

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ  
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

---

**НЕЗАВИСИМЫЙ  
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT  
PSYCHIATRIC  
JOURNAL**

**ВЕСТНИК ИПА  
IPA HERALD**

**IV**

**2002**

МОСКВА

*Внимание!*

*Ю. Н. Аргунова.*

**Права граждан с психическими расстройствами.  
Вопросы и ответы — М., 2002**

*Заявки направлять по адресу:*

**117602, Москва, Олимпийская деревня, 15-61.  
Ю. Н. Аргуновой**

---

МЕЖДУНАРОДНЫЙ  
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ  
ПО ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ  
ПСИХИАТРИИ

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ю. С. Савенко (гл. редактор)

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

INTERNATIONAL  
EDITORIAL COUNCIL  
ON PHENOMENOLOGICAL  
PSYCHIATRY

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

EDITORIAL BOARD

Yuri Savenko (Editor-in-Chief)

Yulia Argunova  
Vladimir Bataev  
Anatol Bogdan  
Mark Burno  
Liubov Vinogradova  
Victor Kagan  
Grigori Kotikov  
Alexander Magalif  
Vladimir Prokudin

---

Сдано в набор 16.12.2002. Подписано в печать 25.12.2002. Формат 60×84 1/8.  
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура "Таймс". Печать офсетная.  
Тираж 3 000 экз. Заказ № 2002-04-IPA.

Цена свободная

Оригинал-макет подготовлен в издательстве "Фолиум", 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 58  
тел./факс: (095) 482-5590, 482-5544, E-mail: npz@folium.ru  
Отпечатано в типографии издательства "Фолиум", 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 58

# СОДЕРЖАНИЕ

ГЕРМАН РОРШАХ И ЕГО “ПСИХОДИАГНОСТИКА” 80 ЛЕТ . . . . .	5
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Психо(пато)логия бедствий и катастроф — Хуан Лопес-Ибор (Мадрид, Испания). . . . .	8
Культуральные аспекты психиатрической этики: роль Всемирной психиатрической ассоциации — Ахмед Окаша (Каир, Египет) . . . . .	17
О границе психической нормы и патологии — С. Ю. Циркин . . . . .	28
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Две психические болезни у одного больного? . . . . .	32
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Судебно-психиатрическая экспертиза по новому гражданско-процессуальному законодательству — Ю. Н. Аргунова . . . . .	42
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Иск в суд на Библию и на тех, кто сочтет это безумием — Ю. С. Савенко . . . . .	47
ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ	
“Все, что я здесь видела, поколебало мою веру в гипнотизм...” (В больницах Шарите и Сальпетриер) — Софья Ковалевская . . . . .	51
ПОЛЕМИКА	
Социальнопсихологические и патопсихологические феномены современной культуры — Е. В. Безносюк, М. Л. Князева . . . . .	59
Психопатологические аспекты жизнедеятельности в сети “Интернет”. Программный сценарий исследования — О. В. Одаренко (Киев, Украина) . . . . .	69
ХРОНИКА	
III Всемирный конгресс по психотерапии — В. В. Макаров, И. О. Кириллов, И. К. Чобану. . . . .	71
Воспоминания-размышления о поездке в Вену на психотерапевтический конгресс — М. Е. Бурно. . . . .	76
РЕЦЕНЗИИ И ОТКЛИКИ	
Серьезное обоснование практических мер реформирования организации психиатрической помощи — А. Б. Богданов (Архангельск) . . . . .	81
Ловушка доктора Сосланда . . . . .	83
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Патография Гамлета. Две версии — М. Е. Бурно, А. Ю. Магалиф . . . . .	86
НЕКРОЛОГ . . . . .	92
РЕКОМЕНДАЦИИ . . . . .	93
АННОТАЦИИ . . . . .	94

# CONTENTS

HERMANN RORSCHACH AND HIS PSYCHODIAGNOSTICS. 80 YEAR JUBILEE . . . . .	5
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
The psycho(patho)logy of disasters — Juan J. Lopez-Ibor (Madrid, Spain) . . . . .	8
Implementation of psychiatric ethics across cultures: the role of WPA — Ahmed Okasha (Cairo, Egypt). . . . .	17
On borders between mental norm and pathology — S. N. Tsirkin . . . . .	28
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Can one patient have two mental illnesses? . . . . .	32
PSYCHIATRY AND LAW	
Forensic-psychiatric examination according to the Civil Procedure Code — Yu. N. Argunova . . . . .	42
FROM AN EXPERT'S DOSSIER	
Bringing an action against the Bible and against those who consider it as madness — Yu. S. Savenko . . . . .	47
DOCUMENTS OF EPOCH	
“Everything that I had seen here has shaken my trust in hypnotism...” In the Charite and Salpêtriere hospitals — Sophya Kovalevskaya . . . . .	51
POLEMICS	
Socio-psychological and pathopsychological phenomena of contemporary culture — E. V. Beznosyuk, M. L. Knyazeva . . . . .	59
Psychopathological aspects of the activities in Internet. Program scenario of the research — O. V. Odarenko (Kiev, Ukraine) . . . . .	69
CHRONICLE	
III World Congress of Psychotherapy — V. V. Makarov, I. O. Kirillov, I. K. Chobanu . . . . .	71
Reminiscences and ideas about my trip to Vienna to the Psychotherapeutic Congress — M. E. Burno . . . . .	76
REVIEWS AND COMMENTS	
Serious grounds in favor of practical measures for reforming of psychiatric care organization — A. B. Bogdanov (Arkhangelsk) . . . . .	81
Mistification by Dr. Sosland . . . . .	83
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS	
Pathography of Hamlet. Two versions — M. E. Burno, A. Yu. Magalif . . . . .	86
OBITUARIE . . . . .	92
RECOMENDATIONS. . . . .	93
ABSTRACTS . . . . .	94

# ГЕРМАН РОРШАХ И ЕГО «ПСИХОДИАГНОСТИКА»

## 80 ЛЕТ

С именем швейцарского психиатра Германа Роршаха (1884 – 1922) связано создание первого и до сих пор самого выдающегося метода исследования личности, метода, который предоставил психиатрии возможность объективной верификации ее данных соразмерным и адекватным образом, а психологической антропологии (психологии личности) – возможность выяснения структуры характера, включая его скрытые ресурсы, обеспечивая, таким образом, решение профориентационных и других прикладных задач.

Герман Роршах родился в Цюрихе в семье учителя художественной школы. В детстве его прозвали “кляксой” за пристрастие к рисованию и краскам (“klecksen” по немецки “сажать кляксы”). С 12 лет он остался без матери, с 18 лет без отца. По совету Эрнста Геккеля он избирает своей профессией медицину и уже в начале обучения — психиатрию, изучая ее в цюрихской клинике Евгения Блейлера, где работал и Карл Густав Юнг. Отдельные курсы он проходил в Найбурге, Берлине и Берне. В эти студенческие годы (1904 – 1909) он устанавливает дружеские связи с русской колонией в Цюрихе. В 1906 и 1907 годах посещает Россию и после окончания университета женится (1910) на русской коллеге Ольге Штемпелин. В 1911 г. он начинает исследование восприятия аморфных пятен. В 1912 г. Роршах получает степень доктора за работу “О рефлексивных галлюцинациях и близких им явлениях”. В 1913 г. эмигрирует в Россию и около года работает как психоаналитик в частном санатории “для нервных и переутомленных” в трех верстах от станции Крюково под Москвой. Среди сотрудников санатория “Крюково” Н. А. Вырубов (один из учредителей), А. Б. Залкинд, Н. Г. Таранович, Г. С. Черноруков, а в качестве консультанта Ю. В. Каннабих. Роршах вошел в редакционный совет журнала “Вопросы психиатрии и неврологии”, ре-



ферировал для зарубежных журналов работы русских психиатров, переводил статьи русских публицистов, прозу Леонида Андреева, собирался написать работу о Достоевском. Но в конце 1914 года Роршах возвращается в Швейцарию, снова, как до эмиграции, согласившись на низкооплачиваемую должность интерна в психиатрической клинике кантона Аппенцель Герисау, став вскоре помощником директора. Он завершает начатые в 1912 г. под руководством К. Монакова неврологические исследования и отдается изучению истории религиозных сект, практикующих ритуальный инцест. Руководитель такой секты был его пациентом. Монография на эту тему вышла

в 1927 г. Он пишет ряд психоаналитических работ, общается с К. Г. Юнгом и Л. Бинсвангером, и с 1919 г. становится вице-президентом Швейцарского психоаналитического общества. В 1917 г. увлеченный проблемой синестезий, он вернулся к своим исследованиям клякс и в течение трех лет подготовил свою знаменитую монографию “Психодиагностика”, которую, однако, отвергли все издательства. Когда же в 1921 г. с большим трудом она выходит, то встречает полное непонимание и резкую критику официальной психиатрии и психологии. Спустя несколько месяцев подавленный этим провалом, Роршах, 38 лет, умирает от неоперабельного аппендицита. Он сохранил свои симпатии к России и перевел свои сбережения для организации столовых для детей голодающих рабочих Урала.

