, 1942; *Language and Language Disturbances* — New York, 1948;

Selected Papers — New York, 1971; Kurt Goldstein. / *A History of Psychology in Autobiography*. Vol. 5 / E. Boring et al. (ed.) — New York, 1967, pp. 145–166. В русском переводе: Принцип целостности в медицине. // Советская психоневрология. № 9. 1933. С. 5–18; О двух формах приспособления к дефектам. // Невропатология и психиатрия. № 6. 1940. С. 116–124.

Принцип целостности в медицине¹

Kurt Goldstein (Берлин)

Целостная точка зрения в медицине рождена не теоретически — спекулятивным мышлением, а эмпирией. породил ее не только опыт неудач врачебной практики — опыт, обусловивший, с одной стороны, терапевтический пессимизм врачей, с другой — приток пациентов к более оптимистически настроенным знахарям и шарлатанам лечебного дела, — но также и непрерывное нарастание противоречий в основах теории, в частности — в основах эксперимента. Из обоих этих моментов выросла критическая установка в отношении господствующих воззрений, из нее, в свою очередь, обостренные эмпирические искания, которые, отправляясь от новых фактов, стремились к обоснованию нового понимания организма и его деятельности.

Традиционное воззрение на организм, на котором были воспитаны мы, старшее поколение, сводилось к изображению организма как совокупности отдельных, друг от друга независимых аппаратов и их деятельности. Взаимная связь этих аппаратов считалась моментом вторичным, производным. В основу представления об аппарате и его функции была положена схема рефлекса. Она применялась не только к процессам, протекающим в нервной системе, но также и ко всем другим, напр., к процессам химическим, которые также приводились в тесную связь с деятельностью совершенно определенных аппаратов. Воздействия, которым организм подвергался, сводились, с этой точки зрения, к сумме раздражений, на которые организм отвечал строго определенным образом. Предполагалось, что каждый раздражитель вызывает всегда одинаковый, четко определенный процесс, протекающий по твердым фиксированным путям. Цель исследования заключалась в том, чтобы разложить общую деятельность организма на элементарные процессы, представляющие простейшие реакции на определенные раздражения. Чтобы получить эти элементарные процессы в возможно более чистом виде, пытались воздействовать на организм отдельными раздражителями и всячески изолировать процесс, вызываемый каждым раздражителем. Чтобы этот принцип провести с возможной полнотой, следовало изучаемую часть организма изолировать от остальных его частей. Таким путем, расчленяющий,

изолирующий эксперимент стал для разбираемого воззрения наиболее совершенной формой опыта. Там же, где такое вычленение оказывалось невозможным, пытались добиться условий, при которых часть организма возбуждалась к деятельности, хотя бы относительно независимо от других частей, примерно так, как это происходит в естественном состоянии в нервной системе. Этим изолирующим приемам мы обязаны знанием рефлексов, разделением чувствительной и двигательной сферы, учением о так наз. агонистических и антагонистических процессах, многим из наших познаний о вегетативной системе, о специфической роли вагуса и симпатикуса, о специфическом действии желез внутренней секреции, о некоторых соках и т.п.

Поскольку допускалось, что организм состоит из отдельных аппаратов, не представляло существенно-го различия — функционирует ли каждый из этих аппаратов изолированно или же в связи с совокупностью других. В результате совокупного действия, взаимного активирования или торможения деятельности многих аппаратов, конечный эффект лишь усложняется, и менее ясной становится роль каждого из функционирующих аппаратов в общей картине действия. Принципиально же, основные реакции, выделенные расчленяющим экспериментом, протекая в плане целого, по-прежнему остаются неизменными, и жизнь всего организма может быть понята, как результат сочетания этих элементарных деятельностей.

Эту концепцию, учитывая ее методическую ясность, можно было бы считать идеальной, если бы удалось, идя по этому пути, действительно, понять поведение организма. Долгое время полагали, что это возможно. Однако, постепенно все больше и больше обнаруживалось фактов, которые заставляли сомневаться в правильности такого допущения. На сегодняшний день даже основы теории рефлексов становятся проблемой. Даже вопрос, существуют ли вообще рефлексы, требует серьезного обсуждения. Оказывается далеко не простым делом выявить константные, укладывающиеся в понятие рефлекса, деятельности, возникающие как реакция на константные раздражения.

Если мы непредвзято проанализируем ответ на раздражение, например; реакцию, возникающую при прикосновении к подошве или при впрыскивании

¹ “Советская психоневрология”, 1933, 3, 5 – 18.

определенной дозы адреналина, то мы сможем выделить различные действия:

1. *Вполне константные*, количественно и качественно одинаковые.

2. *Действия* — вопреки объективно одинаковому раздражению — *резко различной силы и даже с противоположным обычному результату исходом*. Так, при одинаковых раздражениях подошвы, плантарная флексия может быть выражена в разных случаях с весьма разной интенсивностью. Другой пример — патологический рефлекс Бабинского. Этот рефлекс также значительно варьирует, смотря по тому, в каком положении находится нога, в каком положении находится все тело, даже смотря по тому, в каком положении фиксирована голова; иногда же вместо дорзальной флексии может наступить даже плантарная (см. "Handb. d. norm. u. path. Physiologie" В. Х., стр. 35 и 642). Совершенно то же самое в отношении адреналина: и здесь одинаковая доза может при различных условиях (состояние органа, его отношение к центральной нервной системе, предварительная обработка адреналином или другими веществами и т.п.) вызвать совершенно различные, иногда прямо противоположные обычному результату действия (см. там же, В. XII, стр. 1729).

Если мы обратим внимание на различие, существующее между ситуациями, при которых возникают константные реакции и реакции, варьирующие, то сможем установить следующее.

Константные реакции требуют строгой изолированности раздражения, отграничения реагирующей части организма от остальных его частей и, кроме того, изолирования реакции во времени от других реакций, т.е. достаточных ("адекватных") пауз между отдельными реакциями.

Варирующие реакции возникают тогда, когда мы изучаем реакции в более естественных для организма условиях. Если мы исследуем процессы, протекающие одновременно с этими варьирующими реакциями в различных участках организма, различные нервные, гуморальные, химические и др. процессы, то обнаружим, что различным вариациям реакций соответствуют различные состояния, различные положения различных частей организма, т.е., что реакции оказываются зависящими не только от раздражителей, но и от многих иных факторов.

То же самое относится и к моменту времени. Если расположить опыты в определенной временно, адекватной (см. ниже) последовательности, то можно обнаружить зависимость каждой реакции не только от раздражителя, но и от предшествовавшей реакции. Реакция зависит от исходного состояния органа resp. организма². Последнее же определяется предшествовавшей реакцией. Лишь при определенной временной последовательности (сравн. ниже) мы можем получить действительно константные реакции.

² Ср. Goldstein "Neuroregulationen" *Ergebn. d. inner. Med. u. Kinderheilk.* 1932, s. 754 und Wilder "Klin. Woch." 1931, № 10.

Если мы примем во внимание разнообразные факторы, действующие в различнейших частях организма, и учтем их влияние на реакцию, то последняя предстанет перед нами снова, как инвариантная. Таким, т.е. постоянным представляется нам, например, действие адреналина, если мы примем во внимание качество органа, его исходное состояние (Wilder), его отношение к аппаратам центральной нервной системы, общее гормональное, гуморальное состояние, обычное отношение между вегетативными и анимальными процессами и т.п. Инконстантность реакций возникает только тогда, когда мы концентрируем внимание исключительно на одном лишь действующем раздражителе, как это принято было делать в первоначальных изолирующих экспериментах.

Обычная точка зрения пытается свести варьирующие реакции к реакциям константным, как к основе, понять реакции варьирующие, как модификации более элементарных константных "рефлексов". Такое сведение производится, во-первых, в силу самого понятия константности, а во-вторых, потому, что оно создает возможность объяснить варьирующие реакции, как более сложные модификации видимо более простых константных процессов. Что касается первого момента, различия в отношении степени постоянства, то мы уже указывали выше, что и так наз. варьирующие реакции выступают перед нами как постоянные — стоит только учесть наличие и влияние на реакцию ряда моментов, на фоне которых она протекает. Что же касается второй причины, то мы предпочли бы оставить пока открытым вопрос, что из чего лучше объясняется: "более сложные" реакции рефлексами или же наоборот. Мы хотели бы предварительно заняться вопросом: *можно ли вообще объяснить поведение организма в обычной обстановке, исходя из понятия рефлекса*. Разрешение этого вопроса облегчит нам ответ и на предыдущий, — об отношении между рефлексом и "более сложной реакцией".

В том, что рефлексы протекают в организме не вполне тождественно тому как они выявляются в эксперименте, — не станет сомневаться никто. Обычно говорят, что они под влиянием других рефлексов видоизменяются, "включаются", "тормозятся", "вызываются", "регулируются". Если мы станем изучать коленный рефлекс на нормальном животном и на животном с перерезанным спинным мозгом, то обнаружим, что во втором случае ответ на одинаковое раздражение более силен, чем в первом. Мы говорим, что здесь рефлекс "расторможен", в норме же он тормозится. Если чесательный рефлекс проявляется у собаки различно при различном положении ее головы, если при закреплении одной конечности он исключительно целесообразно выполняется другой, то мы говорим, что раздражение здесь иначе "включилось", и т.д.

Если задаться вопросом, чем же определяется это включение, то попытка разрешить его неизбежно приводит к допущению дальнейших аппаратов, которые действуют тормозя, включая, регулируя, — и вся постановка вопроса в целом вынуждает к бесконечно-

му движению вспять, которые лишь потому не бросаются так резко в глаза, что мы всегда имеем дело лишь с частичным процессом и ничто не вынуждает нас прямо ответить, откуда берется у определенных аппаратов тормозящая, регулирующая функция. В действительности же положение вещей далеко не так просто. Из двух процессов далеко не всегда один является тормозимым, а другой тормозящим, а ведь именно так должно было бы обстоять, если бы мы имели дело с тормозящим аппаратом! Более глубокое изучение говорит за то, что регулирующее влияние оказывается обычно взаимным, обоюдным. Особенно поучительным было в этом смысле исследование процессов, протекающих в вегетативной системе. Чем больше исследовали, тем более очевидным становилось, что собственно, все составляющие эту систему факторы: нервная система в ее различных отделах, гуморальные, гормональные процессы, яды, вегетативная и анимальная системы и т.д., взаимно друг на друга влияют³ так, что мы вместе с Kroetz'ом, приходим к заключению, что здесь, в конце-концов, речь идет об единой системе; ее регулирующие начала образуют замкнутый круг, в котором нельзя выделить определенного начала или конца. К таким выводам мы приходим всегда, если, последовательно размышляя, пытаемся увязать друг с другом данные, получаемые в изолирующем эксперименте.

Однако, если мы захотим глубже понять процессы, происходящие в организме, такое допущение замкнутого круга регулирующих начал не может нас удовлетворить. Каким образом возникает на основе такого круга каждый раз определенная результирующая деятельность? На такой основе могла бы, в лучшем случае, лишь вновь возникнуть в организме внутренняя упорядоченность, после того, как она была нарушена влиянием Среды. Правда, здесь можно заметить, что и для авторов, полностью разделяющих принципы теории рефлексов, организм представляется системой регуляций, назначением которых является выравнивание наступающих нарушений, приведение организма каждый раз снова в состояние некоторого равновесия. Все для этой теории представляется как бы предназначенным только к сохранению покоя, к самосохранению организма. И возникает вопрос: *каким же образом в эту игру взаимно сдерживающих моментов врывается динамика, та динамика, которая обуславливает определенное направление событий, которая проявляется в деятельности организма?*

Откуда возникает эта направленность? Этот вопрос приводит нас к основной проблеме понимания жизненных процессов, которые также являются по существу процессами направленными. Этот вопрос выходит за пределы всякой теории рефлексов.

Допущение многих надстраивающихся один над другим рефлексов, также само по себе, ничего не объясняет нам в той иерархии, которая проявляется в по-

нятиях торможения или регуляции. Поэтому для более глубокого понимания деятельности организма все теории рефлексов были вынуждены принимать дальнейшие допущения, которые, однако, принципиально выпадали из общих рамок самих теорий. Это относится уже к теории нематериальной души Декарта, которому мы обязаны самим учением о рефлексе, к метафизическому учению об энтелехии в его различных формах и даже к осторожно сформулированному учению об интегрирующей функции Шеррингтона. Даже при одном описании фактов приходилось прибегать к понятиям, которые не только выпадали из общей концепции рефлексов, но представляли собою *вторжение качественно чужеродных, не поддающихся контролю и, во всяком случае, не ясно обозначенных факторов*. Когда Дриш заявляет, что под энтелехией “ничего более представлять себе не следует”, когда он пытается рассматривать энтелехию как регулирующий принцип, “не подлежащий дальнейшему определению” — это лишь крайнее выражение того же по сути воззрения, которое так невинно (*harmlos*) выступает в понятиях торможения, регуляции. Не коренится ли это противоречие теории в том, что основные положения концепции рефлекса по существу (*sachlich*) неправильны? Во всяком случае это противоречие должно стать для нас отправной точкой и побудить нас к исканию лучшего решения.

Уже при попытке однозначно описать реакцию, факты всегда указывают нам на целостность организма. Даже при вызывании “рефлекса” мы видим, что реакция проявляется не только на ограниченном участке, — если, конечно, мы искусственными мерами не подавим разлитую часть такого проявления в остальном организме, как это происходит, например, при исследовании так наз. условных рефлексов в смирительной рубашке экспериментальной установки Павлова. Фактически мы обнаруживаем и это выступает тем ярче, чем ближе условия эксперимента к обычной обстановке, чем глубже мы изучаем все большее число частей, что реакция проявляется в различных областях организма. Поэтому мы вправе сказать, что *реакция, вообще говоря, всегда затрагивает организм в целом.* Уже при внешне столь простой реакции, как действие освещения на глаз, никогда процесс не ограничивается одним только рефлекторным сужением зрачка (мы не говорим уже о том, что и само это сокращение протекает различно при неодинаковых условиях), а выражается в целом ряде изменений, совершающихся во всем теле⁴: в изменениях подвижности в смысле изменения тонуса, с вытекающими отсюда разнообразнейшими последствиями в сенсорной и других областях. Чем точнее мы исследуем и чем более отучаемся концентрировать, в силу определенных теоретических или практических оснований, наше внимание исключительно на моментах, кажущихся нам особенно важными, тем яснее мы ви-

³ См. выше цитированные работы Kroetz'а и Goldstein'а — “Neuroregulationen”.

⁴ См. относящуюся сюда работу “Metser Arch. f. Ophthalmol”, 127, с. 296, а также Goldstein — “О влиянии красок на организм” “Schweizer Arch. f. Psych. u. Neurologie”.

дим, что, фактически, изменения всегда разыгрываются в пределах всего организма в целом. Мы обнаруживаем далее, и это особенно важно, что эти *в различных участках протекающие изменения не являются друг от друга независимыми*, что они гораздо скорее стоят в совершенно определенных отношениях друг к другу. Мы не в состоянии искусственно подавить ни одно из этих изменений без того, чтобы адекватно не изменились и реакции в других участках, — с этим мы познакомились уже в явлении варьирующих рефлексов. Распределение изменений в пределах организма при определенном раздражителе и при определенной общей ситуации также является вполне определенным. *Мы может говорить о некоторой структуре реакции (Reaktionsgestalt), которая охватывает организм в целом.*

С этой точки зрения мы можем, несколько абстрагируя, выделить две группы процессов. К первой мы отнесем процессы, направленные на достижение в известной мере единой цели, например: определенные движения руки и ноги — при ходьбе или: определенные химико-физиологические процессы и связанные с ними процессы мышечные — при дыхании. Эту группу процессов мы обычно называем словом “деятельности”. Ко второй группе мы отнесем процессы, протекающие в остальных частях организма, и составляющие, в известной мере, основу для беспрепятственного протекания процессов первой группы. Сюда относятся, например, такие моменты, как принятие всем телом соответствующей работающей руке максимальную опору; или отнение определенным оптическим “полем” образа, на который в данный момент направлено по преимуществу наше внимание. Мы будем различать обе эти группы процессов, как фигуру и фон (Figur-und-Grundgeschehen). Каждый раз мы снова и снова убеждаемся в том, что совершенно независимо от рода исследуемой деятельности, деятельность “переднего плана” лишь тогда протекает нормально, если “фон”, деятельность всего остального организма находится в определенном, соответствующем такому нормальному протеканию, состоянии. Каждое изменение целого изменяет фигуру, и наоборот. Фигура и фон образуют единство, которое может быть расчленено только искусственно.

Если мы, учитывая факты, приходим таким образом к выводу, что каждой деятельности, которая наблюдается в организме, соответствует определенная установка (Gestaltung) всего организма, то это не должно заставлять нас ударяться в крайность. Неоспоримо, существуют и более изолированные, более периферически протекающие процессы, которые в меньшей степени затрагивают организм в целом. Но такие процессы — скорее исключение, чем правило. Они возникают лишь при совершенно особых экстраординарных условиях: у животных — в изолирующем эксперименте, при специальных искусственных условиях, как нечто близкое к результату дрессуры (таким являются условные рефлексy; у человека — при изоляции, обусловленной патологическими изменениями, или при необычно сложной установке. Подобные

изолированные деятельности выпадают при заболеваниях мозга в первую очередь — это указывает на то, что физиологически они являются не элементарными а, напротив, наиболее сложными образованиями. При работе над так наз. рефлексами это обстоятельство легко теряется из виду, так как забывают, что протекание возбуждения в относительно ограниченном участке — факт, обусловленный искусственным вмешательством экспериментатора, искусственным отщеплением всего остального организма. Воззрение, по которому организм составляется из отдельных деятельностей, не в малой мере было обусловлено и непрерывно подкреплялось, тем, что данные, полученные методом изолирующего эксперимента и в результате наблюдений над больными клались в основу теории, не будучи переработанными на основе учета своеобразия, сложности новых отношений.

Если попытка дать точное описание любого ответа на раздражение выводит нас за пределы изолированной реакции, всегда приводит к организму в целом; если мы склонны рассматривать каждую реакцию, как изменение всего организма; если мы думаем, что направленность процессов, как она выражается в деятельностях организма, определяется организмом в целом, — то мы не должны останавливаться на этих, еще весьма неопределенных, положениях. Мы должны скорее попытаться охарактеризовать реакции, как совершенно определенные, закономерные, однозначные структуры целого. Ведь именно в этой закономерности и определенности и заключалось, казалось бы, то огромное преимущество, которое создавал изолирующий эксперимент. Критика старых теорий, как бы убедительна она сама по себе ни была, окажется плодотворной только в том случае, если и наше воззрение будет удовлетворять этому требованию. Только при этом условии⁵ наше воззрение выведет нас за пределы того голого факта, что реакции указывают на связанность организма, как целого, и станет руководящим правилом нашего понимания природы раздражения, а также нашего вмешательства в процессы организма; последнее же важно для нас как для врачей.

Чтобы достичь этой закономерности и определенности, мы должны понять *организм, как целое*. Но это ставит нас перед лицом трудной теоретико-познавательной проблемы. *По каким путям должны мы идти, чтобы понять организм как целое?* Конечно, мы можем исходить только из отдельных физических и психических процессов, обнаруживаемых естественно-научными методами и сколь бы наше наблюдение не становилось более тонким и менее “искусственным” — все же за пределы констатации процессов, разыгрывающихся в отдельных частях организма, мы принципиально не выходим. Представление об организме в целом мы вынуждены строить, отправляясь от этих частичных процессов. Здесь

⁵ См. Handbuch d. norm. u. path. phgsiol. В. X., стр. 653 и след.

возникает сомнение: возможно ли это вообще? Я полагаю: пытаюсь понять “целое”, нужно прежде всего ясно себе представить, что явления, обнаруживаемые анализирующим методом, не являются частичными процессами организма. Они, конечно, суть известные проявления деятельности организма, но в результате изолирующего метода они получают такое оформление (*Solche Gestaltung erfahren*), что непосредственное включение их в целое организма (*direkte inbeziehungsetzung zum Organismus*) оказывается невозможным.

Мы должны, прежде всего, учесть, какие изменения приносятся изолированием вообще, и отдельными видами изолирования в частности. Об изменениях общего характера мы осведомлены достаточно хорошо⁵. Напротив, мы далеко не всегда можем прямо указать, каким образом изменен процесс в том или ином конкретном случае. Поэтому, даже внося поправку на изменения, привнесенные изолирующим экспериментом, мы фактически, отнюдь не получаем возможностей эмпирически синтезировать общую закономерность из отдельных процессов. Мы должны отклонить также синтез, проводимый на основе какого-либо метафизического принципа. То, что нам нужно, совсем другого рода: нам нужна характеристика индивидуальной структуры, характеристика упорядоченного, относительно постоянного образования определенного качества, каким предстает перед нами организм при непредубежденном его рассмотрении. Конечно, мы должны придти к целому, идя от деталей (*Einzelheiten*), однако, мы не только не сможем получить его путем суммирования деталей, но наоборот, сами детали (также как и появление их при определенных условиях) становятся для нас понятными лишь на основе этого целого. Только отправляясь от последнего, мы можем установить, что из выделенного в изолирующем эксперименте является истинным звеном целого и что — лишь несущественным, случайным продуктом эксперимента. Это целое может быть постигнуто лишь в результате творческого акта. Биологическое познание — это длительный творческий акт, благодаря которому идея организма становится переживанием, в котором получают объяснение все отдельные явления организма. Здесь речь идет о своего рода созерцании (*um eine Art Schau*) в смысле Гете, — созерцании, опирающемся на вполне конкретное эмпирическое исследование. Создание подобных идей представляется мне отличительным признаком плодотворного научного мышления вообще.

Этот род процесса познания может вначале кое-кому показаться заключающим в себе нечто мистическое. Однако, достаточно указать на одно чрезвычайно банальное биологическое явление, чтобы эта кажущаяся мистическая оболочка сразу оказалась уничтоженной. Я имею в виду процесс усвоения какого-либо навыка, например, езды на велосипеде. Мы совершаем нецелесообразные движения до тех пор,

пока вдруг не оказываемся в состоянии сохранять равновесие и совершать именно те движения, какие нужно. Все предварительные упражнения не имеют непосредственной связи с собственно навыком. Они, конечно, необходимы, мы приходим к выполнению навыка через длительное модифицирование движений, но последние, как движения неправильные, никогда не переходят непосредственно в правильные. Правильные движения наступают внезапно, когда устанавливается соответствие между способом действий организма и условиями Среды. Это соответствие нами ощущается, как переживание, и в нем содержится правильное познание навыка велосипедной езды. Мы до тех пор пытаемся овладеть этим соответствием, пока оно не становится тем единственным действием, которое мы осуществляем, реализуя намерение поехать на велосипеде. Этому соответствию, этой рождающейся адекватности между возможностями организма (*von Können des Organismus*) и средой, — соответствию, являющемуся биологически основным условием существования организмов вообще — разбираемый нами способ биологического познания родственен по существу. Практически и здесь мы идем вначале по всякого рода неправильным путям, строим из отдельных фактов образ целого, который ставит перед нами новые вопросы и побуждает нас к новым исследованиям, ибо мы все время чувствуем (*erleben*) несоответствие между опытом и созданным образом. В результате этих новых исследований мы обнаруживаем новые факты, на основе которых вновь исправляется усмотрение целого (*Schau des Ganzen*). Таким образом, на основе диалектически развивающегося процесса, мы достигаем постепенно все более и более адекватного познания “сущности” организма. Большого мы от биологического познания и не должны ждать. Оно никогда не сможет стать окончательным, исчерпывающим, оно всегда принуждено будет довольствоваться лишь постепенным приближением к истине. Это приближение не должно, однако, пониматься в смысле приближения математического ряда, который тем точнее выражен, чем больше десятичных знаков в нем указано, но в котором, все же, мы можем ограничиться определенным числом знаков. Конечно, в некоторых вопросах и приближение биологического познания имеет такой же характер, особенно, когда речь идет о положениях, являющихся основанием для конкретной практической деятельности. Но в принципе, оно совершенно другого рода. Прогресс познания осуществляется не просто в результате накопления отдельных дальнейших фактов. В биологическом познании отдельные звенья, вливающиеся в целое, надлежит расценивать не просто количественно, — будь это так, то чем больше звеньев было бы определено, тем устойчивее должна была бы стать теория. Все отдельные факты здесь имеют, скорее, некоторую более или менее значительную качественную ценность. Так, одного единственного нового факта может быть достаточно, что-

бы разрушить целую теорию, построенную на ранее собранных фактах. Одного единственного факта может быть достаточно, чтобы породить совершенно новую идею, заставляющую переоценить, увидеть в новом свете все факты, собранные раньше.

Но если факты неравноценны, то возникает вопрос: есть ли у нас возможность отдифференцировать факты более пригодные для того, чтобы продуцировать идеи, от фактов, для этого менее пригодных. Если бы мы без всякого плана попытались охватить все бесконечное множество фактов, из которых немалая часть друг другу противоречит, то организм предстал бы перед нами, как хаотическая совокупность реакций, меняющихся под влиянием воздействий Среды. В действительности же дело, конечно, так не обстоит. Организм есть, напротив, образование, которое вопреки всем колебаниям в различных ситуациях, вопреки развитию и увяданию в течении индивидуальной жизни, все же сохраняет *относительную константность*. Если бы это не было именно так, мы никогда не имели бы возможности вновь узнать определенный организм как таковой, вообще не могли бы его как такового познать, мы никогда бы об определенном организме и не говорили. Мы можем поэтому с самого начала сказать: для определения сущности мы будем привлекать по возможности процессы, функцией которых является *сохранение организма в его константности*. Тем самым мы получаем критерий для отбора процессов, играющих в организме существенную роль.

Сохранение константности организма предполагает прежде всего наличие определенной Среды. Сущность организма реализуется под влиянием изменений, происходящих в среде. Выражение этой реализации — деятельности (Leistungen) организма. Деятельности протекают адекватно сущности организма лишь при наличии двух условий. Первое: расхождение со средой (die Auseinandersetzung mit der Umwelt) должны протекать таким образом, чтобы каждое *вызванное средой изменение организма в течение определенного промежутка времени выравнивалось*, чтобы организм снова приходил в среднее, соответствующее его существу состояние возбуждения (закон адекватного выравнивания). Только в этом случае могут одинаковые изменения Среды вызывать одни и те же реакции со стороны организма, обуславливать одинаковые действия, одинаковые переживания. Только в этом случае организм может сохранять постоянство соответственно своей природе. Если бы такое выравнивание не происходило, то одинаковые стимулы вызывали бы различные реакции, как это мы находим, например, в опытах с различными исходными состояниями исследуемого органа. Мир потерял бы таким образом для организма свою константность, стал бы для него постоянно меняющимся, — равно как и самый организм непрерывно переходил бы из одного состояния в другое. Упорядоченное протекание деятельностей оказалось бы невозможным, орга-

низм находился бы в непрерывных колебаниях, его существованию угрожали бы опасности и, во всяком случае, к выполнению организованных деятельностей он был бы неспособен. Между тем, в естественном состоянии дело фактически так не обстоит.

Этот относительный, для каждого организма специфический распорядок может быть достигнут лишь при определенных свойствах раздражителей при определенных свойствах среды. Это и есть второе необходимое условие для нормального отправления деятельностей организма. Фактически являются для организма средой, существуют для него как раздражители, вызывают переживания определенного содержания лишь такие процессы, которые допускают подобное выравнивание, с которыми возможно расхождение такого рода, что это расхождение не нарушает глубоко существования организма, т.е. реализацию свойственных ему деятельностей. Иначе говоря: расхождение между организмом и средой должно соответствовать возможностям организма к выравниванию обусловленного раздражением изменения. Процессы внешнего мира, не являющиеся частью обычной среды, как правило, на нормальный организм не действуют, — разве лишь тогда, когда они протекают с необычной силой. В последнем же случае они вызывают не “адекватный” ответ, а потрясение всего организма, представляющее для него опасность как для целого (den Systemzusammenhang... gefährdet). Я называю их поэтому “катастрофическими реакциями”⁶. Каждый организм имеет свою среду, как это в отношении животных хорошо показал Uexkull. Существование организма и нормальное отправление его деятельностей связано с условием, чтобы между структурой и функцией организма, с одной стороны, и средой с другой, существовало соответствие, обеспечивающее образование адекватной среды. И в норме дело именно так и обстоит.

Поскольку адекватное выравнивание есть гарантия организованного относительно постоянного поведения, мы вправе ожидать, что изучение отдельных явлений, находящиеся в связи с такими адекватными, относительно постоянными состояниями, позволит нам особенно хорошо вскрыть основные особенности организма. Но одного этого критерия недостаточно. Он нуждается в дополнении. Констанция постоянства явлений в пределах одной части организма, как это имеет место при условных рефlekсах обусловлена тем, что остальная часть организма, путем создания специальной обстановки, лишается значения в реакции, в известной мере из нее выключается. Мы можем создать условия, искусственно обеспечивающие это постоянство исследуемого процесса. Именно так с подавления всех других реакций происходит иссле-

⁶ См. по этому поводу мои соображения в “Mnschr. f. Psych. u. Neurologie”, 1928, т. 68, с. 231 или “К проблеме страха” “Allg. Zeitschr. f. Psychother”. В. II, Н. 7. С. 413.

⁷ См. цитированную работу Kroetz’a.

дование условных рефлексов. И далеко не всегда экспериментатор идет на такое выключение сознательно. Оно может оказаться вызванным случайной ситуацией, например — самой обстановкой лаборатории. Когда Cannon⁷ и его ученики показали, что животное, даже после разрушения всей вегетативной системы в целом, продолжает жить, т.е. обнаруживать константное, нормальное поведение в отношении пищи, температуры, пульса и т.п., то объяснение этого факта могло заключаться просто в том, что обстановкой лаборатории были устранены требования, которые предъявляет животному его обычная среда, и только поэтому разрушение важнейшей области не вызывало здесь катастрофической реакции. Если же такое животное вернуть в его обычную среду, то наверное, его реакции вскоре потеряли бы свою константность и животное погибло бы. Константность, обнаруживаемая в этих опытах, достигается ценою весьма существенных деятельностей организма и, очевидно, не является тою, которая соответствует естественным условиям. Мы же, в качестве основы для характеристики организма, должны использовать именно эту естественную константность поведения.

Определение подлинной, естественной константности предполагает знание “естественных” отношений, естественного отправления функций, того, что нам еще только предстоит установить. Важным критерием в данном случае может послужить то обстоятельство, что организм всегда приобретает установку, соответствующую среде, в которой он обычно живет, — среда всегда является относительно адекватной, без этого самое существование организма было бы невозможно. Поэтому мы могли бы подойти к пониманию естественной константности путем изучения отправления функций в нормальной среде. Но это привело бы нас лишь к самым общим отношениям, более точное знание требует изолирующего изучения. В последнем случае *адекватное поведение* животного характеризуется тем, что *константность* обнаруживается *не только в пределах одного участка*, но одновременно — в реакциях, наступающих в *различнейших частях организма*. Если организм есть единство, если каждый отдельный процесс есть лишь частичное выражение целостной реакции, то постоянство, обнаруживающееся в одном месте, должно, очевидно, совпадать с постоянством, проявляющимся в других участках. Особенно поучительный материал дает в этом вопросе патология. У больных с локальным поражением мы видим, во-первых, что наряду с специфическим изменением деятельностей, прямо обусловленным поражением, можно обнаружить также расстройства в других областях, непосредственно с пораженной областью не связанных; и во-вторых, что устранение основного изменения или организация в измененной области константного упорядоченного поведения — обеспечивает восстановление константности также и других вторично измененных деятельностей. Здесь мне особенно хотелось бы сослать-

ся на произведенные мною исследования больных и ограниченными поражениями головного мозга⁸ и мозжечка⁹.

Поведение, при котором деятельности протекают с нормальной константностью, я называю *отличным поведением* (das ausgezeichnete Verhalten). Ему соответствует при наблюдении в пределах ограниченного участка, определенное качество обусловленных этим участком — деятельностей, напр., определенное “нормальное” выпадение указательной пробы (Zeigerversuches) и т.д. В соответствии с этим выявляется и качество деятельностей, связанных с другими участками организма, деятельностей, представляющих в свою очередь упорядоченное отличное поведение (например, определенная деятельность органов чувств). “Отличное поведение” в пределах одного участка *наступает лишь при отличном поведении всего остального организма*. Имеем ли мы пред собой подлинную “адекватную” константность какой-нибудь одной области — напр., при установлении сенсорного или моторного порога, картины крови, кровяного давления или пульса, и т.п. — *об этом мы можем судить лишь по тому, сохраняется ли также константность процессов, одновременно происходящих во всем остальном организме*. Мы можем таким образом установить различные константы, являющиеся характеристиками личности, “сущности” (Wesenheit), и постепенно понятие сущности организма — вначале чисто формальное — будем становиться все более насыщенным тем содержанием, которое для естественно-научного познания единственно заслуживает названия фактического материала. Так, мы можем получить константы, определяющие чувствительные, двигательные пороги, аффективные, интеллектуальные особенности, константы температуры, дыхания, пульса кровяного давления, картины крови, константы в смысле определенного соотношения между кальцием и калием, и т.п.

Среди констант мы можем различать константы, являющиеся выражением сущности вида, константы, в которых выражается существо данной индивидуальности. Для понимания патологического состояния, а также для терапевтического вмешательства *необходимо знание нормальных констант больного, т.е., его индивидуальных констант в здоровом состоянии*. В направлении восстановления этих констант ориентирован организм при переходящих изменениях, при отпадении функций. Только при условии восстановления констант в адекватные промежутки времени, жизнь организма протекает “упорядоченно”, “нормально”. Это возвращение к константам есть основа, на которой правильно протекают реализации присущих организму деятельностей, в которых выражается жизненный процесс.

⁸ Mnschr. f. Psych. u. Neur. 68, с. 217 и след., 1928.

⁹ 68, 1928, с. 217.

Организм таким образом предстает перед нами, с одной стороны — *рассматриваемый по содержанию* — как цельный образ (Gesamtbild), возникающий в результате вышеупомянутого диалектического процесса в тесной увязке с эмпирией. характеристика содержания этого образа — это константы, обнаруживаемые определенными изолирующими методами. С другой стороны, *в формальном отношении*, организм вырисовывается как упорядоченное течение определенных, ему глубоко присущих деятельностей, как бытие, которое реализуется в своих специфических превращениях. Это, его бытие, и есть его смысл, соответственно мысли Гете: “цель жизни — сама жизнь”. Из него получают все отдельные процессы свое значение и свое определение. В этом мы видим сущность организма. Но говоря о сущности организма, мы отнюдь не вкладываем в это понятие ни онтолого-метафизического, ни телеологического смысла; мы не придаем ему также виталистического толкования. Мы говорим о сущности, лишь как об *основе познания*.

Исходя из этой “сущности”, мы можем понять направленность процессов, внутреннюю упорядоченность отдельных явлений, обнаруживаемых изолирующим методом. Только отправляясь от нее, мы впервые получаем возможность кое-что узнать о значении для организма фактов, вскрываемых изолирующим методом, рефлексов, химико-физиологических, психологических данных. Тем самым, однако, последние утрачивают свою, казалось, столь надежную фактическую природу. То, из чего биология до сих пор считала себя обязанной исходить, становится наиболее спорным. И это объясняет, каким образом, столь многие из бесчисленных фактов оказались не имеющими значения для развития нашего знания. подобный скептицизм в отношении так называемых фактов, есть основное условие плодотворной работы в области биологии вообще. Только на основе его, впервые возникает вопрос, какие из фактов являются биологически значимыми, а какие — нет.

Если мы в понятиях упорядоченной деятельности, организованного протекания процессов, выравнивания констант, даем определение организму, то тем самым мы даем определение нормального состояния и здоровья. А вместе с этими понятиями мы подходим к проблеме здоровья и болезни, а также к проблеме терапии, представляющим для нас, как для врачей, такой исключительный интерес. Мы полагаем, что решение и этих проблем можно только с точки зрения целостного рассмотрения.

Мы не можем здесь останавливаться на различных попытках определения понятия болезни. Отправляясь от изложенной нами выше общей концепции, мы приходим к воззрению на здоровье и заболевание, которое в основном совпадает с мыслями, высказанными по этому поводу Grote¹⁰. *Если для нас здоровье — это*

адекватность между индивидуальным существом и соответствующей средой, упорядоченное поведение, соответствующее индивидуальной сущности, то под этим мы понимаем то же, что подразумевает Grote под Responsivität, которая и у него предполагает, как основу, понятие индивидуальной нормы.