Гордон Биванс пишет в Biographical Dictionary of Psychology (L&NY, 1997), что останься Роршах в России, история психологии в этой стране могла пойти иначе. Опубликуй он свои религиозные исследования об инцесте, теория Фрейда не была бы столь всеобъемлющей, а его концепция о балансе экстра- и интра-тенсии смогла бы возобладать над представлениями

Юнга. Наконец, будь его психодиагностика сразу обоснована статистически, не воцарилась бы эпоха бихевиоризма. Грандиозному замыслу Роршаха — объединить историю религии, социологии и психопатологии не суждено было сбыться и его смерть погубила, по словам Е. Блейлера, “надежду целого поколения швейцарской психиатрии”.

Однако вскоре после смерти Роршаха была осознана реальная грандиозность возможностей, предоставляемых его психодиагностикой, которая стремительно завоевала признание во всем мире, причем сразу же и в России. Это, наряду с ЭЭГ Ганса Бергера, один из последних примеров высшей научной добросовестности: публикация только спустя много лет упорного труда, но зато сразу и новый метод, и все его основные феномены, и их значение для личностной и клинической диагностики.

У метода Роршаха было множество предтеч от А. Бине до Ф. Е. Рыбакова, но с Роршаха начинается принципиально новая эпоха, так как он первый взглянул на кляксы как на тест личности, а не воображения и фантазии, и переориентировал внимание с тематического содержания образов на формальные характеристики пятен, на которых эти образы строятся.

Психодиагностика Роршаха — это также принципиально новый тип экспериментальной техники исследования личности, первый из проективных личностных методов, т.е., методов, тестовый материал которых намеренно является неопределенным или полуструктурированным, предоставляя испытуемому придать ему окончательную форму и содержания. Тем самым испытуемый запечатлевает свои индивидуальные особенности и свое состояние, никогда вполне не очевидные ему самому, на тщательно и многомерно изученном стандартном материале. Метод Роршаха — это ничем не ограничиваемые ответы на 10 симметричных клякс и сложная процедура, которая позволяет извлечь из этих ответов информацию, рассматриваемую как модель, гомологичную структуре личности. Метод Роршаха открывает нам интегральную деятельность личности на макроуровне: это не только сложный и трудный динамический процесс структурирования бессмыслицы на уровне восприятия, но то из него, что испытуемый способен и хочет вербализовать, отдельные фрагменты из непрерывного внутреннего метаморфоза образов, представление о котором передает картина движущихся облаков, где динамика образной ткани, ее переливы и трансформации, ее общая стилистика — это структурные характеристики личности и ее актуального состояния. Эта сложнейшая методика усилиями поколения экспериментаторов была превращена в тест. А тестом именуется только такой метод, который удовлетворяет пяти статистически обоснованным требованиям, прежде всего, адекватности и надежности.

Почти столетия тест Роршаха (наряду с ТАТ и особенно в сочетании друг с другом) был наиболее авторитетным и наиболее информативным методом диагностики личности, несмотря на появление великого множества новых тестов. Десятки огромных руководств, десятки тысяч статей, специальный международный журнал, миллионы исследований, — все это неизбежно привело к разноречиям в обработке и интерпретации данных теста Роршаха и снижению показателей его валидности при обобщении результатов всех направлений без разбора. Шесть различных систем оценки тяготели либо к чрезмерной дифференциации и формализации категорий теста (школа Бруно Клопфера), либо к чрезмерному интерпретативизму в духе различных психодинамических теорий (школы Сэмюэля Бека и др.). Таким образом, с 60-х годов правильнее стало говорить не о тесте Роршаха, а о тестах Роршаха.

Последние 30 лет экспериментальная психология пошла по пути упрощенных и сокращенных экспресс-методик: подмене эксперимента всевозможными анкетами, шкалами, опросниками закрытого типа, а экспериментатора — лаборантом, либо заочным анкетированием, то есть, по пути экономии усилий, в том числе, мыслительных. Психодиагностика Роршаха и ТАТ в эту эпоху — слишком сложные и громоздкие методы, требующие длительного обучения и регулярного упражнения, т.е., “непрактичные”, “нерентабельные”, тем более якобы не валидные. В результате, они были объявлены “инструментами, которые имеют скорее ритуальное, чем научное значение” (Р. Н. Вулф). Такого рода заключения обязаны либо тем, кто не работал этим тестом самостоятельно, либо тем, кто использовал его в качестве предлога для своих интерпретативных спекуляций. Миллионы исследований стали возможны благодаря либо халтурной, чисто импрессионистской оценке результатов, в чем призналось большинство клинических психологов (Анна Анастаси, 2001, с. 453), либо превращения теста Роршаха в групповой тест множественного выбора, т.е., демонстрации слайдов в зале с “не менее, чем несколькими сотнями испытуемых” по три минуты на таблицу и выбором трех ответов из предложенных тридцати (М. Р. Харроуэр). Именно эти авторы язвили по поводу “священного и неприкосновенного теста Роршаха” и “религиозного рвения в его защите”. Таким образом, тест Роршаха своей дрящей историей и отношением к себе оказался еще и тестом на саму эпоху, в которую мы живем. Это нарастающие омассовление и примитивизация. Однако идеалы научной и практической деятельности и настоящие профессионалы не исчезают от этого. Тест может быть валидным (адекватным) только на основе и в пределах единой теории личности. Поэтому в настоящее время он делается валидным в строгом смысле этого слова в руках каждого конкретного Роршах-специалиста, все индивидуальные систематические ошибки

и особенности которого нейтрализуются внутри мира его собственного опыта.

В 1974 – 1995 гг. Джон Экснер-младший (John E. Exner, Jr.) разработал комплексную систему теста Роршаха (The Rorschach: A comprehensive system), объединившую вклады всех направлений Роршах-техники и собственные исследования, обобщенную в трех томах и вернувшую тесту Роршаха его славу. Д. Экснер является президентом International Rorschach Society, которое каждые три года проводит международные конгрессы. Вся информация о тесте Роршаха собирается Архивом Роршаха в библиотеке Бернского университета.

Возрождение теста Роршаха в нашей стране после почти тридцатипятилетнего запрета педологии, психотехники, тестологии Постановлением ЦК ВКП(б) 1935 г. связано, прежде всего, с именами энтузиастов М. З. Дукаревич и Б. Г. Кравцова, и по преимуществу психиатров — И. И. Белой и Б. И. Белого, Ю. С. Савенко и Н. Н. Станишевской в Москве, И. Г. Беспалько в Санкт-Петербурге, Л. Ф. Бурлачука и В. М. Блей-

хера в Киеве. Современная практика теста Роршаха в России такова же, как во всем мире: преобладает некорректное его использование.

Опираясь на свой уже 33-летний опыт до сих пор еженедельной работы с тестом Роршаха в практической клинической деятельности и будучи сторонником минимальных, но обоснованных выводов из него, я неоднократно аргументировал, начиная с 1969 г., что тест Роршаха в руках психиатра представляет не экспериментально-психологическую, а экспериментально-психопатологическую методику, добросовестная работа с которой приносит неоценимое профессиональное удовлетворение.

Тест Роршаха, возродившийся со смертью своего автора, переживший грандиозный успех и “неоднократные похороны”, в настоящее время, по словам Анны Анастаси (2001, с. 457) “снова в периоде чудесного воскрешения”.

Тест Роршаха — истинный Феникс психиатрии нынешней и будущей.

*Ю. С. Савенко*

## ПОЛИТИКА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ЭКОНОМИКА: ОЦЕНКА ИССЛЕДОВАНИЙ

*28 – 30 марта 2003 г., Венеция, Италия*

**E-mail: [info@icmpl.org](mailto:info@icmpl.org)  
<http://www.icmpl.org>**

3-я ежегодная конференция  
международных ассоциаций служб судебной психиатрии

## ОТ ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИИ К СООБЩЕСТВУ

*9 – 12 апреля 2003 г., Майами Бич, Флорида, США*

**<http://www.iafmhs.org>**



## Психо(пато)логия бедствий и катастроф\*

Хуан Лопес-Ибор (Мадрид)

Психологические реакции, возникающие при бедствиях и катастрофах, до сегодняшнего дня не получили того внимания, которого они заслуживают. В литературе существуют превосходные описания поведения и переживаний людей во время стихийных бедствий. Например, известны описания Плиния младшего об извержении Везувия, разрушившего Помпеи и Геркуланию в 79 году, или описание Вольтером землетрясения, которое уничтожило Лиссабон в 1755 г. Однако только в 1948 г. эти реакции были отмечены в Международной классификации болезней (ICD-6), а в Диагностическом и статистическом справочнике Американской психиатрической ассоциации они появились лишь в 1980 г. (DSM-III, APA, 1980). При этом, в обеих классификационных системах, которые в свою очередь, заметно отличаются друг от друга, описания и критерии этих состояний неудовлетворительны.

Стоит особо рассмотреть некоторые причины этой тревожной ситуации. Главная — живучесть двух ошибочных представлений о природе человека. Первое утверждает, что человек способен вынести любые несчастья, несмотря на то, что некоторые люди в критических ситуациях могут сломаться в связи с недостатком личностной силы. Согласно второму представлению, человек устойчив и не меняется на протяжении жизни, даже после пережитых экстремальных ситуаций. Концентрационные лагеря нацистской Германии изменили эти представления: терпение имеет границы, существуют испытания, перед лицом которых может согнуться любой человек. Это связано с тем фактом, что существует абсолютное зло, как это описано у Hanna Arendt (1960). Опыт коммунистических концентрационных лагерей показывает, что сочетание физического истощения, изоляции и психологического унижения разрушают самую надежную защиту. Исследования людей, выживших в концентрационных лагерях, заставили Venzlaff (1958) и позже von Baeyer (1964) прийти к выводу о постоянной трансформации личности.

Учитывая эти обстоятельства, в образовательных программах был сделан акцент на укрепление индивидуума. С тех пор все большее распространение полу-

чает идея создания наиболее благоприятных социальных условий, которые позволят избежать подобных невыносимых ситуаций, и которые сплотят людей в решении этой задачи. Благодаря этим новым перспективам, стало возможным возникновение большого количества неправительственных организаций и усиление их влияния.

Вторая причина относительно небольшого интереса к вопросу о психологических реакциях во время бедствий и катастроф связана с тем, что их в основном изучали военные психиатры. Когда дело доходит до публикаций и обмена опытом с коллегами, военные психиатры, как правило, имеют много ограничений, поскольку могут находиться по другую сторону конфликта. Сейчас ситуация меняется. Несколько лет назад, на исходе Холодной войны, я предложил переименовать секцию Всемирной психиатрической ассоциации по Военной психиатрии в секцию по Военной психиатрии и психиатрии бедствий и катастроф. Это изменение отражает растущее сотрудничество между гражданским обществом и военными и позволяет использовать во время гражданских бедствий и катастроф опыт, накопленный в период войны.

Исследования бедствий вызывают большие проблемы, поскольку они должны быть интегрированы в деятельность по спасению пострадавших, которая всегда является приоритетной. Кроме того, такие исследования обычно вызывают негативные реакции со стороны пострадавших. Поэтому их приходится приспособлять к ситуации, и обычно они проводятся "постфактум" (Kasl, et al., 1981). К тому же, привлечение психиатров к делу спасения и помощи пострадавшим, как правило, запаздывает, причем часто из-за каких-то формальных причин, например, судебного разбирательства. Это также ограничивает возможности исследования (Lopez-Ibor, et al., 1985). С другой стороны, реакции на самые различные бедствия чрезвычайно похожи. Это позволяет суммировать опыт различных исследований и широко обмениваться опытом, создавать группы экспертов, разрабатывать планы и группы внедрения. В 1996 г. Всемирная психиатрическая ассоциация одобрила действия в этом направлении, которые разрабатывались рабочей группой, возглавляемой George Christodoulou и мной.

Мой личный опыт в данной области начинается с серии докладов, составленных мной для бывших уз-

\* Пленарная лекция экс-президента ВПА на Всемирном конгрессе по психиатрии в Иокогаме (25–29 августа 2002 г.).

## ТЕРМИНОЛОГИЯ

ников нацистских концентрационных лагерей, которым нужно было получить компенсацию с соответствии с Федеральным законом о компенсациях. В своих отчетах я указал на значимость трансформации личности, описанную Venzlaff. В 1981 г. в Испании произошло массовое отравление оливковым маслом, смешанным со старым рапсовым маслом. В течение трех месяцев пострадали более 20 тысяч человек, более 400 умерли и более 7 тысяч, 33,5% отравившихся нуждались в помощи специалистов по психическому здоровью. На этом примере я понял, что значит социальная уязвимость, и предложил модель, которая объединяет биологические, психологические и социальные аспекты, о которых я расскажу позже. В результате я присоединился к Европейской группе по изучению последствий бедствий и катастроф, возглавляемой тогда Wolfgang Schüffel.

Кроме того, у меня был опыт лечения пострадавших от терактов и политических заключенных Испании, что позволило полнее узнать особенности и глубину клинических синдромов (Lopez-Ibor, 2002). Исследования в области психонейроэндокринологии привели меня к заключению, что для изучения этиопатогенных механизмов клинических проявлений и развития более адекватных диагностических критериев и стратегий вмешательства необходимо знать нейрогуморальные механизмы стресса.

ВПА давно проявляет интерес к этому вопросу. Я уже упоминал Секцию по военной психиатрии и психиатрии бедствий и катастроф. В ней представлены самые известные эксперты в данной области: Lebigot, Benyakar, Collazo, Crocq, Carcia de Leyn, Jones, Adalaja, Chaskel, Fajri, Savary, de Clercq и другие. Есть еще две секции, проявляющие интерес к этой проблеме: Секция психологических последствий пыток и преследований, возглавляемая Inge Genefke, и Секция по тревоге и обсессивно-компульсивным расстройствам, возглавляемая Joseph Zohar, которая занимается посттравматическими стрессовыми расстройствами. Прекрасный обзор данной темы был представлен на XI Всемирном конгрессе по психиатрии в Гамбурге (Bromet и Havenaar, 2002). Наконец, в сентябре 2001 г. состоялся Международный конгресс по новым обязанностям психиатров, где была отмечена важность вмешательства психиатров в ситуации бедствий современного мира — среди которых последствия насилия, больших социально-политических перемен и миграции. Во время этого конгресса была проведена видеоконференция, позволившая организовать общение экспертов в Мадриде с двумя группами североамериканских коллег, которые оказывали непосредственную психологическую помощь и организовывали лечение тех, кто пострадал в результате террористических актов в Нью-Йорке и Вашингтоне 11 сентября.

Существует 40 различных определений термина “бедствие” (Korver, 1987). Бедствие можно рассматривать с разных точек зрения (Quaratelli, 1997). Во-первых, слова бедствие и катастрофа обычно используются как синонимы. В английском языке чаще используют слово бедствие или несчастье, в латинской группе языков — катастрофа. Однако, есть некоторые тонкие, едва уловимые различия в значениях этих слов, которые позволяют проникнуть в природу данного феномена.

Этимологически “бедствие” или “несчастье” — это потеря счастливой звезды. (dis — отделение, потеря; astrum — звезда), то есть, можно сказать, что это фатализм. Первоначальный смысл слова “катастрофа” происходит от греческих *καταστροφη* (переворачивание), *κατα* (вниз) и *στροφη* (против, крутить). Это заключительное действие, которое завершает разгадку сюжета драматической пьесы, в первую очередь, трагедии. Этот тот момент, когда становится известно, что Эдип — сын Лайуса и убийца своего отца, и сын и любовник его последней жены и вдовы Йокасты. Это тот момент, когда Эдип вырывает себе глаза, поскольку не может вынести правды, которая уже очевидна всем. Первым понимает правду пастух, который спасает Эдипа от приговора Лайуса. Потом об этом узнает хор граждан и Йокаста. Только Эдип яростно отвергает все до тех пор, пока не может уже больше терпеть. Необходимо помнить, что в Классической Греции, сумасшествие было яростным отвержением реальности, и Эдип был прототипом сумасшедшего.

Таким образом, слово катастрофа более насыщено, чем бедствие. Оно подчеркивает наличие механизмов отторжения, социального напряжения, в нем содержится необходимость придать событиям смысл, трагический смысл. В данном докладе я использую слова “бедствие” и “катастрофа” как синонимы, отдавая предпочтение слову “бедствие”, которое чаще используется в повседневном английском.

## ЧТО ТАКОЕ БЕДСТВИЕ?

Для того, чтобы можно было говорить о бедствии, необходимо несколько обстоятельств: 1) имеется экстраординарное событие, которое вызывает разрушение материальных вещей и ведет к смерти, физическим повреждениям и человеческим страданиям (Cohen, 1997); 2) это событие разрушает способность социальной группы к приспособлению (Quaratelli, 1997), или перед лицом этого события сообщество теряет адекватные социальные формы реагирования (Anderson, 1968).

Случившееся приводит к необходимости внешнего вмешательства и поддержки, к переживанию собственного бессилья и чувства угрозы, к напряжению между индивидами и социальной системой (Schulber,

1974), к разрушению связей, которые объединяют население, и исчезновению доминирующего чувства общности (Erikson, et al., 1976).

По Стосс с соавт. (1998) бедствие — это внезапное и жестокое несущее вред событие, которое ведет к серьезным материальным потерям, сопровождается большим количеством жертв и существенной потерей социальной организации. Все эти три фактора могут присутствовать одновременно. Потеря социальной организации — наиболее постоянная характеристика, и она действует не только на системы информации, обеспечения энергией и продуктами питания, но также на систему здравоохранения, правопорядка и стабильности.

Согласно ВОЗ (1992), бедствия это непредвиденные ситуации, в которых существуют внезапные непредвиденные угрозы для здоровья населения.