Болезнь мы понимаем, как ту неупорядоченную форму ответа организма, которую мы выше назвали катастрофической реакцией. Это состояние обуславливается не только выпадением отдельных функций, но представляет собою *общее потрясение всего организма, создающее угрозу самому его существованию*. В этом смысле мы солидаризуемся с Aschoff'ом, когда он определяет болезнь, как состояние, представляющее угрозу существованию организма. То, что клиницисту, бесспорно, известны болезненные состояния, не представляющие угрозы для жизни и то, поэтому, приведенное выше, определение заболевания оказывается слишком узким, как на это указывает Friedmann, не есть достаточное возражение. Оно было бы убедительно, если бы при угрозе существованию приходилось бы во всех случаях думать только о смерти. Но оно перестает быть убедительным, если учесть, что опасность, грозящая организму, это обычно опасность потерять возможность к отправлению существенно важных функций. В этом смысле болезнь всегда есть опасность, и только с этой точки зрения мы можем вообще понять болезнь. *Лишь тогда, когда изменение угрожает опасностью, оно становится болезнью*. И эта опасность может выражаться как в объективных расстройствах, так и в субъективных переживаниях (*аутопластическая картина болезни Гольдшейдера*). Не является доводом против правильности предложенного определения болезни и то соображение, что пациент с латентной формой язвы желудка или больная с злокачественной опухолью груди могут быть объявлены здоровыми, поскольку никаких нарушений в их организме на данный момент еще не наступило. Такое возражение не состоятельно, во-первых потому, что констатация отсутствия нарушений в известной мере обусловлена несовершенством наблюдения как больного, так и врача; а во-вторых, потому, что при таком близоруким решении вопроса учитывается состояние организма только на данный момент и полностью игнорируется будущее, что само собой понятно, мы не имеем права делать, если рассматриваем этот момент в общем течении жизни организма. Мы могли бы считать человека с подобными изменениями здоровым лишь постольку, поскольку мы и в будущем не предвидели бы от них для него опасности. Если же это не так, то мы, конечно, должны считать человека больным, именно учитывая эти имеющие наступить в будущем расстройства.

С нашей точки зрения, *выздоровление означает не что иное, как восстановление упорядоченного поведения, являющееся предпосылкой к отправлению*

¹⁰ Grundlagen ärztlicher Betrachtung. Berlin. J. Springer, 1921.

своих организмов деятельности. Такое восстановление оказывается, собственно говоря, лишь тогда возможным, когда наступает *restitutio ad integrum*. Всякое непоправимое изменение в организме разрушает его существо, его *Responsivität*, если только последняя не восстанавливается каким-либо другим путем. А это возможно лишь при *изменении требований, предъявляемых к организму лишь при изменении среды*. В ограничении среды проявляется суть нового приспособления, суть выздоровления. Это фактическое положение, особенно ярко обнаруживающееся в поведении больных с поражением мозга¹¹, имеет общее значение. При изолированном рассмотрении это явление выступает в форме образования новых видоизмененных констант. Все константы как в психической, так и в соматической областях, видоизменяются, по сравнению с прошлым, соответственно новой ситуации; так у многих, имевших в прошлом поражение мозга и от этого поражения “выздоровевших”, мы находим измененными, по сравнению с прежним, пульс, кровяное давление, содержание сахара в крови, общий душевный склад. Эти новые, обеспечивающие новую структуру, константы являются теперь, в условиях изменившейся среды, нормальными, они обнаруживают новую индивидуальную форму. И задача врача заключается в том, чтобы обеспечить для пациента среду, в которой последний, вопреки дефекту, вновь оказался бы способным сохранять константность поведения, среду, которая была бы адекватна новому состоянию больного. При чем слово Среда здесь одинаково означает и назначение лекарства и изменение жизненных привычек в самых различных отношениях. Мы ни в коем случае не должны пытаться изменять константы, выражающие новый порядок, и сводить их к среднему уровню или индивидуальной норме, имевших место ранее. Действуя так, мы бы только вызвали новые нарушения.

Более глубокое изучение как неврозов, так и поражений мозга показало нам, что не все отклонения от нормы являются признаками болезни, что напротив, иногда такие отклонения являются мерами предосторожности, защищающими больного от известных опасностей, связанных с происшедшим непоправимым изменением; что иногда эти отклонения оказываются таким образом необходимыми именно для охраны здоровья. Подобные изменения принадлежат к той группе изменений среды, благодаря которым снова становится возможным относительно упорядоченное поведение, и организм оказывается защищенным от требований, которые он иначе не сумел бы выполнить.

Если мы научимся в каждом отдельном проявлении видеть не один только изолированный акт; если мы, прежде чем терапевтически воздействовать на отдельное проявление, научимся, напротив, обнаруживать, в какой мере это проявление является симпто-

мом нарушения старого порядка или уже симптомом возникновения нового (а научиться этому, очевидно, можно только в том случае, если мы отдельное проявление станем рассматривать на основе и в связи с целым), — тогда мы постепенно со все большей уверенностью станем различать, на какое отклонение мы должны воздействовать, а на какое — нет.

По какому бы пути мы ни шли в терапии — по соматическому или психическому — для нашего зрения это в принципе безразлично¹². Мы должны избирать каждый раз тот путь, который кажется нам на основе изучения психо-физически целостной личности больного, наиболее пригодным для скорого и прочного восстановления у больного его *Responsivität* (способности к уравниванию) с возможно меньшим ограничением личности.

Анализ значения среды для выработки новых приспособлений особенно ярко вскрывает *основной закон*, которым определяется жизнь организма. *Дело идет всегда о достижении константного состояния, адекватного данному существу, ибо только оно делает возможным упорядоченное течение еще доступных деятельностей, следовательно, и деятельностей вообще*. И на это состояние процесс оказывается устремленным постоянно. Упорядоченность иногда сама приобретает лишь ценою принесения в жертву определенных функций, — функций, которые могли бы сохраниться при другой структуре среды. Приспособление к дефекту совершается не столько в направлении восстановления утраченной старой функции — при наличии дефекта это вообще мыслимо лишь в незначительной мере, — сколько по линии восстановления упорядоченного поведения на новой основе. Из деятельностей, которые остаются доступными, реализуются лишь те, которые оказываются эффективными в рамках упорядоченного поведения или по крайней мере, не нарушают его.

В силу исключительной важности для жизни организма упорядоченного поведения, может иногда наступить такое резкое сужение среды, что отсюда снова в силу недостатка среды, отправления существенно-важных функций организма. Особенно интенсивно это может проявиться в тех случаях, когда из-за физических ограничений становится невозможным отправление определенных форм душевной деятельности, представляющихся заболевшему настолько существенными, что жизнь без них становится для него неадекватной. Однако, в подобных случаях мы нередко констатируем, что больной с тяжелым поражением коры мозга или с заболеванием соматического характера: туберкулезом, карциномой матки и др., избегает катастрофы, благодаря тому, что утрачивает сознание происшедшей с ним перемены. В наиболее тяжелых случаях он утрачивает сознание вообще. Существу-

¹¹ См. мои работы в *Mnschr. f. Psych. u. Neur.*, 1928. В. 68, с. 231.

¹² См. мою работу “*Das psycho-physische Problem in seiner Bedeutung für ärztliches Handeln*”. *Ther. d. Gegenwart* 1931, Н. 1.

ют, конечно, и переходные стадии, при которых ограничение свободы уже наступило, но сознание перемен еще не утратилось. В таких случаях дело может дойти до тяжелых душевных конфликтов. Тогда обнаруживается тенденция к самоуничтожению, как выражение тягчайшего катастрофического потрясения, вызванного пониманием невозможности адекватного существования и как последняя, правда, уничтожающая индивидуума, возможность приспособления. В процессах приспособления, на которые осуждают человеческий организм все не могущие быть окончательно излеченными болезни, подобные двойственные положения играют, нередко, существенную роль. Поэтому они имеют большое значение для врача при обсуждении терапевтического вмешательства. *Врач никогда не должен упускать из виду следующей мысли: не создает ли он ограничением среды, каким является всякая терапия, такого вообще сужения возможностей и проявлений индивидуальной сущности больного, которое окажется больному не по силам.* И больной нередко предпочтет примириться с определенным расстройством, с определенным “симптомом”, потому что последний — все же нечто легче переносимое, чем нарушение основных деятельностей (Aüfgaben), обусловленное ограничением среды. С другой стороны, врач должен ставить свои требования так строго, как это только возможно, потому что лишь в таком случае появляется настоящая способность к уравниванию Responsivität). Слишком малые требования также могут вызывать беспорядок в протекании процессов.

С нашей точки зрения *врачебное познание* характеризуется двумя основными признаками:

1. Оно *теснейшим образом увязано с действием, практикой*, понимаемой, конечно, не в смысле поверхностного, произвольными нормами predeterminedного прагматизма, а с практикой, определяемой реальной действительностью. Эта действительность в свою очередь может быть схвачена лишь при посредстве познания, — не в том смысле, что практика находится в зависимости от некоего обособленного от нее познания, как примерно это происходит обычно с естественно-научным познанием и вторично определяемой им деятельностью. *Познание и практика находятся в определенном диалектическом взаимодействии.* Познание без практики — не познание; практика без познания — не практика. Оба эти начала возникают одно через другое.

2. Это познание-практика требует свободного решения. Два момента вынуждают к этому врача: всегдашняя *незаконченность биологического познания и необходимость действовать.*

И здесь в отношениях между врачом и пациентом в последний раз проявляется целостная точка зрения,

во всей ее исключительной для медицины, важности. Если выздоровление, с одной стороны, обозначает ограничение среды, ущербление существенного, то с другой стороны оно представляет большую зависимость от среды, большую обусловленность процессами внешнего мира, спуск в направлении от многообразного живого к ограниченной связанности, к более механическому, от лично оформленного, единичного — к более общему, более причинно обусловленному бытию, кратко говоря: *уменьшение свободы.* Но это означает: решение, выносимое врачом, есть всегда покушение на свободу другого. Тем самым вся проблематика свободы включается в сферу деятельности врача. При этом возникают особые трудности, так как свободное решение пациента так же не должно быть упущено из виду. Пациент часто стоит перед выбором: пойти ли ему на ограничение среды, требуемое характером заболевания и тем самым на ущерб собственной свободы, или же на меньшие ограничения среды — ценою добавочных страданий. Если больному оказывается в состоянии такое дополнительное страдание перенести, то он выигрывает в свободе деятельности. Он должен выбирать между большим страданием и большей связанностью. И, совершенно ясно, что такой выбор происходит не в плане внешней альтернативы, что здесь затрагиваются метафизические глубины. Здесь в больном человеке иногда впервые определяется, что он на самом деле есть. Как может врач здесь осмелиться советовать, тем более — склонять. Во всяком случае, он может это делать только тогда, когда будет полон сознанием, что отношение “врач — пациент” — это ситуация, которую нельзя понять, исходя из одних лишь причинно-обусловленных связей, что здесь союз двух людей, из которых один помогает другому достичь состояния, наиболее соответствующего его внутренней сущности. В этом акцентировании личной связи между врачом и пациентом находит свое наиболее яркое выражение контраст между новейшей точкой зрения и целиком естественно-научным мышлением врачей на пороге текущего столетия. Часто кажется, что врачу надо преследовать лишь одну цель: вызвать определенные изменения в теле или душе пациента. Но ему всегда следует помнить одно (при наличии целостной точки зрения, которую мы попытались изложить, это происходит само собою): каждое, внешнее, даже самое незначительное, изменение, влияя на больного, оказывается в глубинах его существа; и само свободно рожденное, это изменение затрагивает свободу больного.

Деятельность врача предстает перед нами как прототип глубочайшей человеческой сущности вообще, своеобразие которой в том, что она принимает решения.

О Вольфганге Кречмере (1918–1994)

В этом году Вольфгангу Кречмеру было бы семьдесят. Он умер в 76 лет, как и его отец.

Типичный, чистокровный немец, готически одухотворенный, православный славянофил, Вольфганг в последние годы своей жизни был особенно одинок в своей Германии, в Тюбингене. Близкие ему люди, сколько знаю от него самого, в основном, жили в славянских странах, где он часто бывал. Помогал ему дома лишь приходящий садовник. Вольфганг умер в своем саду, ухаживая за растениями.

Почетный член НПА России, почетный член Российского общества медиков-литераторов, Вольфганг Кречмер незадолго перед смертью, летом 1994 г. участвовал в семинаре, организованном НПА России. Участвовал своими лекциями о духовных подходах психиатрии, психотерапии. Лекции сопровождались внешне скромными, немногословными, но глубокими ко-феномологическими разборами наших пациентов.

Вольфганг Кречмер был убежден в необходимости врачебно “встраивать” психиатрию в культуру и

природу способные серьезно, человечески–психотерапевтически воздействовать на пациентов.

На этой семейной фотографии, сделанной в 1942 г. (ее подарил мне Вольфганг), мы видим Эрнста Кречмера, его жену Луизу Кречмер и их детей. Рядом с матерью — Вольфганг, ускоренно обучившийся на военного врача, перед уходом на русский фронт. Рядом с отцом — Манфред Кречмер, младший сын, практический психиатр, многолетний директор психиатрической больницы недалеко от Боденского озера. Средний сын Ганс Дитрих в это время (1942 г.) — солдат на фронте (погиб в 1944 г.). Он хотел изучать музыку.

Список работ Вольфганга Кречмера, работ о нем, работ с изложением его мыслей, переживаний, напечатанных в России, в Советском Союзе:

1. *Kretschmer Wolfgang. Zum begriff des Unbewussten* (на нем. яз., К понятию бессознательного) // *Бессознательное: природа, функции, методы исследования. Т. I.* — Тбилиси: Мецниереба, 1978. С. 174–179.
2. *Кречмер В. Э. Постоянство и перемена моторных истерий в ФРГ* // *Медико-биологические аспекты охраны психического здоровья: Тезисы доклада Всесоюзной конференции* — Томск, 1990. С. 162–163.
3. *Кречмер Вольфганг. Внутри России* // *Моск. психотерап. ж.* 1993. № 1. С. 159–160.
4. *Кречмер Вольфганг. Естественные основы этики* // *Ваш ключ (творчество медиков-литераторов).* — М.: РОМЛ, 1994. С. 19–20.
5. *Кречмер Вольфганг. Психоанализ в противоречиях* (Отрывок из монографии) // *Независ. психиатр. ж.* 1994. IV. С. 5–12.
6. *Рапохин Н. П. Понимание “бессознательного” В. Кречмером* // *Бессознательное: природа, функции, методы исследования. Т. IV.* — Тбилиси: Мецниереба, 1985. С. 129–139.
7. *Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением* — М. Медицина, 1989. С. 39–41.
8. *Бурно М. Е. Беседы с Вольфгангом Кречмером* // *Моск. психотерап. ж.* 1993. № 1. С. 141–158.
9. *Бурно М. Е. Памяти Вольфганга Кречмера* // *Независ. психиатр. ж.* 1994. IV. С. 55–56.
10. *Бурно М. Е. Справочник по клинической психотерапии* (Некоторые старые и новые способы лечения средствами души). — М.: РОМЛ, 1995. С. 50–55.



Семья Кречмеров

М. Бурно

Сомнительные эксперименты Министерства обороны*

Роман Шлейнов

Склонность к мистицизму, наверное, свойственна всем. В период серьезных потрясений, кризисов и депрессий (неважно, в масштабе всей страны, семьи или отдельно взятой личности) эта склонность проявляется особенно. Поэтому вновь в моду вошли целители, астрологи, гуру, провидцы и гадалки. И, наблюдая за сюжетом западных сериалов (“Секретные материалы”, например), многие допускают мысль, что где-то кто-то занимается “потусторонним” весьма серьезно, в обстановке повышенной секретности. Взять хотя бы спецслужбы... Это — не пустое предположение. Если “гражданских” ученых в экстрасенсах и эзотерических учениях интересует наука как таковая, то власть волнует практика: можно ли при помощи всей этой “чертовщины”, тонких психологических технологий, экстрасенсорики, каким-либо образом воздействовать на электорат? Подобные исследования проводились и в третьем рейхе, и в СССР, и в США. Проводятся они и сейчас, в России.

Как выяснилось в ходе журналистского расследования, наибольший интерес к непознанному, мистическому и метафизическому проявляют в России силовые структуры, и прежде всего — Министерство обороны.

Армия — это государство в государстве, о котором нам известно не так много, как кажется. Мы знаем, что бегут солдаты, офицеры не получают денег, боевая подготовка оставляет желать лучшего. До сих пор уверены, что военная наука и медицина на высоте, и знаем наверняка, что мощная идеология, на которой некогда держался армейский дух, теперь мертва.

Не дождавшись обещанной национальной идеи, армия впала в глубокую депрессию, а инстинкт самосохранения заставил военачальников самостоятельно искать новые идеологические ориентиры. Энергичные поиски, подкрепленные мощнейшим научным и финансовым потенциалом, привели военных в область мистицизма. И это не случайность. По двум причинам. Во-первых, подобные разработки велись и раньше, а теперь в них возникла необходимость, а во-вторых, армейцы тоже люди, находящиеся в плену тех же иллюзий, что и домохозяйки.

Судите сами. Службу безопасности “Белого братства” почти целиком составили офицеры-“афганцы”, а их новый “архиепископ” — полковник запаса. Сре-

ди “Свидетелей Иеговы” есть выпускники Академии им. Фрунзе. Один питерский адмирал оставил дела и возглавил пилораму в “Церкви последнего завета”. Туда же отправился подполковник КГБ, а одну из ключевых должностей занял полковник, кандидат наук, преподаватель военной академии. Наконец, питерский капитан первого ранга из НИИ ВМФ Александр Бузинов посылает в Генштаб сводки космоастрологических прогнозов.

Специальные разработки в сфере “непознанного” требуют средств. Выясняется, что и это не проблема, поскольку у шатающейся государственной власти давно созрел социальный заказ: пусть хотя бы мистика, лишь бы сохранить президента.

Генерал-лейтенант Константин Петров в свое время основал движение “К Богодержавию”, при помощи военных и гражданских специалистов разработал концепцию общественной безопасности “Мертвая вода” и “Достаточно общую теорию управления”, основываясь на том, что причиной системного кризиса общества является “отрицание цивилизацией живой религии Бога Истинного”, а также триединства материи, информации и меры.

Генерал заинтересовал своими выкладками многих депутатов Госдумы, убедив их в 1995 году провести парламентские слушания и рекомендовать концепцию для широкого обсуждения. Более того, предпринять небезуспешную попытку пробиться к Самому, отправив документы в администрацию президента. 28 ноября 1997 года Татьяна Дьяченко, как известно, советник президента по имиджу и весьма серьезная дама, направила эту самую “Мертвую воду” зам. руководителя администрации президента М. Комиссару с предписанием “рассмотреть и дать ответ автору” (!).

К мистицизму склонно не только гражданское, но и военное руководство. В ноябре 1994 года член Комитета обороны Госдумы, бывший замминистра обороны, генерал-полковник Юрий Родионов и представитель министра обороны, военный атташе посольства РФ в Нидерландах полковник Юрий Чудов всерьез оценивали вклад “летающих йогов” из общества “Трансцендентальной медитации” в обеспечении мировой безопасности и “фундамент Рая на Земле” на конференции “Несокрушимая оборона”, в числе организаторов которой значился Его Святейшество Ма-

* Новая газета № 42, 45, 47 за 1998 г.

хариши Махеш Йоги, автор концепции “Фланга предотвращения” и “Абсолютной Теории Обороны”.

Но все эти странности — лишь верхушка айсберга, маячок, не очень серьезная, а иногда вовсе не серьезная обманка, позволяющая закамуфлировать истинное положение вещей.

В недрах Минобороны действует группа специалистов (в/ч 10003), руководит которой генерал-майор Алексей Савин. Спецы группы Савина уже давно на достаточно серьезном научном уровне занимаются “потусторонним”: собирают и анализируют информацию про оккультные и эзотерические учения, рассматривают всевозможные духовные практики и методы “экстрасенсорного” воздействия, работают над некими техническими устройствами, пытаются раскрыть “резервные возможности человека”, изучают тонкие психологические технологии, используемые чисто интуитивно различными, в том числе и тоталитарными сектами.

Группа финансируется из госбюджета. Лоббирует свои интересы на самом высоком уровне. Проводит эксперименты на людях и пытается создать аналог национальной идеи — универсальную мировоззренческую концепцию, приемлемую для всех слоев общества.

От хобби — к лобби. Или ГуРу

Началось все в 80-х годах, когда армейские чиновники из наиболее прозорливых смекнули, что гос. идеология долго не протянет. И кто по зову сердца, кто по причине недалекости, а кто весьма прагматично, с дальним прицелом, стали приспособливаться к новым веяниям. Одни читали Библию. Другие приобщались к “высшему разуму”. Третьи — к летающим тарелкам.

Командующий Дальневосточным военным округом М. Моисеев тоже отдавал дань моде. Главным увлечением Моисеева были НЛО. Чтобы не разочаровывать командующего, при нем наладили целую систему слежения, специально фиксируя необычные явления и случаи “контактов”.

Когда же Моисеев стал начальником Генштаба, он обнаружил, что непознанным интересуются не только в Минобороны, но и в МВД, и в КГБ. Специально для Моисеева ГРУ подготовило аналитическую записку о том, что делается в этой области, сравнив отечественные успехи с достижениями Запада. Мы были впереди.

В конце восьмидесятых Моисеев нашел Алексея Савина, в те времена — еще полковника. Под его крыло перешла вся работа с необъяснимым, которая велась в Минобороны. Он возглавил группу, оформленную, как войсковая часть. И создал структуру, уникальную по своим финансовым и конечно же научным возможностям.

Специалисты из в/ч 10003, курирующие разные области (медицина, философия и проч.), активно искали любителей нетрадиционных подходов во всех

мыслимых областях. Ездили в командировки. Обзаводились нужными связями.

В приемной на цокольном этаже здания неподалеку от Минобороны Савин встречал важных посетителей. К нему приезжали супруги влиятельных генералов, сами военные чиновники (например, главком ВВС П. Дейнекин), политики (премьер Павлов), кое-кто из богемы... Их привлекала возможность пройти диагностику по современному методу с использованием очень дорогой немецкой аппаратуры. (Такое удовольствие и сейчас доступно не всем.) Подспудно формировалась лоббистская группировка.

В конце 1994 — начале 1995 года, когда был уже накоплен достаточно обширный объем информации, Алексей Савин предпринял попытку пробиться на самый верх. У него состоялась встреча с председателем Совета безопасности Олегом Лобовым. Специально для Лобова, на базе “Монинской лаборатории проблем нетрадиционных перемещений в пространстве” устроили выставку. В частности, ему демонстрировали отчеты 1993 года о том, как “спецоператоры” (они же экстрасенсы) Савина, не выходя из Генштаба, обнаружили склады оружия и боеприпасов в Москве, а также некоторых укрывшихся ополченцев из мятежного Верховного Совета, за что “экстрасенсам” приказом по Минобороны и объявили благодарность. Несмотря на впечатляющие документы, с Лобовым ничего не вышло. Он дружил с Асахарой.

Но Савин был последовательным. Он уговорил первого заместителя начальника Главного оперативного управления Генштаба Анатолия Квашнина принять пару “экстрасенсов”. Тот долго отшучивался, но “спецоператоров” принял, и они предсказали ему будущее в должности начальника Генштаба. Квашнин не поверил и отправил гостей восвояси... А когда стал-таки начальником, вызвал Савина и разговаривал с ним уже без скепсиса.

Эксперименты на людях

Среди массы направлений, которые курируют в в/ч 10003, есть пара наиболее примечательных. Одно из них заключается в сборе и анализе оккультных и эзотерических учений. Именно в его рамках пытаются создать универсальную мировоззренческую концепцию. Другое включает работу над раскрытием “резервных возможностей” человека. Оба труда нуждаются в экспериментах. И морские свинки для этого явно не подходят.

В 1994–1995 годах два методиста из “Колледжа информационных технологий” (дочерняя структура в/ч 10003, расположенная в здании факультета внутренних войск Военного университета МО) Елена Климова и Елена Невзорова проводили масштабную работу по обучению спецназовцев из Чучковской бригады локальным приемам саморегуляции: обезболиванию, обездвижению и т.д. Обычно, занимались с группой из 10–15 человек. Солдаты срочной службы по всем бумагам проходили как уволенные в запас.

Почти одновременно “резервные возможности” раскрывали у курсантов Академии им. Дзержинского. В тот же период ассоциация военных психологов при Военном университете МО в лице исполнительного директора И. Лебедева заключила договор о сотрудничестве с Центром психофизического совершенствования “Единение” в лице председателя правления В. Баранова на апробирование целого ряда психологических методик, несмотря на то, что в центре свято верили в “абсолют”, а за умеренную плату учили людей летать, телепортироваться и жить вечно.

Тогда же Алексей Савин поддержал ассоциацию “Армия и общество” при Военном университете. На одну из секций стали приглашать всевозможных “знатоков” по саморегуляции. Их лекции и практические занятия посещали военнослужащие (по желанию). Если у знатока что-нибудь получалось при непосредственном контакте с “человеческим материалом”, на него обращали внимание в савинской группе.

Тот свет в конце туннеля

Возникает вопрос: насколько все это серьезно и зачем это нужно Министерству обороны. Возможны три версии.

Первая — простейшая. Увлечение мистицизмом всегда было индикатором разложения какой-либо общественной структуры. Помнится, в римской армии времен падения империи он распространился чуть ли не поголовно. И через некоторое время армия перестала существовать.

Вторая — финансовая. По нашим сведениям, на разработки в области неведомого выделяются большие средства (причем, как водится, деньги перечисляют не самым умным, а самым шумным). Исследования же в этой области настолько специфичны, что и отчитываться за них можно весьма расплывчато. Для предприимчивого человека — это золотое дно.

Третья — политическая. Минобороны проявляет интерес к мистике не потому, что хочет получить ключи от райских врат или “астральные” откровения — это сказки для неуравновешенных или прикрытие для любопытных. Военных экспертов прежде всего волнуют психологические механизмы оккультных и эзотерических практик. Обладая такими знаниями можно овладеть социальными процессами, поведением общественных групп или построить уникальную иерархическую систему подчинения, в которой немислим не то что бунт, но и само зарождение недовольства.

Значит, в перспективе, армия сможет поделиться новоиспеченной идеологией со всей страной. Ведь технологии построения устойчивой системы подчинения могут быть использованы не только в военных или оборонных целях, но и в мирной жизни (не отсюда ли социальный заказ от государственной власти?). Достаточно взглянуть на Калмыкию: заоблачная “бумба” — священная земля, Илюмжинов в качестве единственного справедливого человека-бога,

знающего “правду”... Именно поэтому возникает разумное опасение за дальнейшую судьбу этих разработок и сожаление, что их не контролирует научная общественность.

Проводя тайные эксперименты, военные рискуют привести в движение неведомые социальные механизмы, из тех, что интуитивно использовали, например, основатели “Белого братства”. В условиях отечественного кризиса такой “сюрприз” придется весьма кстати.

Скорее всего верны все три версии, причудливо переплетенные и взаимомотивированные.

В связи с этим возникает несколько вопросов:

1. Знают ли в Российской академии наук, в Министерстве здравоохранения, в ФСБ и Госдуме о научной и околонуучной деятельности, а также об экспериментах под эгидой Минобороны?

2. Прошла ли эта деятельность соответствующее лицензирование, подконтрольна ли она кому-нибудь? Проводилась ли независимая экспертиза?

3. Пытаются ли хоть кто-нибудь спрогнозировать последствия подобной активности общества в целом?

К верховной государственной власти у нас вопросов нет (см. документ за подписью Т. Дьяченко). В начале нынешнего лета ГРУ, Военно-научное управление Генштаба и представитель группы А. Савина подготовили доклад президенту о положении дел в необычной отрасли. В частности, было сказано, что мы уступили приоритет американцам, а зарубежные разведки проявляют все нарастающий интерес к нашим специалистам.

Доклад не состоялся. Его завернули на полпути. Президенту не до высоких материй.

Откуда взялись деньги на сомнительные эксперименты Минобороны

К сожалению, на наши вопросы, поставленные в прошлом материале, ответа не последовало. А в Генштабе вместо того, чтобы дать необходимые разъяснения, начали служебное расследование. Ищут, где произошла утечка Составляют план ответных “мероприятий” и маскируют все, что можно, усматривая в появлении статьи даже происки иностранных спецслужб. Между тем внимание следует уделить не мифическому шпионажу, а реальным финансовым потокам. Спекуляции на потустороннем ради получения государственных субсидий вовсе не являются изобретением одних лишь армейских чиновников. В конце 80-х — начале 90-х мистификация достигла общегосударственных масштабов и облегчила союзный бюджет на сотни миллионов рублей.

При государственном комитете СССР по науке и технике было создано некое МНТЦ “Вент”, где занимались “нетрадиционными технологиями” особо налегая на “спинорные (торсионные)” или “микрорептонные” поля, которые недоступны ни глазу, ни приборам. Ни по открытым, ни по закрытым каналам уче-

ные не могли получить о чудо-полях ни малейшего представления. О них говорилось лишь в одной научной публикации, да и то затем опровергнутой. Но даже такого сомнительного намека оказалось достаточно, чтобы Минобороны (в/ч 10003), Минатомэнергопром и Инновационный совет при председателе Совета министров СССР, объединив усилия, создали упомянутый МНТЦ “Вент”. Только по линии Минобороны стоимость “исследовательских” проектов составила 23 млн. рублей (по тем временам — примерно 4 млн. 600 тыс. долларов). А общие ассигнования, в частности, через Военно-промышленную комиссию при кабинете министров СССР и КГБ СССР достигли 500 млн. рублей (более 100 млн. долларов).

Было бы наивным считать организаторов этой затеи круглыми идиотами, способными без экспертиз и положенных расчетов выбросить на ветер сумму, достаточную для постройки трех штурмовиков Су-27. Очевидно, расчет все же был. Но не научный, а финансовый. Если помните, в те времена на телевидении вошли в моду сеансы психотерапевтов (Чумак, Кашпировский и т. п.). Апогея достигли рассуждения об НЛО и откровениях всевозможных “контактеров”. Но ведь электронные СМИ все еще находились под жестким государственным контролем. Значит, целителей и уфологов попросту использовали для того, чтобы помимо всего прочего ослабить критическое отношение массовой аудитории и подкрепить социальный заказ на потусторонние байки. Затея удалась. Без серьезных оснований, как, впрочем, и без особых хлопот, сильнейшие ведомства создали бутафорскую структуру (МНТЦ “Вент”), в которую под благовидным предлогом ушли сотни миллионов рублей. Судьба этих денег призрачна и туманна.

На гребне той же волны в Министерстве обороны создали и свою неповторимую схему.

Начиная “нетрадиционную” работу, командир в/ч 10003, ныне генерал-майор Алексей Савин, говорил, что структура будет тем более жизнеспособна, чем больше людей будет в нее втянуто. Таким образом несколько человек из в/ч 10003 в рамках своих направлений (медицина, философия и т. д.) стали курировать

деятельность многих дочерних организаций, которые привлекали исследователей отовсюду, в том числе и из ведущих гражданских вузов и НИИ.

А дочерних структур в лучшие времена создавали по несколько штук за неделю.

Схема работы такова: в в/ч 10003 формулируют проблему и спускают ее, к примеру, в ЗАО “Институт проблем естествознания” — дочернюю структуру, у которой есть право на привлечение специалистов и договор на использование финансовых средств, полученных от Минобороны. “Институт” распоряжается финансами по своему усмотрению, находит ученых, которые берутся решать задачу. А затем отправляет решение (готовый проект) в в/ч 10003. В общем, денежные потоки текут по неведомым руслам, при этом исследователи, которые занимаются конкретными, практическими полезными разработками, их не ощущают и, что примечательно, в прошлом тоже не ощущали. В этой связи у нас возникает вопрос: почему финансовой проверки этой необычной сферы деятельности Министерства обороны не проводилось вот уже пять лет и вообще осуществляется ли контроль над потусторонними денежными потоками?

P. S. Проблема не в утечке информации. В статье не было и нет ничего секретного. Просто рядовым ученым наскучило исполнять роль приманки для очередных бюджетных субсидий и попадать в ситуации, когда результаты их работы используют для привлечения новых средств. “Узкий круг” сотрудников в/ч 10003 арендовал дачу бывшего германского посла Шуленбурга (что в Астафьеве), вылетал на вертолетах исследовать места “посадки НЛО” вместе с разного рода “контактерами”. А Минобороны делало заказы МНТЦ “Вент”, в создании которого принимало непосредственное участие (в том числе и на изучение “торсионных полей”...) на сумму 4 млн. 600 тыс. долларов.

P.P.S. Комитет по экологии Государственной Думы разработал проект федерального закона “Об обеспечении энергоинформационного благополучия населения”, концепция этого проекта основана на системе неких “научных” данных, которая “объединяет знание исторических эзотерических школ”... Закон предполагает не только всеобщее энергоинформационное образование и мониторинг непознанных явлений, но и суровую ответственность в области энергоинформационных воздействий”. — За порчу и сглаз будут судить?

Комментарий редактора

Признаемся: мы приняли концовку этой публикации за веселый розыгрыш. На всякий случай проверили и — что же? — никакой не розыгрыш! Целый день Государственная Дума живо обсуждала колдовские темы с колдунами и тому подобной пестрой публикой. Видную роль играл там принявший священнический сан доктор медицинских наук Берестов, ведущий прием на Крутицком подворье (вместе с проф. Кондратьевым) “жертв тоталитарных сект” и проводящий их “очистку” или “отчитку” (процедура изг-

нания бесов)... Что все это? Тьма средневековья? Дикарское мышление?...

Весь представленный материал красноречиво свидетельствует: квалифицируйте как хотите и оставайтесь со своей “Истиной”, “соответствием действительности”, “высокими принципами”, “элементарными приличиями”... А по ту сторону ценят полученные (любым способом и под любым соусом) миллионы, привилегии, возможность произвола.

Встреча с Европейским комитетом по предупреждению пыток

Россия постепенно интегрируется в мировое сообщество. Недавно страна стала полноправным членом Совета Европы, а в феврале 1998 г. Государственная Дума ратифицировала международную Конвенцию по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания.

Продолжением этого процесса явился визит в Россию членов Европейского комитета по предупреждению пыток и бесчеловечного и унижающего человеческого достоинство обращения (сокращенно — ЕКПП). Делегацию возглавляла г-жа **Ингрид Ликки-Эллингсен**, первый заместитель председателя ЕКПП, врач-психиатр из Норвегии. В рамках визита был проведен 2-х дневный информационный семинар, посвященный деятельности Комитета, благодаря которому российские участники смогли подробно ознакомиться с принципами работы Комитета, а представители этой европейской правозащитной организации — выслушать сообщения официальных лиц об условиях содержания в местах лишения свободы. На семинар были приглашены как представители государственных структур, так и неправительственных организаций.

Вступительная часть была посвящена общим принципам работы Комитета. Согласно Европейской конвенции по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания, члены Комитета имеют право посетить любое место, где содержатся лица, лишённые свободы государственной властью. Таким образом, кроме тюрем, следственных изоляторов, милицейских участков и лагерей, в зону обследования попадают и психиатрические больницы, где содержатся люди в порядке недобровольной госпитализации (как совершившие правонарушение, так и поступившие по определению суда в связи с показаниями для недобровольного лечения).

Присутствующих поразили огромные полномочия Комитета. Страна, подписавшая Конвенцию, должна предоставить полную информацию о всех местах содержания лишённых свободы лиц, а члены Комитета имеют право доступа и передвижения по всей территории этой страны, без каких-либо ограничений, а также неограниченного доступа в любое время и в любое место, где находятся лица, лишённые свободы, имеют право беседовать наедине с лицами, лишёнными свободы, а также свободно вступать в контакт с любым другим лицом, которое может по их мнению

предоставить соответствующую информацию. Комитет сам составляет программу визита и, хотя информирует о ней принимающую сторону, может в любой момент изменить свои планы. О визите в какое-либо учреждение администрацию предупреждают за несколько часов.

Прибывшие в Москву члены Комитета всячески подчеркивали, что основным принципом их деятельности является сотрудничество, а не конфронтация, целью — предупреждение пыток и бесчеловечного обращения, а не установление и осуждение фактов, уже имевших место. Пораженная аудитория задавала много вопросов, которые ярко отражали настрой присутствующих. У представителей государственной власти — стремление не пускать, ограничить доступ и т.п. “А у нас есть закрытые зоны...” “А у нас без специального разрешения следователя никто не может встречаться с подследственным”. И даже: “А у нас правило непрерывного 8-ми часового ночного сна для осужденных”. У правозащитников — желание использовать визиты для улучшения ситуации: “Как часто у вас визиты?”, “Что нужно для того, чтобы спровоцировать внеочередной визит?”. Члены Комитета были доброжелательны, терпеливы и демонстрировали завидное чувство юмора. Они сообщили присутствующим, что с большим уважением относятся к естественным человеческим потребностям и, если работают в каком-либо учреждении в ночное время, делают это очень тихо, стараясь не беспокоить его обитателей. На столь традиционный для нас вопрос: “Кто вас финансирует?” последовал ответ: “В частности Россия, как один из членов Совета Европы”.