Подводя итогу, можно сказать, что для того, чтобы оценить какое-то событие как бедствие, недостаточно определить его масштаб, интенсивность, внезапность или непредвиденность. Необходимо, чтобы оно также угрожало или оказывало разрушительное действие на структуру или сплоченность сообщества, возможности приспособиться к этому событию или осмыслить его в соответствии с принципами преобладающей культуры. Такие обстоятельства затрудняют противодействие событию и его последствиям, и приводят к необходимости внешней помощи и поддержки. В конечном счете, событие запускает серию реакций, которые направлены на его ассимиляцию, однако это не всегда удается, поскольку некоторые бедствия оставляют последствия даже в последующих поколениях.

## ТИПЫ БЕДСТВИЙ

Описано много видов бедствий. Некоторые из них связаны с деятельностью человека. Среди них есть непреднамеренные — в этом случае ответственность ложится на государственные институты, и есть — преднамеренные. К числу последних относятся те, которые спровоцированы агрессией, например, войны. В этом случае население может предпринять какие-то защитные действия против агрессии, например, ответить на нее миграцией. Другие бедствия спровоцированы неоправданным применением силы, например, террористические акты или массовое насилие. В этом случае, нет определенной взаимосвязи между агрессором и потерпевшими, цель — причинить боль или вред, и пострадавший человек не может выработать никакого защитного механизма.

Еще одна большая группа бедствий — это следствия природных катаклизмов. Некоторые из них более предсказуемы (ураганы, наводнения), другие — менее (землетрясения). Однако, по моему мнению, все выделенные разграничения являются неудовлетворительными. На самом деле, рука человека присутствует во всех бедствиях, в виде отношения к происходя-

щему или в виде неблагоприятной социальной ситуации. В развитой стране шторм — просто ливень, но он приводит к разрушению домов и поселений, приносит бедствие жителям развивающейся страны. Ограниченные жизненные условия создают большую уязвимость к физическим разрушениям. Но самое главное — возможность предсказания и предвосхищения. В конце 70-х в Аберфане (Уэльс) в результате шторма большая груда отходов горной промышленности обрушилась на деревню и сравняла с землей школы, что привело к большому количеству жертв. Эти отходы копились десятилетиями, и это был всего лишь вопрос времени. Все знали, что они обрушатся, но никто не принимал никаких действий. Точно также, было известно, что плотина, которая после разрушения уничтожила Буффало Крик в США (Titchener & Kapp, 1976, Newmann, 1976, Rangel, 1976), имела повреждения. И всего лишь более интенсивный, чем обычно, поток воды привел к катастрофе.

Реакция на бедствие состоит из нескольких фаз. Описавший их в 1959 г. Glass впервые добавил к каждой из них доминантный психологический механизм. Его описания основаны на бомбардировках гражданского населения во время Второй мировой войны, но они применимы ко всем бедствиям и несчастьям.

Первая фаза — период, предшествующий воздействию, — предвосхищает само событие. На этой стадии доминируют механизмы отторжения: бомба не упадет, Гитлер не нападет на Польшу, гора с отходами не обвалится, плотина не прорвется. Смысл этой фазы в том, что она подготавливает к бедствию. Важно также то, что реакции на бедствие включают не только само событие, но и причины, которые сделали его возможным.

Вторая фаза — это период осознания. Его отличает бессмысленная гиперактивность. Это фаза паники, героического и альтруистического поведения, которое, как правило, оказывается неэффективным.

Третья фаза, описанная Glass, — период собственно воздействия. Например, взрыв бомбы. В силу кратковременности, психологической реакции во время этой стадии нет. Эта стадия может отсутствовать в других видах бедствий или может остаться незамеченной.

Далее наступает период отдачи, в котором ранее включенные механизмы, начинают оказывать действие. Появляются истощение боя, снижение активности, апатия и разочарование.

Пятая и последняя фаза, описанная Glass, это период после воздействия. В этой фазе могут появиться чувства ярости и враждебности, направленные в сторону виновных в случившемся, а также против общества, в котором произошло несчастье, и его лидеров. Все бедствия оставляют след в политической жизни страны.

Существует, однако, еще одна фаза, которой Glass не придавал значения. Вероятно, это случилось потому, что Glass писал о реакциях на стресс сразу после Второй

мировой войны. Это фаза примирения (Lopez-Ibor, 1986, 1987), в которой социальная группа приходит к примирению с собой, хоронит своих умерших и прощается с призраками, переосмысливает жизнь людей, умерших и выживших, пострадавших и оставшихся невредимыми. Эта стадия достигается не всегда или может достигаться в недостаточно выраженной форме. Ее проявлениями могут быть памятники павшим в боях или войнах. Этой же цели могут служить литературные произведения. Роман Маргарет Митчелл "Унесенные ветром" — лучший пример того, как пережить катастрофу, в данном случае — катастрофу гражданской войны в Америке.

### КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Как я уже упоминал выше, ICD-10 (ВОЗ, 1992) и DSM-IV (APA, 1996) содержат неполные и противоречивые определения. Причина этого в том, что в классификации, основанные на симптомах и ориентированные на диагноз индивидуальных случаев, трудно включить этиопатогенетические концепции, в которых важен социальный фактор. И ICD-10, и DSM-IV содержат острые реакции на стресс и посттравматическое стрессовое расстройство. ICD-10 добавляет трансформацию личности после травматических событий (табл. 1).

Обе классификации содержат также острые психологические нарушения как последствия стрессовых факторов. Однако, эти нарушения появляются в главе о психотических, конверсионных и диссоциативных нарушениях, а не в главе об этиологии нарушения, отдавая приоритет клиническим проявлениям.

Ни одна из классификаций не касается коллективных реакций, которые очень важны и которые хорошо описаны Crocq (1998).

По ICD-10 острые стрессовые расстройства возникают немедленно и исчезают через два дня. Это характеризуется одной из двух или обеими группами симптомов:

1. Ослабление восприятия, трудности понимания, дезориентация, отчужденность, депрессия и отчаяние.
2. Бегство в болезнь, беспокойство, раздражительность и повышенная вегетативная возбудимость.

ICD-10 следует модели Кречмера (1948), предложенной для истерии, в которой присутствуют два весьма примитивных защитных механизма. Первый — это беспорядочные панические движения, например истерические, как это делают куры, когда они, почувствовав угрозу, бегают и хлопают крыльями на ферме.

Второй защитный механизм — это рефлекс смерти в истерическом параличе, как подражание испуганным животным, например, когда страус прячет голову в песок. Лопес-Ибор старший (1950) распространяет эти описания на все невротические явления в

общем и называет их "собресальто" и "собрекогименто" (реакции испуга и ужаса).

DSM-IV описывает другую картину. Острое стрессовое расстройство продолжается от двух дней до четырех недель, но оно может начаться позднее, в течение первых четырех недель. Эта картина включает диссоциативные симптомы (субъективное чувство отрешенности и безразличия, отсутствие эмоциональной реакции), ослабление восприятия, дереализацию, деперсонализацию и диссоциативную амнезию. Могут также присутствовать симптомы посттравматического стрессового расстройства, и если состояние длится более четырех недель, тогда именно оно и диагностируется.

Посттравматическое стрессовое расстройство описывается сходным образом в обеих классификациях. Оно включает в себя повторное переживание травмы в форме возвратных и тревожащих воспоминаний о событии (образы, мысли, чувства), сны или действия, сильное психологическое страдание или физиологические реакции в ответ на какие-то знаки, символизирующие или напоминающие травматическое событие. Оно также включает избегание стимулов, оцепенение и постоянные симптомы повышенной настороженности.

Более того, клиническая картина может включать размышления о причинах травмы, чувство страха, раздражительность, печаль, вину, стыд и эмоциональную тупость. Также присутствуют инсомния и трудности концентрации внимания.

Выраженность этих проявлений может варьировать и зависит от природы травмы. ПТСР развивается у 13 – 14 % жертв дорожно-транспортных происшествий и у 33 % жертв массовых расстрелов. Тяжесть воздействия — наиболее важный фактор, определяющий риск развития психических расстройств после бедствия (Bromet & Havenaar, 2002). ПТСР чаще встречается у мужчин (60,7 – 91,3 %), чем у женщин (51,2 – 74,2 %) (Stein et al., 1999). Существует прочная связь между социальными проблемами, вызванными бедствием, и патогенезом психического расстройства (Maj et al., 1989).

Факторами риска считаются женский пол, культура (больше в испанских, чем в кавказских странах), личная или семейная отягощенность психическими расстройствами (особенно тревожными и расстройствами настроения) и предыдущий травматический опыт. К предрасполагающим факторам относятся также семейная нестабильность, черты невротизма, низкая самооценка, ожидание чего-то плохого от себя и мира, экстернальный локус-контроль. Большое значение в качестве факторов риска имеют и некоторые социальные факторы (Lopez-Ibor, et al., 1985): низкий социальный статус, бедность, низкий образовательный уровень. Интересно, что политическая активность может играть защитную роль.

Тяжесть воздействия, смерть близких друзей и любимых, физическая угроза и переживаемая потеря контроля являются факторами риска, представленными во время бедствия. После бедствия вступают другие факторы — связанные с эвакуацией, неадекватной практической и эмоциональной поддержкой и неадекватным профессиональным вмешательством (Bromet & Havenaar, 2002).