Затем разбирались более специальные вопросы: деятельность органов МВД, пенитенциарная система России, медико-санитарное обеспечение заключённых, лишение свободы иностранных граждан и военнослужащих и т.п.

С докладом “Психиатрия в РФ и условия принудительного лечения” выступил проф. **В. П. Котов**. Как всегда емко и четко он изложил основные принципы организации принудительного лечения лиц, совершивших общественно-опасные действия. В качестве достижений отечественной психиатрии было названо введение уголовной ответственности за незаконное помещение в стационар (ст. 128 УК), прописанная в Законе, но так и не созданная служба защитников прав пациентов, принятие в 1994 г. Российским обществом психиатров Кодекса профессиональной этики

психиатров и создание этических комитетов в учреждениях, занимающихся испытанием новых препаратов. Среди трудностей на первом месте, конечно, оказались экономические, а на втором (и последнем) — консерватизм и инертность руководителей психиатрических учреждений, основным проявлением которого проф. В. П. Котов считает недостаточно высокий процент недобровольных госпитализаций (5,5 %). Прозвучали интересные цифры относительно того, какие формы лечения были назначены в 1997 г. лицам, совершившим ООД. Так, амбулаторное принудительное лечение было назначено 10 % лиц, совершивших ООД, стационарное лечение в ПБ общего типа по определению суда проходили 52 % всех, совершивших ООД, 19 % больных лечились в отделениях специализированного типа и, наконец, стационарное лечение в специализированных ПБ интенсивного наблюдения было назначено 10 % лиц, совершивших ООД.

Докладчик отметил, что в связи с недостаточным финансированием в общих ПБ и специализированных отделениях для принудительного лечения не достаточно организована реабилитационная работа с больными, а нехватка и резкое сокращение арсенала медикаментов вынуждают применять более грубые лекарственные средства и физические меры стеснения, что вполне может попасть под квалификацию бесчеловечного обращения. В специализированных ПБ интенсивного наблюдения, где содержатся особо опасные для общества больные, сроки пребывания существенно превышают средние по другим стационарам (33 месяца против 14), но и они не соблюдаются. Суд уже вынес решение об отмене лечения, а у больницы нет денег на то, чтобы эвакуировать больного по месту жительства в сопровождении 1 – 2 сотрудников. В результате больные задерживаются на неопределенный срок, что, конечно, не способствует процессу реабилитации.

Выступивший с коротким дополнением д-р Ю. С. Савенко отметил, что понятие пытка отсутствует в российском законодательстве. Оно ни в коей мере не исчерпывается понятием “истязание”, на которое ссылался проф. В. П. Котов, и которое ограничивается констатацией причинения лишь физических мучений. Недостаточно здесь и квалификации “превышение служебных полномочий”. А уж о предупреждении бесчеловечного, унижающего человеческое достоинство обращения и говорить не приходится. “Хорошо известно, что ожидание страшнее осуществления. Советский арсенал средств воздействия

включал угрозу изнасилованием, угрозу причинения вреда родным, угрозу сумасшедшим домом. Последнее всегда было намного страшнее лагеря, так как не определены сроки и условия существования. Использование любого медицинского средства с целью наказания или удобства персонала легко превращается в пытку.” “Преобладающий менталитет правоохранительных органов далек от понимания, что заключенные сохраняют в полном объеме все права человека, в том числе право на уровень полноценного медицинского обслуживания. У нас эти права фактически теряют не только заключенные, но и призываемые в армию”. В качестве основной проблемы психиатрических учреждений д-р Савенко назвал отсутствие отбора и подготовки младшего медицинского персонала, который часто и задает атмосферу жестокости в отделении.

Г-жа Ликки-Эллингсен рассказала присутствующим о некоторых результатах посещения их Комитетом психиатрических учреждений в других странах. За годы своей работы Комитет посетил различные психиатрические учреждения в 22 странах. При этом сотрудники Комитета стараются получить как можно больше информации, интересуются и условиями жизни, и процессом лечения, разговаривают с пациентами и с персоналом, изучают медицинскую документацию. Много, из того что было сказано, является сегодня для нас совершенно несбыточным. Как, например, обеспечить больному свободный доступ к санитарно-гигиеническим процедурам и обязательную смену одежды в течение дня (что рассматривается как часть терапии), если в больнице нет воды и отсутствует канализация? Кто будет заниматься с больными социо-терапией и арт-терапией, когда не хватает среднего и младшего персонала? Однако постараться установить уважительные и доверительные отношения с пациентами, помнить, что причинение любого физического и психологического страдания недопустимо, а достоинство пациента следует охранять, — вполне в наших силах.

Члены Комитета с возмущением рассказали, что в некоторых больницах персонал наказывают за побеги больных. Это приводит к тому, что сотрудники лечебного учреждения начинают больше заботиться о надзоре, чем о лечении. А это недопустимо. Задача врача — оказывать помощь больному всеми доступными средствами, создавая позитивную терапевтическую среду и стараясь обеспечить наименее стесненные условия, а не выступать в роли тюремщика.

Л. Н. Виноградова

Всемирный день психического здоровья

10 октября 1998 г. в Общественном Центре имени Андрея Сахарова отмечался Всемирный день психического здоровья, учрежденный Всемирной Федерацией психического здоровья в 1992 году. НПА России присоединилась к этому движению два года назад. Тогда, в октябре 1996 г. мы впервые устроили силами организованного при Ассоциации “Реалистического психотерапевтического театра” концерт для больных и персонала Московской психиатрической больницы № 3 им. Гиляровского и распределение среди них благотворительной партии шоколада. В прошлом году мы организовали серию благотворительных концертов в психиатрических учреждениях города, а в этом — решили попытаться привлечь внимание средств массовой информации. Объявленная Всемирной Федерацией тема — **“Психическое здоровье и права человека”** — давала возможность внести ясность и научное понимание в представления о психическом здоровье, в очередной раз показать органичную включенность естественных прав человека в предмет психиатрии, попытаться развеять некоторые искаженные представления о психиатрии и психически больных, которые существуют в обывательском сознании и в представлении многих журналистов.

На обсуждение были вынесены следующие вопросы:

1. **Неизбежное для темы психического здоровья столкновение необходимого принципа профилактики**, всеобщего психиатрического обследования с **согласием людей** на такое обследование. Это уже дважды — в 1925–1936 и в 60–80-е гг. — пройденный урок: профилактика влечет поиск мягких, тонких, едва выраженных признаков болезни, фиксация которых легко оборачивается дискриминационными социальными последствиями, вплоть до использования в политических и других немедицинских целях.

2. **Смещение границ психического здоровья и духовного или морального здоровья** и пересечение в связи с этим с идеологией и религией, с их раскаленной атмосферой различных противостояний.

3. **Неоправданность сведения прав человека только к политическим правам**. Сейчас грубое **нарушение** именно **социальных прав** значительной части населения вплоть до обнищания является тяжелым испытанием психического здоровья.

4. **Нарушения прав человека, то есть прав естественных, неотъемлемых, прирожденных по-прежнему остаются типовым психотравмирующим фактором**. А это провоцирует обострение не только психических расстройств, но и функциональных заболеваний любого рода. Психическое здоровье выступает здесь как отражение общего здоровья.

5. **Страшные цифры стремительного роста наркоманий и самоубийств** и полная **несостоятельность государственной наркологической службы и законодательства** на эту тему.

6. **Высокая связь психического здоровья с адекватной адресацией нуждающихся в помощи**. До тех пор пока в населении будет преобладать **искаженное, чаще боязливо-настороженное отношение к психически больным и психиатрам**, люди будут чаще обращаться к профессионалам не научно-медицинской ориентации, а магии и колдовства, и множества квази- и пара-научных дисциплин.

7. **Растворение жизненно важных медицинских проблем в мифологии всевозможных мистификаций** типа психотронного оружия и компьютерных психотехнологий и гротескных цифрах психической заболеваемости; релятивизация и девальвация основных понятий элементарного здравого смысла народа.

В дискуссии участвовали: президент Независимой психиатрической ассоциации России Ю. С. Савенко, заведующий психологической лабораторией Всероссийского научного центра психического здоровья С. Н. Ениколопов, главный врач московского психоневрологического диспансера N 5 Л. З. Волков, психиатр, научный сотрудник Московского НИИ психиатрии А. Ю. Магалиф, президент Ассоциации детских психологов и психиатров А. А. Северный, доцент кафедры психологии личности Российского государственного гуманитарного университета Т. Д. Шевеленкова.

Поделившись своими мыслями по поводу психического здоровья населения, в том числе детского, участники круглого стола выразили озабоченность стремительно растущим числом наркоманий и самоубийств. Было отмечено, что нарушение прав человека является одним из серьезных психотравмирующих факторов, а проведение психиатрами профилактических осмотров без соблюдения правовых норм может вести к различным дискриминационным социальным последствиям. Было высказано пожелание чаще встречаться с представителями средств массовой информации, стремясь к тому, чтобы пресса распространяла научно выверенные положения, а не тиражировала обывательские представления о душевно больных. От того, как средства массовой информации пишут о психиатрии, в значительной мере зависит, куда будут обращаться за помощью — к врачам или колдунам и гадалкам. Чрезвычайно важным является также правильное отношение журналистов и корреспондентов к таким псевдо-проблемам как “зомбирование”, “промывание мозгов”, буквальное понимание “кодирования” и “программирования” поведения.

Благодаря усилиям НПА России, впервые в нашей стране информация о дне психического здоровья прошла сразу по трем каналам телевидения, а Агентство “Интерфакс” решило включить эту дату в еже-

годно издаваемый календарь. Следующий день психического здоровья — 10 октября 1999 года — посвящен здоровью пожилых людей. Давайте отметим его вместе!

На конференции по депрессиям в Москве

Состоявшаяся 27–29 октября 1998 г. в Москве конференция “Новые подходы к диагностике и лечению аффективных расстройств” выглядела как оазис среди опустошающего финансового кризиса, за что можно поблагодарить компанию “Лундбек”.

В рамках конференции, наряду с обсуждением проблем аффективных расстройств (О. В. Вертоградова, М. М. Кабанов, В. Н. Краснов, А. С. Тиганов, Б. Н. Пивень, А. С. Бобров), прошел Пленум Правления Российского общества психиатров, посвященный последипломному образованию. Проф. А. С. Тиганов отстаивал в своем выступлении традиции углубленного клиницизма. Проф. А. О. Бухановский (Ростов-на-Дону) поделился многочисленными новациями своей кафедры и обратил внимание на отсутствие инструктивных документов Минздрава, регламентирующих, что такое 1-я категория, 2-я и др. Проф. В. В. Макаров указал, что в медвузах на психиатрию и психологию отведено 2,3 % времени (!), что в тех мединститутах, где готовят медицинских психологов, к психиатрии относятся иначе (Самара, Курск, Казань, Архангельск). Проф. Б. Н. Пивень (Барнаул) привел курьезный факт: оказывается, председатель Комитета Гос. Думы по охране здоровья Н. Герасименко, лobbист полицейского Закона “О наркотических средствах и психотропных веществах”, который вызвал столько протестов, прислал приветственную телеграмму съезду экстрасенсов. Проф. М. М. Кабанов отметил, что в Санкт-Петербурге только 5 % юношей годны для службы в армии. Д-р В. В. Косенко (Краснодар), совместивший в своем лице посты зав. кафедрой, главного психиатра края и советника знаменитого губернатора Кондратенко, сообщил об увеличении в 4 раза умственной отсталости в крае. Добавим от себя: если эта страшная цифра соответствует действительности, то это подарок советской власти и советской идеологии, которые снова одержали “сокрушительную победу” на только что состоявшихся краевых выборах. Хорошо памятный стиль преобразования природы, всегда предпочитавший рационализаторов ученым и, в результате, не просчитавший всех следствий, привел на Кубани мечту иметь свой рис к проникновению удобрений во все водоемы и Азовское море, прежде буквально кишевшее рыбой. В результате: ни риса, ни рыбы, огромный рост уродств среди новорожденных и засекречивание этих данных. Вот вам и механика “геноцида нации”! Однако, к сожалению, д-р Косенко направил свою недюжинный темпера-

мент на обличение рядом стоящего. — Валерий Николаевич, — обратился он к председателю РОП проф. Краснову, — запомните, я предлагаю себя в общественные обвинители псевдодемократов. Суд над ними неизбежен... Проф. В. Н. Краснов усомнился в приведенных цифрах, отмежевался от “эсхатологических инвектив”, прозвучавших и в других выступлениях и выразил сожаление, что “федеральная программа по психическому здоровью, в которую мы вложили столько сил, финансировалась на 3–4 %”. Проф. Ю. И. Полищук зачитал, в частности из “Независимого психиатрического журнала” отрывки из писем руководителей психиатрической службы различных регионов о катастрофической ситуации с лечением и даже содержанием больных в психиатрических больницах Воркуты, Карелии, Тулы, Воронежа и Владивостока, где прошла даже демонстрация психически больных, показанная по ТВ. — Почему мы узнаем об этом не из ваших отчетов, а из прессы? — обратился он к залу. — Из республиканских обществ мы не имеем никакой информации по 3–4 года. Было отрадно видеть, как участники Пленума, посвященного совсем другой теме, горячо и единодушно приняли Обращение, но — по принципиально важному уточнению проф. Ю. А. Александровского — не к федеральной, а к региональной власти, к губернаторам, а в окончательной редакции — и к муниципальной. В самом деле необходимо максимально использовать возможности местного самоуправления, ведь именно на этом основании выросла и держалась земская медицина в России и ее по-настоящему независимые Пироговские съезды. На прямое обращение проф. В. Н. Краснова, д-р Ю. С. Савенко подтвердил, что НПА России поддерживает это обращение. Стоит отметить, что в зале из присутствующих членов Правления РОП четверть (пятеро) одновременно члены НПА России.

На прошедшем на следующий день совещании главных психиатров д. м. н. Б. А. Казаковцев обрисовал безрадостную картину и еще более тревожные тенденции с положением психиатрической службы в стране. При этом он справедливо отметил, что это картина на основе оценки здоровья населения в целом, а не беднейших слоев... Выступавший за ним с проектом стандартов диагностики и лечения (итоги деятельности Московского НИИ психиатрии) проф. И. Я. Гурович сказал, что испытывает дискомфорт от сравнения стандартов с реальным положением ве-

щей. Соответствие стандартам — это и есть качество оказания психиатрической помощи. Если раньше придерживались индивидуализации, то сейчас уже возобладал стандартизованный подход. Вольный или невольный, но это регресс. Проф. В. П. Котов рассказал о работе комиссии МЗ РФ по внесению дополнений и изменений в Закон “О психиатрической помощи...”, которая рассмотрела “250 предложений от 40 авторов с мест”. Д-р В. Б. Голланд подвел итоги работы комиссии МЗ РФ по адаптации МКБ-10. Желающие могли тут же получить эту версию на дискете.

Заключительный день был посвящен проблемам клинической диагностики депрессивных расстройств (Г. П. Пантелеева, Н. Д. Лакошина, Д. Ю. Вельтищев, Ю. С. Савенко, Л. Н. Виноградова и др.) и заседанию секции детской психиатрии, посвященного 107-летию проф. Г. Е. Сухаревой и 60-летию первого тома ее лекций, и 70-летию проф. В. В. Ковалева и 20-летию его руководства по детской психиатрии. Оба выдающихся представителя отечественной детской психиатрии родились в один день. Очень содержательным было итоговое выступление проф. О. Д. Сосюкало.

В целом следует отметить достойный профессиональный уровень всех заседаний, представленность самых дальних регионов и проявленную солидарность в защите наших больных. Важно изживать поляризацию по отношению к власти, не ожидая от нее спасения и не видя в ней причину всех зол. Важно понимание, что не обращение к власти, а личная инициатива, создание гражданского общества является намного большей и перспективной силой. На протяжении последних 10 лет фраза “спасение утопающих — дело самих утопающих” вначале произносилась с возмущением, потом как горькая констатация реальности. Наши проблемы будут решены, когда она станет произноситься с деловым творческим энтузиазмом. Переживаемый нами момент можно, пользуясь метафорой д-ра Савенко, уподобить истории гибели плота “Медузы”, запечатленной на полотне Жерико: среди дюжины людей, спасшихся на плоту после кораблекрушения, спустя три дня начинаются паника и людоедство, тогда как мы знаем, что на порядок дольше — тридцать дней — можно голодать с лечебным эффектом.

Региональная конференция
Всемирной психиатрической ассоциации

**ПОМОЩЬ ПОНИМАЮЩЕГО СООБЩЕСТВА
ЛЮДЯМ С ПСИХОЗАМИ**

15–17 марта 1999 г., Гранада

Регистрационный взнос: 50 000 Ptas — до 15 января 1999 г.
60 000 Ptas — после 15 января 1999 г.

Обращайтесь по адресу:

FASE 20, CONGRESOS

C/Sevilla, 6 local 4, E-18003 Granada

Spain

Tel.: +34-958-203511; Fax: +34-958-203550

НОВОСТИ

ВСЕМИРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ

Лето — пора отпусков, однако Исполком Всемирной психиатрической ассоциации не прекращал готовиться к XI Всемирному конгрессу по психиатрии, который состоится 6–11 августа 1999 г. в Гамбурге. 6 июля и 4 августа 1998 г. были проведены телеконференции членов Исполнительного комитета ВПА, посвященные этому вопросу. 8 октября в Женеве состоялось заседание организационного комитета Конгресса, на котором были подведены основные итоги и утвержден план дальнейших действий. Уже составлена программа пленарных заседаний и симпозиумов, которые будут проведены во время Конгресса, сейчас идет прием заявок на устные и постерные доклады. 3-й буклет с информацией о Конгрессе в Гамбурге, наконец, отпечатан, и его начали рассылать. В нем Вы найдете формы заявок на доклады и информацию о программе для молодых специалистов. Независимая психиатрическая ассоциация России уже разослала материалы, необходимые для обращения в Комитет по поддержке молодых специалистов, по регионам. В связи с задержкой в распространении 3-его буклета, установлен новый предел для подачи заявок на доклады и в Комитет поддержки молодых специалистов, — 1 февраля 1999 г. Согласно новым правилам, рекомендовать молодых специалистов могут не только общества-члены ВПА и зональные представители, но и руководители крупных психиатрических учреждений. Каждый кандидат должен заполнить специальную форму-заявку (Nomination Form) и представить

заявление (на английском языке), в котором следует изложить свое представление о развитии психиатрии, свои планы на будущее и пояснить, как участие в Конгрессе по психиатрии в Гамбурге поможет в осуществлении этих планов. Надо также приложить копию паспорта с фотографией и датой рождения (не раньше 1964 г.), автобиографию, список публикаций и заявку на доклад. Все эти материалы нужно послать проф. Хуану Меззичу по адресу: **Prof. J. E. Mezzich, Chairman of the Fellowship Committee, Secretariat of the XI World Congress of Psychiatry, CPO Hanser Service, P. O. Box 1221, D-22882 Barsbüttel, Germany.**

До 1 февраля всем членам-обществам также необходимо представить свои предложения по кандидатам на выборные должности в руководство ВПА, а психиатрические общества региона Восточной Европы вновь будут выбирать зонального представителя. В выдвижении кандидата участвуют 2 российских и 2 украинских психиатрических общества, а также психиатры Казахстана, Грузии и Республики Беларусь. В прошлом выпуске журнала мы опубликовали требования, которые предъявляются к кандидату на пост зонального представителя ВПА. Сейчас наша задача — найти человека, который будет способствовать интеграции наших профессиональных обществ, как между собой, так и с Всемирной психиатрической ассоциацией. Настало время реализовать уже разработанные ВПА структуры, наполнить их новым содержанием и возродить утерянные связи.