### ПАТОГЕНЕЗ

Посттравматические стрессовые расстройства и другие реакции на бедствия характеризуются следующим:

1) нарушение воспоминания, которое проявляется в двух формах:

– трудности произвольного воспроизведения в памяти травматического события, в связи с чем рассказы о нем фрагментарны, беспорядочны и плохо изложены;

– воспоминания о травме врываются в сознание в виде навязчивых образов, ретроспективных кадров и кошмаров;

2) сдерживающие механизмы, ответственные за хронификацию симптоматики:

– ситуации, воспроизводящие в памяти травму, вызывают навязчивые образы;

Таблица 1. Реакции на стресс по ICD-10 и DSM-IV

ICD-10		DSM-IV	
<b>Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства</b>		<b>Шизофрения и другие психотические расстройства</b>	
<b>F 23</b>	<b>Острые и транзиторные психотические Расстройства</b>	298.8	Кратковременное психотическое расстройство на определенную стрессовую ситуацию (кратковременные реактивные психозы)
F 23.01	Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении, вызванное острым стрессом		
F 23.11	Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении, вызванное острым стрессом		
F 23.21	Острое шизофреноподобное психотическое расстройство вызванное острым стрессом		
F 23.31	Другое острое преимущественно бредовое психотическое расстройство, вызванное острым стрессом		
F 23.81	Другое острое и транзиторное психотическое расстройство, вызванное острым стрессом		
<b>Невротические, стрессовые и соматоформные расстройства</b>		<b>Тревожные расстройства</b>	
<b>F 43</b>	<b>Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации</b>		
F 43.0	Острая реакция на стресс	308.3	Острое стрессовое расстройство
F 43.1	Посттравматическое стрессовое расстройство	309.81	Посттравматическое стрессовое расстройство
F 43.2	Расстройства адаптации		Расстройства адаптации
		309.0	С депрессивным настроением
		309.24	С тревогой
		309.28	Со смешанным тревожно-депрессивным настроением
		309.3	С расстройством поведения
		309.4	Со смешанными расстройствами эмоциональной сферы и поведения
F 43.8	Другие реакции на тяжелый стресс		
<b>F 44</b>	<b>Диссоциативные (конверсионные) расстройства</b>	<b>Диссоциативные расстройства</b>	
F 44.0	Диссоциативная амнезия	300.12	Диссоциативная амнезия
F 44.1	Диссоциативная фуга	300.13	Диссоциативная фуга
F 44.2	Диссоциативный ступор		
F 44.3	Транс и состояния овладения		
		300.14	Диссоциативные расстройства личности
		<b>Соматоформные расстройства</b>	
F 44.4	Диссоциативные расстройства моторики	300.11	Конверсионное расстройство с нарушениями или ограничением моторики
F 44.5	Диссоциативные судороги	300.11	Конверсионное расстройство с припадками или судорогами
F 44.6	Диссоциативная амнезия и утрата чувственного восприятия	300.11	Конверсионное расстройство с нарушениями или ограничениями чувственного восприятия
F 44.7	Смешанные диссоциативные (конверсионные расстройства)	300.11	Конверсионное расстройство со смешанными проявлениями
F 44.8	Другие диссоциативные (конверсионные расстройства)		
<b>Многоосевая система</b>		<b>Многоосевая система</b>	
Ось III	Факторы окружающей среды	Ось IV	Психосоциальные проблемы и проблемы окружающей среды

– у человека развиваются реакции избегания;

3) наличие эмоциональных (беспокойство, депрессия) и вегетативных симптомов (чрезмерная возбудимость и обостренная настороженность) и симптомов нарушения внимания (обостренная настороженность), которые указывают на плохую реакцию на стресс;

4) безуспешные попытки найти объяснение тому, что случилось, мрачные раздумья о травме, сопровождаемые чувством вины (за то, что пережил своих близких) и стыда. Этот фактор ведет, с одной стороны, к желанию обрести покой, а с другой — отвергнуть его из-за чувства стыда, что не смог справиться с ситуацией. Кроме того, этот фактор вызывает гнев и враждебность к социальной группе и ее лидерам, так как человек считает их ответственными за беду и ее последствия.

Некоторые психологические теории пытались объяснить эти проявления. Вот наиболее значимые из них:

– Ассоциация нейтрального раздражителя со страхом (Foa, 1997)

– Два условия для возникновения страха (Charney, et al., 1993): раздражитель в окружающей среде, вызывающий дискомфорт, и действующая внутри сила, которая приводит к реакциям избегания.

– Двойственные представления о травме в памяти (Brewin, et al., 1999). Одно — доступное вербализации, другое — ситуации.

– Диссоциация памяти и ее контекста (Ehlers & Clark, 2000).

– Трансформация видения мира и самого себя, проявляющаяся в потребности в адаптации к реальности и в многократном анализировании деталей травмы (Hogowitz, 1977), возникновение новых идей (Klein, et al., 1996) и отказ от прежних (“мир не является безопасным местом”, “самое худшее всегда случается со мной”).

В этом контексте имеет смысл вспомнить концепцию Сартра об эмоциях (1939): эмоция — это замещающее поведение, возникающее тогда, когда пострадавший человек перед лицом иррациональной невыносимой для него ситуации устанавливает метафорические отношения с миром, в котором можно продолжать жить. Например, печаль — это возможность пережить потерю любимого человека, уход в себя и отрешение от мира, в котором нет смысла жить после потери любимого человека. Кроме того, у всех эмоций есть вегетативные корреляты, которые имеют большое значение.

Ваган (1968) отметил, что существует явный параллелизм между концепциями Ганса Селье и Зигмунда Фрейда. Синдром общей адаптации, описанный Селье, и психоаналитическая теория Фрейда основаны на одних и тех же принципах. Во-первых, это внутренний баланс: гомеостаз в первом случае, психическая жизнь — во втором. Внутренний баланс создает человеку оптимальные условия для адаптации к своему миру. Для этого нужны мощные механиз-

мы, с одной стороны, нейрогуморальный, а с другой — психологический. Гипоталамо — гипофизарно — адреналовая ось так же важна для поддержания гомеостаза, как либидо для психологической жизни. Перед лицом возможных изменений гомеостаза или других угроз оба механизма приводятся в действие и открывают путь реакциям стресса или тревоги. И то, и другое — неспецифические реакции для отражения еще неопознанных угроз. Это две стороны одной медали. В последствии организм может опознать агрессора, и тогда включаются иммунологические механизмы или появляются страхи конкретных опасностей.

Описанные механизмы важны для выживания, но иногда они могут быть саморазрушительными, например, когда они включаются в ответ на незначительную угрозу или если они часто повторяются. Так же развивается патология общего синдрома адаптации (Selye, 1956, 1980). Например, одним из компонентов стресса является увеличение притока крови к мышцам, чтобы иметь возможность либо убежать, либо сражаться. Если этот механизм повторяется или сохраняется слишком долго, он может вызвать повышение кровяного давления, обычно называемого эмоциональным или функциональным, а с течением времени это может закончиться повреждением ухtaglomerular apparatus и приведет к сосудистой гипертензии. Последняя, в конечном счете, может вызвать инфаркт миокарда или мозга и привести к смерти человека.

Фрейд подобным же образом описал саморазрушительные механизмы человеческой психики (1926). Он отмечал, что сны не всегда отражают желание чего-либо, не всегда связаны с либидо и вызваны нереализованными желаниями. Существует другой тип снов — после травматического события — это сны, в которых все время повторяется перенесенное событие. Фрейд говорил, что никто не хочет вновь испытать травму, и поэтому, если сны пострадавшего не являются чувственными снами, выражающими инстинкт жизни или эроса, то это сны, возникающие от инстинкта смерти или Танатоса.

Возвращаясь к Сартру, можно сказать: эмоции кончаются тогда, когда представляется возможность обсудить травму и дать ей рациональную оценку. Слово Логос в классическом греческом языке означает одновременно мысль и ее выражение в словах. Испанский богослов Juan de Santo Tomas писал: “Мысли в силу их природы выражены в словах”. Если это не делается, реакция сохраняется, и ее вегетативные корреляты, например, гипертензия, могут привести к разрушению (von Weizsäcker, 1957) и даже к смерти.

Параллелизм между биологическим уровнем, описанным Селье, и психологическим уровнем, описанным Фрейдом, должен быть распространен на социальный уровень. В бедствиях мы находим попытку культуры и цивилизаций утвердить социальную сплоченность и стабильность. Предполагается, что угрожающие и разрушительные бедствия восстанавливают механиз-

мы сплоченности и стабильности. Однако они могут быть неэффективными и саморазрушительными. Во всех трех случаях реакции развиваются параллельно во времени (табл. 2).

## БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА

Психонейроиммунология объясняет некоторые базовые механизмы реакций на стресс: активацию двигательной оси (гиперактивность) в первоначальный момент, ее истощение и гиперсенситивность на последующих стадиях (Yehuda, 2000). Она также помогает объяснить, как психологические и социальные факторы могут способствовать формированию нейробиологических нарушений. Очень важный пример можно найти в работах Sapolsky по нейроэндокринной регуляции и социальной иерархии у бабуинов. Изменения гормональной секреции в ответ на стрессовые ситуации у бабуинов, стоящих высоко в иерархии, отличаются от тех, которые происходят у стоящих ниже по социальной лестнице. И дело не в том, что эти особи родились лучше подготовленными к стрессу и поэтому поднялись в иерархии. Скорее наоборот, иерархия обуславливает их эндокринную адаптацию к стрессу, которая меняется в соответствии с положением в социальной шкале стада.

Воздействие травмы может привести к структурным нарушениям мозга, в особенности, к атрофии гиппокампа (McEwen, 1999, Gould, 1999).

## ПРИНЦИПЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВА СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ПСИХИЧЕСКОМУ ЗДОРОВЬЮ

В соответствии с тем, что было сказано ранее, можно выделить некоторые ключевые аспекты участия специалистов по психическому здоровью.

1. Вмешательство следует проводить как можно раньше, для того, чтобы предотвратить устойчивость клинических проявлений к лечению и необратимые изменения личности.

2. Вмешательство должно быть интегрировано во всю систему помощи, в соответствии с моделью предметности в психиатрии. Оно должно проводиться как можно ближе к тому месту, где произошло событие (Cohen & Ahearn, 1989) и включать в себя как индивидуальные, так и коллективные реакции (Crosq, et al., 1987, Andreoli, 2000).

3. Следует оказывать помощь всему населению, а не только тем, кто получил физические повреждения. В программы помощи должны быть включены родственники пострадавших (как непосредственно вовлеченные в события, так и те, кто находится на расстоянии), случайные прохожие и свидетели, врачи скорой помощи, а также персонал психиатрической службы и другие люди, включая общественных лидеров. Необходимо учитывать, что на одного физически пострадавшего приходится три человека, которые могут предъявить жалобы на ухудшение психического здоровья в связи с произошедшим бедствием (Benyakar, 1997).

4. Ключевой аспект вмешательства — стратегия вербализации, дебрифинга и социальной поддержки. Обязательны групповые технологии и привлечение пострадавших к спасательным работам в течение разумного времени.

5. Важен дифференцированный подход к пострадавшим, выявление тяжелых случаев и тех, кому нельзя оказать помощь на месте и следует эвакуировать из зоны бедствия или направить в психиатрическую больницу.

6. Следует избегать “психиатризации” случаев и не связывать полученный вред со стигмой психического заболевания.

7. Следует мобилизовать индивидуальные психологические ресурсы и опираться на них для того, чтобы избежать виктимизации и расширения системы компенсаций. Необходимо максимально предотвратить рентные неврозы ятрогенной природы. Benyakar (1997) указывал, что необходимо запретить термин “жертва”, который относится к людям, “захваченным” ситуацией, и который превращает субъекта в социальный объект, и использовать слово “постра-

Таблица 2. Интегративная модель стресса, тревоги и реакций на бедствие (Lopez-Ibor, 1987, modified)

Уровень	Биологический	Психологический	Социальный
Авторы	Селье Синдром общей адаптации	Фрейд Психоанализ	Гласс и др. Реакция на бомбардировки
Условия, истоки, происхождение	Гомеостаз Изменения в окружающей среде	Либида Жизненные события	Стабильность Бедствия
Реакция	Стресс	Тревога	Коллективная паника
Фаза 1	Эрготрофика	Повышенная настороженность	Осознание
Фаза 2	Трофотрофика	Страдание	Отдача
Хронификация	Расстройства адаптации	Посттравматическое стрессовое расстройство	Социальные раны
Выздоровление	Нормализация оси гиперактивности	Психическое здоровье (способность любить и работать)	Примирение

давший”, которое относится к тем, кто не будучи болен ранее, страдает от причиненного вреда.

8. Необходимо обеспечить население адекватной информацией, чтобы предотвратить драматизацию новостей, распространение слухов, информационные войны и коллективную панику. Паника может возникнуть без малейшего следа вреда или угрозы. Характерным примером является радиопередача Орсона Уэллеса о нашествии марсиан в 1938 г.. Во время сбоя, случившегося на одной из американских атомных станций (The Three Mile Island, USA) (Mufson, 1982), пресса сообщила о серьезной аварии, в то время как руководство станции говорило об инциденте. Несколько недель спустя все согласились, что это было происшествие.

9. Тренировка, подготовка и предвосхищение являются важнейшими составляющими в деле предотвращения бедствий и их последствий.

10. Любое вмешательство должно быть ориентировано на оценку ситуации и ее потребностей, исходить из определения целей вмешательства, планирования последующих стадий, супервизии их осуществления и оценки результатов. Большую помощь оказывают уже разработанные программы вмешательства, например, программа Cohen & Akerns (1989) и та, что разработана Всемирной психиатрической ассоциацией.

11. Существенная роль психиатра состоит в интеграции и организации социального и биологического аспектов помощи. Проясняя истинные реакции на одном уровне, он может определять реальные реакции других уровней.

## ЛИТЕРАТУРА

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM III. Washington, D. C., 1980.
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM IV. Washington, D. C., 1994.
3. Anderson J. W. Cultural Adaptation to Threatened Disaster. Human Organizations 27, 298 – 307, 1968.
4. Andreoli A. De la Maladie Traumatique aux Interfaces du Traumatisme. Esquisse d'un modeie de politique de traitement et de soins. Revue Francophone du Stress et du Trauma. 1(1): 33 – 44, 2000.
5. Arendt Hannah Von der Menschlichkeit in firsten Zeiten. R. Piper & Co. Verlag, Mьnchen, 1960.
6. Bayer W. Von, Hofner H., Kisker K. P. Psychiatrie der Verfolgen. Psychopathologische und gutachtliche Erfahrungen an Opfern der Nationalsozialistischen Verfolgung und vergleichbarer Extrembelastungen. Springer Verlag. Berlin-Guttingen-Heidelberg, 1964.
7. Bakan D. "Disease, Pain and Sacrifice". Chicago: University of Chicago Press, 1968.
8. Benyakar M. Trauma y estres, perspectivas clinicas. Capitulo XVI en Conceptos fundamentales de Psicopatologia II, ed. Fischer H. R. Centro Editor Argentino, Bs. As, 1997.
9. Benyakar M., Dasberg H., Plotkin I. The Influence of Various Therapeutic Milieus on the Course of Group Treatment in Two Groups of Soldiers with Combat Reaction, Stress and Anxiety. Vol-8, Milgram N. A., Spielberg C. D.; Sarason I. G. Mc-Grtay-Hill International Book Company, 1982.
10. Benyakar M., Kutz I., Dasberg H., Stern M. The Collapse of a Structure: A Structural Approach to Trauma, Journal of Traumatic Stress, 2(4): 431 – 449, 1989.