ПРЕДСТОЯЩИЕ СЪЕЗДЫ И КОНГРЕССЫ ВПА

- February or March, 1999, WPA Co-Sponsored Meeting in Granada, Spain, The Community Care of the Long Term Mentally III Patient
Contact: Professor F. Torres-Gonzales, Fax: +34 (58) 275-214.
- March 12–14, 1999, WPA Regional Meeting in Wroclaw, Poland, From Isolation to Openness.
Contact: Professor A. Klejna, Fax: +48 (371) 214-4419.
- April 14–17, 1999, WPA Thematic Conference in Athens, Greece, Psychiatric Prevention.
Contact: Professor G. Christodoulou, Fax: +30 (1) 724-2032.
- **August 6–11, 1999, XI World Congress of Psychiatry in Hamburg, Germany, Psychiatry on New Thresholds.**
Contact: Professor W. Gaebel, Fax: +49 (40) 670-3283.
- November, 2000, WPA Regional Meeting in Paris, France, From Clinical Practice to Research.
Contact: Dr. J. Ganabé, Fax: +33 (1) 4278-3512.
- August, 2002, XII World Congress of Psychiatry in Yokohama, Japan.
Contact: Professor Jiro Suzuki, Fax: +81 (3) 3814-2991.

ИЗ ИНТЕРВЬЮ С ГЛАВНЫМ РЕДАКТОРОМ

— Юрий Сергеевич, мы, члены редколлегии, решили воспользоваться Вашим шестидесятилетием и, наряду с поздравлениями, задать Вам несколько вопросов, учитывая что такой возраст располагает к откровенности.

— В молодости мне тоже казалось, что этот возраст освобождает от оглядки на прежние опасения. Я даже негодовал, сталкиваясь с возрастающей, как мне казалось, “трусливостью”. Но с годами делаешься терпимее и понимаешь, что в эту пору заостряется не только исходный характер, но и память об экстраординарных ударах действительности.

— В какой мере, в таком случае, приходится рассчитывать на откровенность?

— Наивный подход, предполагающий прямолинейность ответа на вопрос, ориентацию ответа на само существо вопроса, можно уподобить детскому рисунку, который может быть гениальным без всякого обучения. Но для взрослого — вернуться к наивности детского рисунка, как например, у Пауля Клее, это свидетельство величайшего мастерства. Прохождению этого пути учит феноменологический метод. Откровенность, искренность — необходимое, но недостаточное условие. Они лишь обнажают наши предвзятости, а надо постоянно стремиться к их преодолению. Иначе опрос превратится в тестирование опрашиваемого. Но ведь Вам интереснее и важнее получить ответы по существу задаваемых вопросов, а не моих пристрастий.

— Нет, отчего же, Ваши пристрастия нам тоже интересны, тем более, что судя по тому, как Вы отвечаете, Вы сумеете разделить эти вещи.

— Думаю, что далеко не во всем.

— И все же, что Вы думаете о нашей современной психиатрии?

— Когда говоришь о любимом предмете, освещение ярче, тени контрастнее, оценки и акценты жестче, а реальность, особенно наша нынешняя, — это такой сложный узел, такое переплетение противоречий, что однозначного, о чем можно говорить с полной определенностью, немного. Прежде всего, отчетливо проступает на порядок увеличившийся разрыв между резким усложнением проблем и таким же резким измельчением действующих лиц. Наиболее деятельные, предприимчивые, талантливые, особенно молодежь, эмигрировали или ушли из науки и даже вообще из психиатрии. Постоянно приходится сталкиваться с поразительной профессиональной пассивностью, узостью кругозора, даже отсутствием отчетливо выраженной профессиональной ориентации. Кто и как

приходит в медицинский институт, и кто выбирает психиатрию, что изменилось в этом за последнее столетие, можно ли и как повлиять на эти процессы? На поверхности тотальная коммерциализация: наибольшие конкурсы на стоматологические факультеты, скоротечные курсы переквалификации из любой медицинской профессии в наркологи, психотерапевты, целители, что ведет к профанации этих профессий. Все преграды на этом пути устранены. Так, вопреки статье закона об участии в сертификации, аттестации, лицензировании врачей и тарификации медицинских услуг общественных организаций, все они, как Ассоциация врачей России и НПА России, оттеснены от этого дела. Все это, как и представительство в фармкофирмах и различных фондах, быстро превращается в синекуру. Если в 1990 году, выступая с одним из трех докладов от НПА на совместном заседании Всесоюзного и Московского обществ психиатров, я говорил о том, что вместо С. С. Корсакова, В. П. Сербского и В. М. Бехтерева у нас Н. М. Жариков, Г. В. Морозов и М. Е. Вартамян, то сейчас вместо В. П. Сербского — Т. Б. Дмитриева, а вместо С. С. Корсакова единственным претендентом по итогам кулуарно объявленного конкурса оказался Н. Н. Иванец. То есть, самую славную кафедру возглавит не психиатр, а нарколог. Это уже фарс. Процесс измельчения хорошо виден на составе РАМН, которая в силу этого и пропорционально этому, потеряла свой авторитет. Поэтому не приходится сожалеть, что звание академика девальвировалось еще и множеством самозванных академий. А на Западе с недавних пор звание академика можно свободно и вполне легально купить. Этот способ мог бы пополнить бюджет и РАМН, несколько не вредя ее составу. Надо сказать, что общий процесс измельчения — явление универсальное для нашего времени, характерное для всех стран. Фактически это одно из проявлений “социологизации” современной жизни. Рост народонаселения, необходимость иметь дело с массовыми процессами и, таким образом, с вероятностным подходом и соответствующими методами, удаляет нас от индивидуального творчества в сторону анонимного, коллективного. Но как раз опыт советской науки, культуры и особенно философии, дает вдохновляющий пример большей эффективности творчества выдающихся индивидуальностей, чем усилия всей имперской идеологической машины. С. С. Корсаков в письмах из Парижа с международного Конгресса психиатров в 1889 году отмечал, что самые крупные психиатры на съезд не приехали. Такое отношение к академическим звани-

ям и съездам отличало Анри Эйя, Манфреда Блейлера, Вольфганга Кречмера. Я не хочу этим снизить значение международных профессиональных организаций и съездов, а только отметить существенное упрощение при отождествлении их деятельности с историей психиатрии. Последняя в большей мере отражается в монографиях, непосредственных исследованиях, открытиях. В этом я вижу одно из подтверждений взглядов на историю науки интерналистов, отдающих приоритет логике движения самой науки в познании мира, то есть собственно научным факторам, а не идеологическим, политическим, экономическим или социологическим, как считают экстерналисты, в частности Томас Кун. Хотя внешняя массивность этих факторов грандиозна, она определяет только темп развития, а не его направление и не сам источник активности. Достаточно вспомнить историю советской генетики. Это была открытая арена, где сошлись в смертном бою два направления. Одно утверждало приоритет внешних факторов и тут же ими полностью пользовалось, противоположное — опиралось на собственно научные доводы... Все, о чем я до сих пор говорил, — измельчание, коммерциализация, релятивизация, политизация, профанация, — все это следствия внешних факторов и при том не специфических для психиатрии, а общих процессов поп-науки, как выражения массовой культуры. Здесь знаковые фигуры Валентин Пикуль, Илья Глазунов, Лев Гумилев. Это проблемы социологии и культурологии. Собственно научная проблематика связана, прежде всего, с переходом к новой общенаучной парадигме.

— *Вы уже опубликовали серию из пяти работ на эту тему. Нельзя ли сказать об этом кратко и просто?*

— Эта серия еще далека от завершения, впереди самые сложные проблемы понимания времени и сознания в психиатрии. Что касается краткой формулы новой парадигмы, то она всегда звучит одинаково: это все более адекватное постижение предмета своей науки. Предмет психиатрии, как и всей медицины, то есть любой болезни, — это состояние кризиса. Новая парадигма исходит из качественного различия рутинных и кризисных состояний, необходимости различного математического аппарата для их описания и анализа, а именно методов теории катастроф и синергетики. Очень важно иметь в виду, что новая парадигма — это не новая теория, а разветвленный комплекс неосознаваемых установок и процедур, воспринимаемых как само собой разумеющееся в процессе описания больных, постановки проблем и их решения. Неудовлетворительность первой ступени — описания, непонимание существа феноменологического метода в значительной мере обесценивает все последующее. Отсюда следует целесообразность повторе-

ния многих исследований, на которые опирается современная психиатрия.

— *В какой мере, по-Вашему, понимание новой парадигмы проникает в сознание отечественных психиатров?*

— Если говорить в общем, то, к сожалению, в очень небольшой мере и небольшом охвате. Даже в предисловии к отечественному изданию “Общей психопатологии” К. Ясперса проникло искаженное понимание феноменологии. Впрочем это касается и зарубежных коллег. ВПА не вняло нашему предложению на Мадридском Конгрессе создать специальный комитет по этому вопросу. С другой стороны, Конгресс европейских психиатров в этом году был весь посвящен инновациям. Вопреки, а в какой-то мере благодаря тотальному кризису переход к новой парадигме в отечественной психиатрии имеет перспективы, быть может, даже лучшие чем в других странах. В наших философии, социологии, гуманитарных, естественных и точных науках отмечается ренессанс феноменологии. Однако он сочетается в России, в отличие от Запада, с ренессансом психоанализа. Их сопоставление дает очень выразительную картину. Серии серьезных, часто нелегких для восприятия феноменологических работ противостоят яркий, увлекательный, будоражащий заманчивой тематикой, нередко откровенно рекламный поток психоаналитической литературы, сразу предлагающей всевозможные практические советы. После многих десятилетий идеологических преследований эта литература вызывает особенный интерес. Несомненно превосходство текстов классиков психоаналитических школ по сравнению с текстами их советских критиков. Отсутствие путеводителя по этой огромной литературе, ее саморекламность, отсутствие авторитетной научной редакции, комментариев, а часто и достаточно профессионального перевода, ведет к захламлению книжного рынка литературой, ориентированной прежде всего на коммерческий интерес. Мы неоднократно указывали, что психоаналитическое направление длительное время воплощало устаревшую научную парадигму в привлекательной упаковке, и поэтому оно встретило отпор европейской психиатрии первой трети XX века. Важно всегда иметь в виду эту критику. Только те современные психодинамические работы, которые учли ее, заслуживают внимания.

— *Какой же оценки заслуживают современные исследования?*

— Обескураживающим образом обстоит у нас дело не только с феноменологическим методом, но и с тем, что составляет феноменологическую установку. В частности, это отношение к своему делу. Обычно оно чисто потребительское, ничего святого, трепетного. В результате нередко приходится сталкиваться с грубыми фактическими неточностями, искаже-

ниями в пересказе первоисточников, принципиально неверным пониманием основополагающих терминов, совершенно неудовлетворительной аргументацией. Естественно, что все это не содействует доверию и к собственной продукции таких авторов. Проблема доверия к данным коллег опять-таки общая и очень острая проблема современной науки. Доверие к эмпирическим описаниям, к цифровым данным, к статистическим выкладкам существенно снизилось. В результате необъятный океан литературы оказывается вполне преодолимым. Здесь дело обстоит еще более ответственно, чем при полевых исследованиях. Если при обобщении последних с полным правом можно сказать, что массовые исследования дополнительно индивидуальным, то при анализе литературы в научных целях работы, не вызывающие доверия, лучше игнорировать. Учитывать их имеет смысл лишь в специальных социологических целях.

— *Что Вы можете сказать о современных психиатрических журналах?*

— Прежде всего можно порадоваться, что у нас уже не один профессиональный журнал. Все они со своим лицом и все заняли свое место, не дублируя друг друга. Надо сказать, что журнал — это еще и открытое лицо организации, которая его издает. Включенность нашей Ассоциации в правозащитную деятельность не позволяет ей и ее журналу уклоняться от острых тем, за которые безопаснее не браться вовсе. Так произошло с проблемой якобы нанесения грубого вреда психическому здоровью новыми религиозными организациями, которые стали ненаучно именоваться “тоталитарными сектами”. Этим игнорируется, что все религии тоталитарны, что уставы православных монастырей еще жестче, что аргументация о принесении такого вреда была дезавуирована не только нами, но и Российским обществом психиатров. Директор Государственного центра им. Сербского Т. Б. Дмитриева накануне 75-летия своего учреждения в разговоре со мной на эту тему дистанцировалась от позиции руководителя одного из отделов этого Центра проф. В. Ф. Кондратьева, признавая ее беспомощность. “Это личная позиция Ф. В., а не нашего Ученого Совета”. Однако вскоре после торжеств в Центре им. Сербского была организована специальная группа по этой тематике во главе с проф. Ф. В. Кондратьевым, а “Российский психиатрический журнал”, издаваемый Центром им. Сербского, предоставил безграничную свободу его откровенно ангажированным текстам на эту тему, не считаясь с их научной несостоятельностью. Более того. Т. Б. Дмитриева, став министром здравоохранения и главным редактором перевода “Краткого руководства по клинической психиатрии” Г. Каплана и Б. Сэдока, поручила именно Ф. В. Кондратьеву дополнить главку об индуцированных психозах.

— *В какой мере то, о чем Вы рассказываете, характерно для всего Государственного центра им. Сербского?*

— Я неоднократно отмечал, что даже это учреждение, само название которого стало нарицательным во всем мире как синоним использования психиатрии в политических целях, не соответствовало на самом деле этой своей мрачной славе, за исключением руководства и IV-ого отделения проф. Д. Р. Лунца. Внутри института, как и в любом другом учреждении, неплохо знали, кто есть кто и кто чего стоит. Я никогда не считал возможным предавать все это гласности. В начале 90-х годов мы отказались от такого рода мемуаров трех именитых сотрудников института. Слишком очевидным было стремление сведения личных счетов.

— *Были ли эти воспоминания опубликованы в другом месте?*

— Не знаю. Могу сказать только, что за семь лет работы в журнале убедился в старой истине: о содержании текста очень многое можно сказать по одному его стилю. Литературная редакция стерилизует, уничтожает грандиозную информацию, доступную редакции. Поэтому на ее совести камуфляж иных очевидных монстров.

— *Какие заметные издания по психиатрии Вы бы отметили?*

— Прежде всего это издание на русском языке всех психиатрических работ К. Ясперса. Я бы отметил тех коллег, которые приложили усилия и даже личные средства к изданию трудов К. Ясперса, А. Кронфельда, В. Маньяна, Е. Блейлера, Э. Кречмера, П. Б. Ганнушкина, Ю. В. Каннабиха. Во-вторых, целую серию новых учебных пособий по психиатрии и тот факт, что многие из них написаны в различных регионах России. Наиболее заметным и сильным во всех отношениях изданием была, на мой взгляд, монография проф. Н. Г. Шумского “Диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике”. Эту работу следует рекомендовать молодежи в числе основных. Сложные чувства вызвала “Психотерапевтическая энциклопедия” под редакцией Б. Д. Карвасарского. Большой авторский коллектив, использовавший и данные зарубежных коллег, обусловил чрезвычайную неравноценность различных статей, к сожалению, неподписанных авторами. Создается впечатление, что многим авторам различных психотерапевтических методик была дана возможность самим написать о себе. В результате, классические методы, составившие эпоху в психотерапии, изложены намного бледнее и беднее, чем всевозможные частные модификации. Словом, добротные работы фактически наполовину разбавлены слабыми и откровенно конъюнктурными. Например, большая статья “Православная психотерапия”, подаваемая как “ответ на запрос вре-

мени”, не соседствует со статьями о вкладе в психотерапию других конфессий. Неудовлетворительно для такого издания раскрыта одна из ключевых тем — классификация методов психотерапии, в частности, неверно излагается существо антропологических и феноменологических школ. Несколько малосодержательных фраз о психогигиене Артура Кронфельда и огромные статьи о себе. О личностно-ориентированной реконструктивной психотерапии Карвасарского — Исуринной — Ташлыкова, об “императивном внушении наяву на фоне сильного эмоционального напряжения при заикании по Шкловскому”, о “массовой эмоционально-эстетической психотерапии алкоголизма Григорьева”, рассчитанной сразу на 600 и более человек, и т.п. И ни слова о И. С. Сумбаеве, М. С. Вольфе, Ф. Е. Василюке и мн. др. Издание, рекламирующее себя как “первое в мировой практике”, разве что впервые в мире ввело в оборот наравне с мировыми знаменитостями свой авторский коллектив и его бомонд. Да где там “наравне”, авторы всерьез пишут о “прогнесе в психотерапии”. Главному редактору изменило чувство вкуса и меры. Как можно, например, писать такое: “На значение психотерапии в лечении психозов указывали такие известные отечественные психиатры, как С. С. Корсаков, Ю. В. Каннабих, С. И. Консторум, ... Т. Б. Дмитриева...”

— *Реальна ли в наших условиях независимость?*

— Мое поколение не чаяло дожить до времени, когда станет возможным свободное профессиональное сообщество, когда будет положен конец идеологическому и политическому вмешательству в профессиональные вопросы. Конечно, и сейчас у нас, да и во всем мире все политизировано, но игнорировать различные степени зависимости — элементарная недобросовестность. Независимость в значительной мере зависит от нас самих, от нашей способности и готовности “платить” за нее. Независим обеспеченный человек, который ценит независимость выше многого другого. Свобода возможна только в условиях давления и по отношению к этому давлению. Поэтому она требует непрестанного усилия. Люди же, когда речь не идет об их непосредственных интересах, обычно склонны к инертности, к принципу экономии усилий. Впрочем, в этой инертности есть свой здравый смысл, который предохраняет от демагогов всех мастей, мечтающих манипулировать людьми... Наша Ассоциация и наш журнал являются примером способности к значительной автономии в весьма беспокойное время.

— *Юрий Сергеевич, расскажите немного о себе. Кто Ваши учителя? К какой школе вы себя относите? Каков Ваш путь в психиатрии?*

— Я родился в Киеве в 1938 году в семье одного из ведущих невропатологов Украины, напротив здания, где размещалось ГБ, а потом гестапо. Еврейское

происхождение матери едва не стоило Бабьего Яра: за нами пришли по доносу соседней на следующий день после отъезда в Умань, где мы скрывались, пережидая оккупацию. Школу и медицинский институт я кончал в Черновцах, где отец получил кафедру. Никогда не был отличником. На первом курсе за одну безобидную реплику второму секретарю обкома партии едва не был отправлен на год на перевоспитание на шахты. Это отражало общий жестокий стиль ускоренной советизации Северной Буковины и содействовало прозрению от первоначально верноподданических иллюзий. Моим первым учителем был отец. В одной из лабораторий его клиники я учился работать на 16-канальном “Альваре”. С 4-ого курса начал посещать кружок по психиатрии. Мне повезло с учителями. Это были представители Харьковской школы — доц. М. И. Клейман и проф. Н. П. Татаренко, Ленинградской школы — проф. Г. Ю. Малис (в прошлом один из лидеров отечественного психоанализа, а потом автор вирусной теории шизофрении), Киевской школы — проф. И. А. Мизрухин, известный психотерапевт. Все — блестяще образованные люди, настоящие клиницисты и ученые, яркие лекторы. Заведом психиатрической больницы долгие годы был д-р А. С. Манасон, ученик Вагнера фон Яурегга. Сама больница была прекрасно построена и оснащена с австрийских времен, очень напоминая место действия экранизации романа А. Кронина “Юпитер смеется”. Психофармакологическая эра только начиналась, но трудотерапия была поставлена лучше, чем я когда-либо видел в последующем. После двух лет работы с острыми больными я поступил в 1963 году в аспирантуру к проф. Д. Д. Федотову в Московский НИИ психиатрии, где посещал разборы проф. С. Г. Жислина, вел больных в отделении М. С. Вольфа и работал в психологической лаборатории у Б. В. Зейгарник и в электрофизиологической лаборатории у Э. С. Толмасской, а также ходил на лекции многих наших выдающихся физиков и математиков. При этом 12 лет мыкался по чужим квартирам без прописки. В 1966 г. защитил кандидатскую диссертацию “Клинико-электроэнцефалографические данные изучения инволюционной депрессии”. Это исследование опиралось на работы Н. А. Бернштейна и представления о гомеорезе, в нем была реализована идея предикции. Моими рецензентами были Р. Г. Голодец и И. М. Фейгенберг, а оппонентами — Э. Я. Штернберг и Ф. В. Бассин, с которыми у меня с тех пор сложились близкие отношения. В течение года я проработал ординатором 5-ой городской психиатрической больницы (известной как “Столбовая”), осуществлявшей принудлечение общего типа. Там на клинических конференциях я несколько раз представлял больных проф. Д. Р. Лунцу. Поразила его манера курить больному в лицо. Вскоре я прошел по конкурсу старшим научным со-

трудником в психологическую лабораторию МНИИ психиатрии, которой тогда начал заведовать Б. М. Сегал. Здесь я принял активное участие в утверждении тестологии в отечественной медицине, занимаясь преимущественно проективными личностными тестами (тестом Роршаха и ТАТ) и обучая стажеров из числа психиатров. В институте у меня сложилось неформальное сотрудничество с В. П. Эфроимсоном, Л. Л. Рохлиным, А. К. Ануфриевым, О. П. Вертоградовой, А. Г. Амбрумовой, Ю. С. Николаевым, С. Г. Зайцевым. Помимо изучения депрессивных расстройств я разрабатывал проблему социальной реабилитации на основе представления о системе компенсаторных механизмов личности и написал серию работ о существовании понятий мотивация, воображение, личность, проекция, эксперимент и измерение в психологии и психиатрии, взаимоотношение психологии и психиатрии, антипсихиатрия, антипсихологизм, а также историю института к его 50-летию. Могу с полным основанием сказать, что ощущаю себя представителем Московской школы в лице прежде всего С. Г. Жислина. Сильное влияние на меня оказали К. Ясперс, А. Кронфельд, К. Гольдштейн, Г.-Й. Вайтбрехт, К. Конрад, Н. Петрилович и в целом феноменологическая и гештальт-школы, а также Н. Гартман и Э. Кассирер. К художественной литературе, театру, музыке я всегда относился как к профессионально необходимому развитию. За три месяца до защиты докторской диссертации меня вынудили уйти из института. Иначе чем психологическим садизмом тогдашнего директора проф. А. А. Портнова это не назовешь. Отпущенный по устной договоренности в связи с трагическими семейными обстоятельствами на 1–10 мая, я столкнулся с рапортом о прогуле. Полковнику Зухарю¹, который его написал, давнишнему приятелю Портнова, удалось демобилизоваться из армии, и он занял обещанное мне место заведующего психологической лабораторией, которому сам явно не соответствовал. Портнов, на мою просьбу повременить с увольнением до защиты диссертации, предложил: “А Вы пойдите к Зухарю и поунижайтесь как следует”, — и подробно со вкусом объяснил мне, что надо говорить. Просивших за меня профессоров он обезоружил: “Так ведь он в Израиль собрался”. Оказавшись в безвыходной ситуации, я воспользовался протекцией акад. Е. В. Шмидта и в рекордный срок устроился в фактически тогда “режимный” институт им. Сербского. В течение года я работал в психологической лаборатории, принимая участие в разработанной Н. Н. Станишевской комплексной психолого-психи-

атрической судебной экспертизе, а следующие 4 года, по инициативе патриарха отечественной психотерапии проф. М. С. Лебединского стал его помощником в небольшой группе сотрудников на базе ПБ. № 12 (Покровско-Стрешнево). В 1974 году я успешно защитил докторскую диссертацию “Тревожные психотические синдромы”, в которой были разработаны клинические и экспериментальные критерии психотического уровня для тревожного и меланхолического синдромов и показано, что основой их принципиального различия является гипоконстантность восприятия у первых и гиперконстантность — у других. Оппонентами были Э. Я. Штернберг, Ф. Б. Бассин, Н. Д. Лакосина. Отзыв от психоневрологического института им. Бехтерева написал И. М. Тонконогий. Спустя год я успешно парировал отрицательный отзыв “темного рецензента”, упрекавшего меня в трудности текста, что было естественно в силу междисциплинарности и всевозможных новаций. Спустя еще год второй “темный отзыв” оказался положительным, но грянула реформа ВАКа, которая политизировала требования к докторской степени: обязательным для нее стали — членство в партии, чистое досье и наличие соответствующего служебного положения. Ничего этого у меня не было и спустя еще год меня, дав пять минут на выступление, провалили уже открыто, комиссионно. Контраст между вложенным трудом, высоко оцененным всеми, кого я уважал, и этой торопливой процедурой исполнения какой-то разнарядки, был так велик, что я сгоряча не стал писать апелляцию, несмотря на множество процедурных нарушений, а отозвал работу. Надо сказать, что фактически всех отклоненных подобно мне спустя некоторое время утвердили в докторской степени. Интересно, что совет отозвать диссертацию дал мне акад. Г. В. Морозов, председатель психиатрического ВАКа, а “зарезали” меня его люди. А вскоре в 1979 г. я в числе 10 сотрудников (В. Е. Пелипас, Т. И. Ростовцева, Р. В. Рожанец и др.) был уволен из института по сокращению штатов, хотя тут же были набраны другие сотрудники. Процедура этого увольнения была настолько юридически неграмотной, что администрации пришлось ее дублировать. Всю жизнь пестуя себя для научной деятельности и добившись признания у тех, кого почитал образцом, я переживал случившееся как катастрофу. Однако уже через год я начал благословлять этот удар судьбы. Без него я бы оставался в тогдашней удушливой и унижительной атмосфере института им. Сербского. Я ясно ощутил свою собственную косность и оценил подаренную мне независимость. С тех пор вот уже 19 лет я работаю психиатром крупной общесоматической больницы, которая является базой многих кафедр 3-его медицинского института. Огромное разнообразие больных, с которыми приходится иметь дело, чуть ли не весь спектр нашего предмета, делает

¹ Автор докторской диссертации по гипнопедии, консультант А. Карпова в матче в Багио, где успешно справился со своей задачей: несколько раз выкриками ключевых слов выводил В. Корчного из себя до такой степени, что тот бросался на него со сцены с кулаками.

эту работу постоянной захватывающей школой. С другой стороны, без трех месяцев 10 лет, как удалось создать и упрочить нашу НПА России.

— *А в перестройку Вы ничего не сделали для подтверждения докторской степени?*

— Вы бы слышали какими словами ругал меня Владимир Павлович Эфроимсон за то, что я отказывался пойти с ним по этому вопросу в высокие инстанции. На тот момент я был неправ. А потом возникло убеждение, что это поставит меня в зависимое положение, тем более, что хозяином положения в ВАКе оставался Г. В. Морозов. Впрочем, ликвидация этого учреждения в мае этого года — нечто еще худшее: ВАК ставил препоны и для грубой халтуры, туда поступали различные критические отклики о диссертации, и о личностях соискателей. Теперь, как написали “Известия”, “Церберу отрезали голову”, ведь надо было утвердить докторскую диссертацию В. В. Жиринского и т.п. Лихорадочный цейтнот, в котором я живу в течение последних 10 лет, не позволил еще превратить мою докторскую диссертацию в монографию, хотя она по-прежнему весьма актуальна. Нет и средств для этого. В портфеле редакции уже давно набранная докторская диссертация Р. Г. Голодец, собрание работ А. Кронфельда и мн. др.

— *Как обстоят дела сейчас? Будет ли выходить журнал?*

— Все три банка, где были средства Ассоциации, и Московского исследовательского центра по правам человека, в который мы входим, обанкротились. Но и раньше поиски средств на каждый выпуск забирали больше сил, чем их подготовка. Ведь журнал дело очень убыточное и то, что он продолжает жить уже 7 лет, как и объем деятельности НПА служит нашим недоброжелателям поводом распространяться о больших деньгах Запада. Будь у нас средства, мы были бы

вне конкуренции по многим позициям, включая издательскую деятельность. По крайней мере, я смог бы издать свою диссертацию.

— *Каковы ближайшие перспективы деятельности ассоциации?*

— Приоритеты деятельности Ассоциации остаются прежними, постоянно подтверждая свою актуальность в долгосрочной перспективе. Это клинико-феноменологическая ориентация, которая казалась исчерпанной, а на деле представляет фундамент, предваряющий и предопределяющий все последующее, как в практике, так и в теории предмета. Другими приоритетами являются разгосударствление и децентрализация психиатрической службы и укоренение правовой основы психиатрии. Среди отдельных проблем, разрабатываемых ассоциацией, — новые подходы к социальной реабилитации психически больных, использование огромного разнообразия социотерапевтических методов, психиатрия и религия, психиатрия и права человека. По мере ухудшения положения в стране роль НПА России возрастает. Хотя Российское общество психиатров и обратилось к социальной проблематике, но когда речь идет о действительно острых проблемах, устраняется, выходит из игры, как это ярко продемонстрировала проблема новых религиозных организаций. Мы работаем в непосредственном контакте с правозащитными организациями не только в России, но и в ближайшем и дальнем зарубежье, с различными структурами ООН, Совета Европы, с международными профессиональными и правовыми организациями. Приоритет международного права при проверке соблюдения подписанных и ратифицированных Россией международных конвенций представляет сильный рычаг давления, стимулируя процесс реформ.

С. Я. Бронин

МАЛАЯ ПСИХИКА БОЛЬШОГО ГОРОДА

Москва, 1998, 272 с.

Уникальное популяционное исследование психической заболеваемости.

Автор — заведующий соматопсихиатрическим отделением 67-й клинической больницы г. Москвы — с литературным мастерством излагает весь спектр психических расстройств на 200 клинических примерах и делится своим богатым опытом

Превосходное пособие для начинающего психиатра

Стихи Светланы Казакевич

Рождество

(написано в ПБ № 10, г. Электроугли, 1997 г.)

*Горит звезда в далеком небе.
Седьмое. Бог приходит в мир.
Мы о насущном молим хлебе.
Господь его благословил.*

*За окнами метель танцует,
Мороз хрустящий в бубен бьет,
А мне судьба тоску рисует
И смотрит на меня и ждет.*

*Хвала тебе, о наш Спаситель,
Свободу дарящий в любви,
Отдавший жизнь, о Искуситель,
Завет, на праведной крови.*

*Молю тебя, Господь Всевышний,
В день рождества и холодов
Ты сделай и меня не лишней
В семье друзей твоих, Сынов.*

*Верни мне радость материнства
О Пресвятая Дева, Мать.
Мне бы над дочкою склониться
И в эту ночь совсем не спать.*

*Но молчалива и упряма
Эта коварная зима.
Душа пуста и нету дара,
А я совсем, совсем одна.*

* * *

*Капает дождь и февраль на исходе,
Снег опустился, слегка почернел.
Тихо сменяется время в природе
Март подобраться с весною успел.*

*Стены больничные, вы ненавистны,
Красть мою жизнь кто вас научил?
Грянет апрель лучезарный и быстрый,
Дождик проказник весь снег измочил.*

*Время уходит и жаль безвозвратно,
Эта весна все мечты мне сулит.
Воздух свободы вдохну безоглядно,
Прочь от чужих, так судьба повелит.*

*Капает дождь и февраль на исходе,
Снег опустился, слегка почернел,
Тихо сменяется время в природе,
Март подобраться с весною успел.*

**Пятый конгресс
Европейского общества
клинической нейрофармакологии
5–8 мая 1999 г., Хорватия**

Обращаться по адресу:

Mrs. Sanja Dejanovic, Congress Office Manager,
Lubirnia Riviera Hotels, M. Tita 254
51410 Opatija, Croatia

Перед попыткой вылететь из Магнитогорска в Челябинск, находясь в трансе, я решил создать организацию: “львы и тигры” против “кентавров”. Под “львами и тиграми” я подразумевал руководство г. Магнитогорска и особенно руководство правоохранительных органов города. Под “кентаврами” я подразумевал тех же руководителей Челябинской области. Те и другие злоупотребляли служебным положением, брали взятки в любом виде, процветало кумовство, взаимовыручка, круговая порука, оказание взаимных услуг.

Конечно, особенно отличалось этим руководство области, где вершилась кадровая политика, не отставало в этом и руководство Магнитогорска. Многие из последних рвались в Челябинск и не безуспешно, стремясь получить более высокие посты. Почему я об этом пишу? Да потому что многие эти явления я знал. Неоднократно объехав все города и районы области по конкретным эпизодам, это делалось на глазах рядовых сотрудников госаппарата, а также по информации честных работников местных органов, которые надеялись, что я дам ход этой информации. К сожалению это не входило в мои обязанно-

сти. Сигнализировать выше было некому и бесполезно. Коррупция была сверху донизу и снизу доверху. Сигнализирующий моментально бы остался без работы.

Что стоит, например, тот факт, что прокурор города Магнитогорска Лукьянов Виктор Васильевич жаловался мне на председателя местного суда Куркина Михаила Исаевича, что последний подслушивает по концентратору телефонные разговоры прокурора, который был новичок в городе, а судья обладал обширными связями. Я оставил это без внимания.

Я в трансе мыслил изменить это положение, заменить более консервативных и высоких руководителей “кентавров” более молодыми “львами и тиграми”. Последние принимали меня в командировках, как представителя областной власти, так же и в других городах на самом высоком уровне, как в последствии выразился председатель Магнитогорского суда Куркин М. С. на уровне зам. Министра. Не было отказа ни в чем: “десанты в рестораны, кафе, в продмаги, на заводы.... женщины”. Выполнялась любая моя просьба. Мне все это надоело и я сменил ведомство, подорвав психическое здоровье.

26.11.98 г.

Д. Д. О. Новый Уренгой, Ямало-Ненецкий автономный округ

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

первичный прием (общественная приемная):
понедельник — с 10 до 13 час.; среда — с 15 до 19 час.