11. Bremner J. D. Does Stress Damage the Brain. Biol. Psychiatry, 45(7): 797 – 805, 1999.
12. Bremner J. D., Krystal J. H., Southwick S. M., Charney D. S. Functional Neuroanatomical Correlates of the Effects of Stress on Memory. J.trauma Stress, 8(4): 527 – 53, 1995.
13. Brett E. A., Ostroff R. Imagery and post-Traumatic Stress Disorders: An Overview. American Journal Psychiatry, 142: 417 – 424, 1985.
14. Brewin C. R., Andrews B., Rose S. & Kirk M. Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder in Victims of Violent Crime. Am. J. Psychiatry, 156(3): 360 – 6, 1999.
15. Bromet E. & Havenaar, J. M. Mental Health Consequences of Disasters. In: Psychiatry in Society (eds.: N. Sartorius, W. Gaebel, J. J. Lopez-Ibor and M. Maj). P. 240 – 262. John Wiley & sons, Ltd., New York, 2002.
16. Cahill L., McGaugh J. L. Mechanisms of Emotional Arousal and Lasting Declarative Memory. Trends Neurosci, 21(7): 294 – 9, 1998.
17. Cohen R. Salud Mental para Victimas de Desastres. Manual para Trabajadores. Organizacion Paramericana de la Salud, Washington D. C. E. U. A., 1999.
18. Cohen R. E., Ahearn (Jr) F. L. Manual de la Atencion de Salud Mental para Vectimas de Desastres, Harla, Mexico, 1989.
19. Crocq L. Panorama des sequelles des traumatismes psychiques. Nervoses Traumatiques, Etats de Stress Posttraumatique et Autres Sequelles. Psychologie Medicale, 24, 5: 427 – 432, 1992.
20. Crocq L. Le Trauma et ses Mythes. Psychologie Medicale, 25, 10: 992 – 999, 1993.
21. Crocq L. The Emotional Consequences of War 50 Years On A Psychiatrist's Perspective. In Past Trauma in Late Life. Ed. Linda Hunt, Mary Marshall, Cherry Rowlings. J. Kingsley. London: Chap. IV. 39 – 48, 1997.
22. Crocq L., Doutheau C., Salham M. Les Reactions Emotionnelles dans les Catastrophes. Encyclopedie Medico-Chirurgicale. Editions Techniques, Paris, 1987.
23. Crocq L., Doutheau C., Louville P., Cremniter D. Psychiatrie de Catastrophe. Reactions Immediates et Differees, Troubles Sequellaires. Paniques et psychopathologie Collective. Encycl. Med. Chir. (Elsevier, Paris), Psychiatrie. 37 – 113-D-10, 8p., 1998.
24. Charney D. S., Deutch A. Y., Krystal J. H., Southwick S. M. Davis M. Psychological Mechanisms of Posttraumatic Stress Disorder. Arch. Gen. Psychiatry 50(4): 295 – 305, 1993.
25. Davidson J. R., Foa E. Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond. American Psychiatric Press, Washington, 1993.
26. Ehlers A., Clark D. M. A Cognitive Model of Posttraumatic Stress Disorder. Behar. Res. Ther., 38(4): 319 – 45, 2000.
27. Erikson P., Drabek T. E., Key W. H., Crowe J. L. Families in Disaster. Mass Emergencies 1, 206 – 213, 1976.
28. Foa E. B. Trauma and Women: Course, Predictors, and Treatment. J. Clin. Psychiatry, 58 (suppl. 9): 25 – 28, 1997.
29. Foa F. B. Psychological Processes Related to Recovery from a Trauma and an Effective Treatment for PTSD. Ann N. Y. Acad. Sci., 21,821: 410 – 24, 1997.
30. Freud S. Inhibitions, Symptoms and Anxiety. S. E. 20, 1926.
31. Glass A. J. Psychological Aspects of Disasters. Journal of the American Medical Association, 171, 188 – 191, 1959.
32. Gould E., Tanapat P. Stress and Hippocampal Neurogenesis. Biol. Psychiatry, 46(11): 1472 – 9, 1999.
33. Horowitz M. J. Stress-Response Syndromes: A Review of Posttraumatic Stress and Adjustment Disorders. International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. Wilson J. P., Raphael B. Plenum Press, New York, 1993.
34. Juan de Santo Tomьs, Cursus Theologicus (1637 – 67).
35. Kahn M. The Concept of Cumulative Trauma. Psychoanal. Study Child. 18: 286 – 298, 1963.
36. Kasl S. V., Chisholm R. F. & Eskanazi B. The Impact of the Accident at the Three Mile Island on the Behavior and Well-being of Nuclear Workers. Part I: Perceptions and Evaluations, Behavioral Responses and Work-related Attitudes and Feelings. Part II: Job



- Tension, Psychophysiological Symptoms and Indices of Distress. *American Journal of Psychiatry*, 71, 472 – 495, 1981.
37. *Kretschmer Ernst*. Hysterie, Reflex und Instinkt. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1948.
38. *Lopez-Ibor J. J.* La Angustia Vital. Paz Montalvo, Madrid, 1950.
39. *Lopez-Ibor Alino J. J. & Jimenez Arriero M. A.* Psychosocial rehabilitation in Disasters: The Experience of the Spanish Toxic Oil Syndrome, *International Disability Studies* 9, 78 – 80, 1987.
40. *Lopez-Ibor Alino J. J.* Social Reinsertation after Catastrophes. The Toxic oil Syndrome Experience. *European Journal of Psychiatry*. 1, 1, 12 – 19, 1986.
41. *Lopez-Ibor Alino J. J.* Psychopathological aspects of Toxic Oil Syndrome Catastrophe. *British Journal of Psychiatry*, 147, 352 – 365, 1985.
42. *Lopez-Ibor Jr. J. J.* The Classification of Stress related Disorders. *Psychopathology*, 2002, in press.
43. *Maj M., Starace F., Crepet P., Loblance S., Veltro F., De marco F., Kemali D.* Prevalence of Psychiatric Disorders among Subjects Exposed to a Natural Disaster. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79: 544 – 549, 1989.
44. *McEwen B. S.* Stress and Hippocampal Plasticity. *Annu. Rev. Neurosci.*, 22: 105 – 22, 1999.
45. *Mufson M.* Three Mile Island: Psychological effects of Nuclear Accident and Mass Media Coverage. In: *Psychosocial aspects of nuclear developments*. Washington DC: American Psychiatric Association, 1982.
46. *Newman C. J.* Children of Disaster: Clinical Observation at Buffalo Creek. *American Journal of Psychiatry*, 133, 306 – 312, 1976.
47. *Quarantelli E. L.* Ten Criteria for Evaluating the Management of Community Disasters. *Disasters*, 21(1): 39 – 56, 1997.
48. *Rangell B.* Discussion of the Buffalo Creek disaster: The Course of Psychic Trauma. *American Journal of Psychiatry*, 133, 313 – 316, 1976.
49. *Roosendaal B., Koolhaas J. M., Bohus B.* The Role of the Central Amygdala in Stress and Adaptation. *Acta Physiol. Scand. Suppl.*, 640: 51 – 4, 1997.
50. *Sapolsky R. M. A. E.* Bennett Award Paper. Adrenocortical Function, Social Rank, and Personality among wild Baboons. *Biol. Psychiatry*, 15, 86278, 1990.
51. *Sartre J. P.* Esquisse d'une Theorie des Emotions. Paris. Hermann, 1939.
52. *Schulberg H. C.* Disaster, Crisis Theory and Intervention Strategies. *Omega* 5, 77 – 87, 1974.
53. *Selye H.* The Stress of Life. McGraw-Hill, New York, 1956.
54. *Selye H.* The Stress Concept Today. *Handbook of Stress and Anxiety*. Kutash I. L., Schlesinger L. B. Jossey-Bass, San Francisco, 1980.
55. *Stein B. D., Myers D.* Emotional Sequelae of Disasters: a Primary Care Physician's Guide. *J. Am. Women Assoc.*, 54(2), 60 – 4, 1999.
56. *Titchener J. L. & Kapp F. T.* Family and Character Change at Buffalo Creek. *American Journal of Psychiatry*, 133, 295 – 299, 1976.
57. *Venzlaff U.* Die psychoreaktiver Störungen nach entschdingungspflichtigen Ereignissen. Berlin: Springer Verlag, 1958.
58. *Wilson J. P., Raphael B.* International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. Plenum Press, New York, 1993.
59. *Wizsöcker Viktor von.* Der kranke Mensch. Stuttgart: K. F. Koehler Verlag, 1951.
60. *World Health Organization.* Psychosocial Consequences of Disasters-prevention and Management. WHO, Geneva, 1992.
61. *World Health Organization.* The ICD-10 International Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva, WHO, 1992.
62. *Yehuda R.* Biology of Posttraumatic Stress Disorder. *J. Clin. Psychiatry*, 61 Suppl. 7, 14 – 21, 2000.

Перевод Леонида Васильева

Конференция Федерации французской психиатрии

**ДЕБЮТЫ ШИЗОФРЕНИИ:  
ДИАГНОСТИКА И МОДАЛЬНОСТИ ТЕРАПИИ**

23 – 24 января 2003 г., Париж

E-mail: [mthurin@internet-medical.com](mailto:mthurin@internet-medical.com)

Международная конференция

**СТРЕСС И АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА**

26 – 30 апреля 2003 г., Люцерн, Швейцария

<http://www.stresscongress.info>

# Культуральные аспекты психиатрической этики: роль Всемирной психиатрической ассоциации\*

Ахмед Окаша (Каир)

Деонтология — это наука об этических нормах [1]. Деонтологическая этика в философии представлена теориями, придающими особое значение отношениям между долгом и нравственностью в человеческих поступках. Следовательно, деонтология (от греческого “deon” — долг и “logos” — наука) основывается на логике и этике. До сегодняшнего дня в таких теориях не ставилось задачи сформулировать и обосновать определенный этический кодекс. Согласно логике деонтологической этики, любое действие целесообразно с нравственной точки зрения, но не потому, что результат этого действия всегда оказывается полезен, а исходя из характеристики самого действия. Деонтологическая этика полагает, что по крайней мере некоторые поступки являются обязательными, вне зависимости от их последствий для человека. Этот подход иллюстрируется такими выражениями как “долг требует”, “благоденствие ради самого благоденствия”, “да свершится правосудие, хотя бы погиб мир”... Телеологическая этика, напротив, придерживается того принципа, что мерой нравственности поступка является его целесообразность. Деонтологические теории называют формальными, поскольку их основной принцип состоит в соответствии любого действия некоторому правилу или закону.

Первым этот принцип сформулировал великий немецкий философ XVIII века И. Кант, основатель критической философии, на чьи этические взгляды во многом повлияло христианство и рационализм Просвещения. Согласно Канту, ничто не может быть абсолютно позитивным, кроме доброй воли, которая, в совокупности с требованиями нравственности, побуждает к действию вне зависимости от индивидуальных склонностей человека.