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

Экспертная комиссия (по предварительному назначению):
вторник и четверг — с 16 до 20 час., там же

Телефон для справок: (095) 206-86-39

Почтовый адрес: 103982, Москва, Лучников пер., 4

Московский центр по правам человека. Независимая психиатрическая ассоциация

Экспертиза и консультации проводятся бесплатно

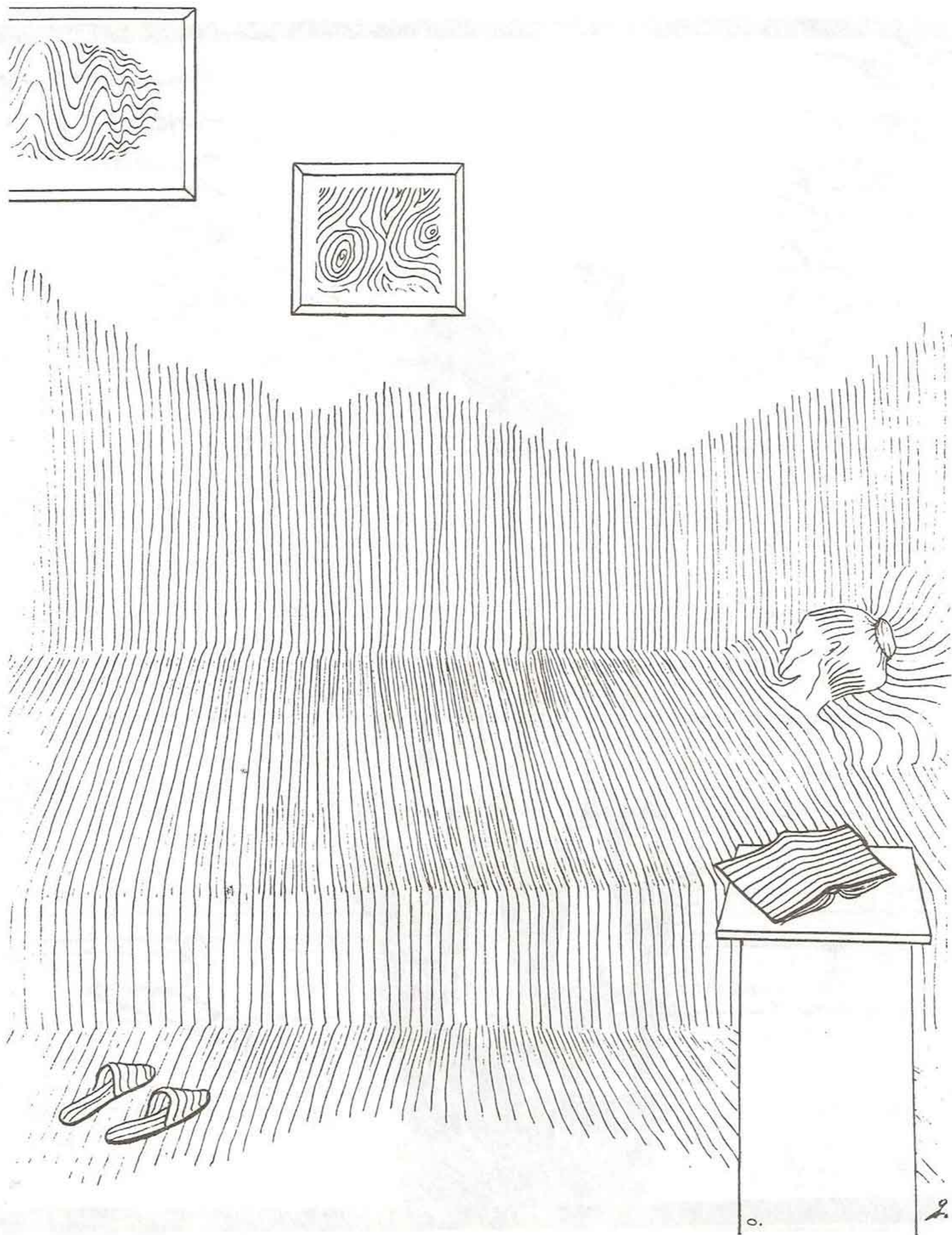
Рисунки
ОЛЬГИ БРЕЛЬ

Страх, 1979 г.



Рисунки
ОЛЬГИ БРЕЛЬ

3 лист из цикла "Портрет сестры Нади в интерьере". 1979 г.



Из-под колпака

"Колпак мой треугольный,
дурацкий мой колпак..."

К читателю

Что может рассказать дурак,
псих, шизофреник, дом без крыши?
Под черепом скребутся мыши —
сидит в углу, сосет кулак.

А вы здоровы и умны.
Вам сине море по колено,
вас не морочит запах тлена
из желтых подполов страны.

Но приглядитесь! Желтизна
имеет много всяких гитик —
лиц, солнца, золота, политик...
Блажит в безумии страна.

Бегут к Корейше на поклон:
скажи, открой, блаженный старец!
И в нос по локоть спрятав палец,
им открывает правду он.

И эта правда на века:
спроси ума у дурака.

1996

* * *

Теперь — свобода вместо клетки.
Еще — не бег. Уже — шажки.
Засохшей крови злые метки.
И снова — красные флажки,
и снова — ор хмельной загона
и хрип охотничьей трубы...
И повторение судьбы
в аду харонова вагона.

1 декабря 1997

14 декабря 1997

На Сенатскую выйду — мороз, как тогда,
тот же дух революций... Ну просто беда.
Что ж, в России все это навечно?!
А надежда поет в преисподней метро
сумасшедшую песню немного Пьеро
так беспечно и так человечно.

Субличности

Последнюю связующую нить,
как сука — пуповину, отгрызаю.
Пусть этот новый Я живет
хоть в тридевятом царстве от меня
за семь морей и пару океанов.

Пусть не тоскует. Вы ему пишете.
О чем, о чем? Да я откуда знаю?!
Болит живот — пишете про живот!
Душа — про душу! Впрочем, все херня
за семь морей и пару океанов.

А вы не тратьте время, не ищите
И не завидуйте невиданному раю —
Бог вокруг пальца всех нас обведет!
Ключом от дома бывшкго звеня
за семь морей и пару океанов.

хоть тыщу раз его вы прокляните,
а все одно — уж я-то знаю —
он, все одно, обратно позовет
ожогом долетевшего огня
за семь морей и пару океанов.

Дышите этим воздухом, дышите,
и, стоя на краю, не будьте с краю
Но как ни стой, а все это пройдет!
И я тогда не отыщу меня
за семь морей и пару океанов.

Последние связующие нити,
чтоб не порвали, са перегрызаю
и отправляюсь в дальний перелет,
махнув себе, не различив меня
за семь морей и пару океанов.

17.09.98

Песенка

И сколько ни будет нам дано,
просрем и это.
Ты оглянись! Кругом говно —
по эполеты

Но что ни утро — все равно
до хруста бриться.

Ведь превращать лицо в говно
нам не годится.

Мы проиграли все давно,
но длится битва.
Уж дома нет — одно окно,
за ним молитва.

Сияет золотм Руно.

О нам — баллады.

Ждут Пенелопы. А говно?

О нем — не надо.

Пусть все едино, все одно
мы канем в Лету.
Но не говно! Хотя оно —
по эполеты.

Октябрь 1998

В. Е. К.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Аарон Л. Мишара. Гуссерль и Фрейд. Время, память и бессознательное // Логос. 1998. № 1. С. 139–172.

Мишель Фуко. Рождение клиники. — М., 1998.

Фредерик Перлс. Гештальт-семинары. — М., 1998.

Тихонравов Ю. В. Экзистенциальная психология. — М., 1998.

Веккер Л. М. Психика и реальность. — М., 1998.

Сергеев Ю., Смирнова И. “Хорошая смерть”... Правовой и моральный аспекты эвтаназии // Правозащитник. 1998. № 1. С. 36–42.

* * *

Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. — М., 1998.

Ньюман Д. Неопросные методы исследования // Социол. исслед. 1998. № 6. С. 119–129.

Коэнен-Хуттер Ж. Актуальные проблемы социологии и их развитие // *Ibid.* С. 130–133.

Давыдов Ю. Н. Метатеоретические устои социологии XIX века // *Ibid.* С. 13–25.

Ален Турен. Возвращение человека действующего. Очерк социологии — М., 1998.

Петрухин И. Оговорки и заявления при ратификации Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод // Российский бюллетень по правам человека. 1998. № 10. С. 65–69.

Алтунян А. Образ Совета Европы по материалам российской прессы // *Ibid.* С. 84–95.

* * *

Кистьяковский Б. А. Философия и социология права. — СПб, 1998.

Эвандро Агацци. Моральное измерение науки и техники — М., 1998.

Голосовкер Я. Э. Засекреченный секрет — Томск, 1998.

* * *

Гуго Мюнстерберг. Психология и учитель — М., 1997 (*Впервые переведенная классическая работа, шедевр краткого и точного введения в предмет*).

Майра Станеки-Козвоски, Уильям Хейнс, Анна Бжиска и др., Б. П. Битинас (ред). **Мой мир и я.**

1) Пособие для учащихся. 2) Руководство для родителей.

3) Пособие для учителя (в 2-х кн.). **Я в мире людей.** Пособие для учащихся (в 2-х кн.) — М., Международный фонд образования. Изд. “Республика”. 1997 (*Очень удачная новация в области синтетических руководств по обучению и воспитанию, отдельно для школьников, родителей и учителей, предназначенная для свободных дискуссий в группе по вопросам полового воспитания и духовного развития, по отношению мировых религий к браку и семье, по проблеме различных вредных привычек, с примерами из мировой литературы.*)

* * *

Франц Кафка. Дневники — М., 1998 (*Первое полное издание*).

Франсуа Фюрре. Постигание Французской революции — СПб., 1998.

Жураев С. В. Революция во Франции и немецкая литература — М., 1997.

Голлербах Э. Встречи и впечатления — СПб., 1998.

Кузмин М. Дневник 1934 года — М., 1998.

Капица, Тамм, Семенов в очерках и письмах. — М., 1998.

Ступникова Т. С. “...Ничего кроме правды...” — Нюрнберг – Москва. — М., 1998.

ABSTRACTS

The concept of psychopathological diathesis

Sergei Yu. Tsirkin

The concept of psychopathological diathesis was formulated and its main clinical characteristics were given by the author. (Psychopathological diathesis means non-processional mental disturbances, emerging in the course of life from personality anomalies of disassociated and deficit type, reactive and autohtonic conditions). As the starting points of this concept are named: traditional for our national psychiatry basis on clinical observation, concept of diatheses in somatic medicine and notions of schizophrenic or schisotypical diathesis in psychiatry. On one hand were considered principal differences between the concept of psychopathological diathesis and the notion of schizophrenic diathesis by A. V. Snezhnevski and,

on the other hand, analogies between psychopathological and somatic diatheses. In the framework of notions of psychopathological diathesis questions of differentiation between proper mental disturbances with somato-neurologically caused symptoms and psychological reactions of mentally sane persons were discussed. In psychiatric diagnostics it is proposed to take into account different types and forms of psychopathological diathesis characterized by predominance of some or another of its components, by presence of axis symptomatics and so on. Besides that it was proposed to make evaluations on independent diagnostic axes, which include not only psychopathy and oligophrenia but organic damage to brain too.

The role of the phenomenological approach to study of chronic alcoholism and formation of adequate psychotherapeutic tactics of treatment

Igor S. Pavlov

The author considers systematic alcoholization and more so alcohol adiction as not a separate problem, but as an integral part of human nature, its essence and features of existence under various circumstances. Unfortunately, in our national narcology there are no works based on the phenomenological approach, which would have deepened our concept of an illness and would have given the opportunity of composing another paradigm of treatment and prophylaxis of such disturbances. A patient with alcohol addiction should be examined from the point of view of clinical manifestations (symptoms and syndromes), from the position of environment and social status, but not from the point of view of the patient himself, as the main character. The author's aim is to study nature and essence of alcohol addiction using phenomenological and clinico-psychotherapeutic methods. In the generally accepted paradigm in the studies of the alcohol addiction the change of accent (with purpose of genuine diagnostics) from alcoholic intoxication to its complica-

tions, reaction of organism to prolonged presence of ethanol in it has occurred. The author describes mechanisms of systematic drinking and conditions indispensable for emergence of alcohol addiction. The factors which have led to systematic drinking are also acting in the process of systematic drinking and are opposing formation of soberness. Analysis and synthesis of the obtained material made it possible for the author to single out "alcoholic attitude of patient" which determines the behavior of a patient with alcohol addiction as a whole and creates a peculiar opposition and misunderstanding by patients. Because of this they don't understand the attitude and requests of relatives, friends and society as a whole. Such understanding of patients with alcohol addiction and such a structure of the alcoholic attitude of a patient help a doctor in his everyday work to feel and to understand what to do and on this background to see individuality and unique character of the given case.

**Co-operation possibilities of psychologists, psychiatrists,
and church in the solution of the population
psychological health problems
(on the example of Poland)**

P. I. Sidorov, E. V. Zgonnikova, A. G. Soloviov
Medical Academy, Arkhangelsk

The article is devoted to the peculiar features of psychologists, doctors, and church cooperation in the prophylactic of psychological health on the example of Poland. The principals of psychological health and its prophylactic levels are discussed in the article. The basis of the main principle — interaction — is not the unnatural division of a man into psychological, biological and spiritual spheres but their integrity and overlapping. The practical co-operation in the solution of the psychological health

preservation problems can be seen during recollections, in the work of different independent movements for prevention against alcoholism and drug addiction ("Church manoeuvre for freedom," etc.). The main work trends of the Psychological Institute of the Lublin Catholic University which concern the study of schizophrenia, psychological crisis, autodestructive behaviour prevention problems can serve as the example of the interdisciplinary approach to the discussed problems.

The vicious circle

Galina A. Krylova

In accordance with Article 14 of the Federal Law "On freedom of conscience and religious associations" one of the grounds for liquidation of a religious organization and for the ban on its activities by court injunction should be inflicting harm to morality and health of citizens sometimes with the use of hypnosis. The Independent Psychiatric Journal had repeatedly presented to its readers materials proving that the accusations of "coding", "zombing" and other psychic pressure represented only label used in the confessional confrontation as *casus belli*.

Unbiased expert research proves groundlessness of accusations of such kind. Conducted by court decision the forensic psychiatric expertise among believers of the Unification Church has revealed neither chronic nor temporary mental disturbances. Any dependent disorders of personality have not been revealed too. However, all examined believers had family problems which had induced them to divert to the religion, non-traditional for Russia.

Up to now courts rejected conclusions of experts of the Independent Psychiatric Association of Russia, who had examined believers of non-traditional confessions, on the grounds of non-governmental status of the Association. The forensic-psychiatric evaluation with participation of psychologists conducted by the Forensic-medical ex-

pert service of the St. Petersburg administration totally confirmed the conclusions of the IPA — namely non-traditional religious beliefs have not been caused by psychic coercion or illness.

Fanned up by the press trials in defense of "psychic victims" represent a very dangerous precedent of using psychiatrists in the interconfessional disputes. Anticultism leads to aggravating tension in society, where the degree of the religious tolerance is already low. And it doesn't concern any definite organizations. When mass media was stubbornly introducing the notion that "in sects zombing is used", the accusations of psychic influence on believers were imputed to Protestants. The author presents concrete facts of using psychiatric diagnoses for liquidation of some religious communities. The accusations of using hypnosis, of inflicting mental disturbances by sermons, conclusions about necessity of treatment of religious heterodox persons in mental hospitals are accepted by authorities as a guidance to direct interference. The official psychiatry is ready to service the new social order. Meanwhile the professionals are fully aware of the absence of scientific argumentation and representative comparative analysis between orthodox believers and believers of other confessions.

ПРИНИМАЮТСЯ ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА:

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

В сборнике 1991 г.:

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

В сборнике 1992 г.:

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

БИБЛИОТЕКА НЕЗАВИСИМОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ

В Ы Ш Л И

Е. VLEULER — РУКОВОДСТВО ПО ПСИХИАТРИИ

Репринт 1920 г., 550 с. с илл., в твердом переплете,
с приложением рецензий проф. Э. Я. Штернберга и проф. А. К. Ануфриева
на последние расширенные Манфредом Блейлером издания этого руководства.
Неповторимым достоинством книги является ясность и четкость изложения пропедевтики,
клиники и теории психических болезней.

Каждый психиатр должен иметь этот классический учебник по психиатрии.

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

32 с., с аналитическим предисловием.

Предназначена для массового читателя.

АРТУР КРОНФЕЛЬД — ДЕГЕНЕРАТЫ У ВЛАСТИ

Репринт 1942 г., лидеры III Рейха глазами психиатра.

Рассчитана на массового читателя.

КАРЛ ЯСПЕРС — ФИЛОСОФСКАЯ АВТОБИОГРАФИЯ

М., 1995. С. 128.

С приложением статьи Курта Колле: Карл Ясперс как психопатолог.

Н А Ч А Л И В Ы Х О Д И Т Ь

ПРИЛОЖЕНИЯ

к «НЕЗАВИСИМОМУ ПСИХИАТРИЧЕСКОМУ ЖУРНАЛУ»

1. С. Н. Шишков — «Судебно-психиатрическая экспертиза (понятие и типы)»
(Учебное пособие)
2. I-ые Консторумские чтения. «Психотерапия малопрогрелиентной шизофрении».
3. О краткосрочной терапии творческим самовыражением и клинко-психотерапевтическом театре в психиатрии. (Учебное пособие)
4. II-ые Консторумские чтения. «Клиническая психотерапия и феноменологическая психиатрия»

ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА

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

Аргуновой Юлии Николаевне

ПРОДАЖА

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

«НЕЗАВИСИМЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ»

Индексы для подписчиков: 73290 — индивидуальных, 73291 — коллективных

№ 1, 1991

Устав НПА. Антипсихиатрия сегодня.
Обывательские комплексы психиатрического мышления. О психической заразительности.

№ 1–2, 1992

Проблема предмета советской психиатрии.
Начальное бредообразование. Затухание бреда.
Доклад комиссии ВРА о визите в СССР в 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 гг.
Ответственность за незаконное стационарирование.
Врачебная тайна. О школе Столбуна.

№ 4, 1994

Психоанализ в противоречиях.
Биографический метод. Терапия смыслоутраты.

№ 1, 1995

Семен Гурвиц о вялотекущей шизофрении.
Иорг Фроммер о клинической диагностике.
Антоний митрополит Сурожский о медицинской этике.

№ 2, 1995

Жан Эйм об институциональной психотерапии.
Виктор Каган о границах психотерапии.
Эрих Вульф об этнопсихиатрии. Дело АУМ.

№ 3, 1995

DSM-IV.
Бенедетти о психотерапии шизофрении.
Психология свидетельских показаний.

№ 4, 1995

Психоонкология в гематологической клинике.
Психохирургия в современной медицине.
Представительство интересов психически больных.
VII съезд НПА и XII съезд РОП.

№ 1, 1996

Ясперс — Бред ревности.
Психиатрия и права человека.
О мышлении по аналогии.

№ 2, 1996

Ясперс — Бред ревности.
Психиатрия и нейрофизиология.
Психиатрия в III Рейхе/ГДР и СССР/России.
Обращение в Думу и Правительство.

№ 3, 1996

Ясперс — Бред ревности.
Клинический разбор.
Образ человека и мозг.
Правовые казусы.
Психотерапия и психоанализ.

№ 4, 1996

Ясперс — Бред ревности.
Конгресс ВПА в Мадриде.
Психиатрия и религия.
Памятка для пациентов об их правах.

№ 1, 1997

Интуиция в психиатрии.
Новая парадигма — I.
Ответ д-ру С. Глузману.

№ 2, 1997

Предложения к Закону.
Метод идеальных типов.
Новая парадигма — II.
Психиатрический ГУЛАГ.

№ 3, 1997

Сто лет психоанализа.
Новая парадигма — III.
Психиатрия и религия.

№ 4, 1997

Гуссерль и Ясперс.
Новая парадигма — IV.
Юбилей В. Бехтерева и П. Григоренко.
Патографии Ленина и Хрущева

Материалы для публикации присылать по адресу:
125581, Москва, ул. Ляпидевского, д. 18, кв. 41, Ю. С. Савенко
Статьи следует сопровождать резюме для перевода на английский язык

Информацию для подписчиков и рекламодателей
можно получить в редакции по телефону (095) 206-86-39
103982, Москва, Лучников пер., 4