Английский философ XX века У. Д. Росс утверждал, что многочисленные обязанности, которые считаются априори нравственными (такие как держать слово, возполнить нанесенный ущерб, благодарность и справедливость) самоочевидны в противовес “реальным обязанностям”. Он писал, что “суждение относительно любого действия зависит от точки зрения того, кто его оценивает, и поэтому всегда субъективно”, и такие полярные позиции должны быть соотношены прежде, чем “строить суждение относительно природы действия в целом” как реального актуального обязательства в заданных обстоятельствах [2].

В этом вступлении ставится задача не столько осветить природу этических принципов и ценностей к их историческим источникам, сколько обозначить существование потребности в таких нормах. Традиционно в социальных отношениях важную роль играли табу. Очевидно, что существование таких норм необходимо для координации и контроля повседневных взаимоотношений, особенно в тех случаях, когда их участники стоят на разных уровнях в иерархии власти. Нормы, регулирующие взаимоотношения, призваны защитить наиболее слабых участников от произвола сильных.

С давних времен авторитет врача держался на уверенности пациента в его связи с некими сверхъестественными силами.

Гиппократ [3] советует сохранять методику лечения в тайне, выполнять обязанности врача скромно и умело. Согласно концепции Гиппократа, доктор, владеющий своим ремеслом, был не только целителем, но также хранителем врачебной тайны. Однако врач не может компрометировать свое профессиональное сообщество, пользуясь властью над пациентом. Считая жизнь высшей ценностью, он не должен прерывать беременность или помогать кому-либо совершить самоубийство.

К концу XX в. статус врача существенно понизился до положения обслуживающего персонала, чьей основной задачей и целью является отвечать потребностям пациента, делая для него то, чего хочет он сам и что он считает для себя приемлемым. В последние 40 лет особенно бурно развиваются медицинские технологии, дающие надежду на излечение заболеваний, ранее считавшихся смертельными. Однако пугает возможность злоупотребления этими научными достижениями.

В своей книге “Личность пациента” (1970 г.) Рамсей [4] пишет, что именно пациент, но не врач, должен диктовать условия взаимоотношений. В таком случае лечащий врач не будет полностью в ответе за технический аспект любого предложенного медицинского вмешательства. Такая позиция полностью противоположна Гиппократовской концепции, она производит переворот в отношениях врача и пациента. Фактически, автор совершил революцию в биомедицинской этике, результаты которой все еще полностью не осознаны.

Психиатрия небезосновательно считается отраслью медицины, более всего нуждающейся в обеспечении защиты прав пациента. Это и не может быть по-другому. Душевнобольные часто не способны са-

\* Пленарная лекция Президента ВПА на Всемирном конгрессе по психиатрии в Йокогаме (25–29 августа 2002 г.)

мостоятельно принимать решения, в результате чего психиатры и психиатрические учреждения приобретают власть над собственностью пациента и его личностью, включая его право на свободу. Ни в одной стране нет закона, позволяющего настолько решительно и бесповоротно отдать какую-то определенную социальную группу в руки другой. Простые заключенные обладают большими правами, а с политическими заключенными в целях пропаганды обращаются даже с некоторым уважением, если нет специальных указаний обращаться с ними как с душевнобольными [5]. Таким образом, предположение о том, что душевнобольной теряет способность рассуждать, стало общепризнанным посредством психиатрии, которая под видом защиты интересов не способного понимать свои права пациента осуществляет вполне гуманную, на первый взгляд, опеку над ним [6].

Представляя собой отрасль науки, занимающуюся исследованием наименее изученных функций мозга, психиатрия окружена ореолом загадочности. Даже профессиональному психиатру это может дать чувство всемогущества взамен должной, в связи с ограниченностью наших знаний, скромности. Психические заболевания были и остаются таинственной, пугающей категорией болезней, поскольку часто они лишают человеческое существо одного из самых важных его достояний — способности рассуждать и выносить собственное мнение. Неспособность пациента к при-

нятию решений может стать плодородной почвой для злоупотреблений со стороны различных властных структур, будь они политическими, индустриальными, административными или даже семейными.

Не удивительно, что работа психиатрических ассоциаций по всему миру подчинена ряду этических норм, которые призваны защитить пациентов от возможных злоупотреблений властью со стороны психиатров и, с другой стороны, защитить врачей от их собственного чувства всемогущества.

Основным достижением за последние 40 лет стало утверждение в общественном сознании доверия к психиатрии: ее способности выявить людей с психическими нарушениями и оказать эффективное терапевтическое воздействие. В то же время, совершенствуется система защиты гражданских прав душевнобольных.

Психиатрия берет на себя всю полноту клинической ответственности за принятие решений о том, каких индивидуумов в соответствии с законодательством следует лишить права на автономию и осуществлять принудительную опеку, а также, возможно, лечение. Бремя ответственности за эти решения тяжело сказывается на отношениях врача с пациентом и на становлении его профессиональной идентификации. Психиатры ставят свою науку под угрозу, поскольку подобные действия могут встретить сопротивление со стороны общественного мнения или самого пациента, который лишается права автономии.

## ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ПСИХИАТРИИ

### I. ПРАВА ПАЦИЕНТОВ

Убежденность в том, что этические нормы в различных культурах одинаковы, несостоятельна. Такие аспекты как информирование пациента о методах лечения для получения его согласия, принудительная госпитализация и конфиденциальность не являются существенными в некоторых традиционных обществах, составляющих две трети населения мира. Индивидуализм и коллективизм — основные характеристики, отличающие восточную и западную культуры. Влияние системы регулируемой медицинской помощи и третьей стороны на деятельность психиатрических служб сказывается не только на отношениях врача и пациента, но также на степени доступности информации. Информированное согласие в терапевтических организациях и проведении научных исследований стало одним из основных прав человека, что было подчеркнуто в Мадридской декларации ВПА.

Первой проблемой психиатрической этики, отраженной в Гавайской декларации 1977 г., стало использование психиатрии в политических целях. Быстрое развитие науки потребовало закрепления новых этических норм в Мадридской декларации, подписанной в 1996 г. В ней содержалось пять положений этического кодекса, за которыми последовали еще три,

одобренные в 1999 г. Этический комитет ВПА сегодня заканчивает разработку следующих четырех этических принципов, которые будут приняты в 2002 г. Рост обеспокоенности отдельными нравственными вопросами, возникающими в процессе лечения душевных заболеваний, быстрое развитие новых психофармацевтических средств, необходимость доказательности научных исследований, распространение частных клиник, — эти проблемы требуют скорейшего решения. ВПА приглашает врачей и исследователей к сотрудничеству в вопросе разработки этических правил проведения научных исследований. В рамки этой задачи, предположительно, входят такие этические проблемы как допустимость научных публикаций, формирование исследовательской команды и выборки испытуемых, достоинства и недостатки предлагаемого Этического кодекса, конфиденциальность, информированное согласие и способность к принятию решений, побуждение испытуемых участвовать в эксперименте, соотношение мнений государственных организаций и психиатров об эксперименте, способ представления полученных данных.

Этическому комитету ВПА следует также принять во внимание вопросы этики использования эффекта плацебо и немедикаментозного лечения, прекращения лечения, лечения субсиндромальных расстройств, а

также генетических исследований и исследований в области клонирования.

### Влияние культуры

Мы полагаем, что культуральные и социальные установки часто затрудняют унификацию этических норм. Эти сложности возникают не только в процессе взаимодействий между различными людьми, семьями и сообществами, но также из-за социального статуса врача и противопоставленности медиков остальному обществу. Религиозные и другие убеждения также влияют на образ жизни и поведение людей.

Культуральные, этические и иногда социодемографические факторы, например, уровень образования, возраст и пол, предполагают различное отношение к праву пациента на автономию и информированное согласие. Как воспринимается нарушение членами медицинского сообщества культуральных обычаев, когда они настаивают на необходимости говорить пациенту правду? Каковы различия в защитных механизмах отдельных индивидуумов и семей? Каким образом десоциализация изменяет мировоззрение пациентов, принадлежащих к разным этническим группам?

Нравится нам это или нет, расхождения между убеждениями психиатров и законом продолжают возвращать нас к проблеме выбора между ценностью человеческой жизни, с одной стороны, и ценностью свободы, неприкосновенности и автономности — с другой. В восточных культурах преобладает стремление к социальной интеграции, поэтому в них не индивид, а семья является единицей общества. Людям этой ку-

льтуры свойственны слабость и зависимость. Когда социальное одобрение и соответствие общественному ожиданию более важны, чем социальное достижение, стыд в большей степени, чем вина, становится движущей силой.

В некоторых традиционных обществах социальные интересы превалируют над индивидуальными. Решения принимаются не индивидуально, а на уровне семьи, племени или коммуны.

Структура семьи характеризуется единством или разнообразием в поведении ее членов. Воспитание также ориентировано на приспособление, конформность, взаимозависимость, привязанность или, соответственно, на индивидуализм, интеллектуализацию, независимость и изоляцию.

Религия играет важную роль в образовании симптома, понимании его причин и способности управлять им: одни считают, что все происходит по воле Божьей, другие — что они могут повлиять на обстоятельства своей жизни. Психологические симптомы часто относят к слабости личности, недостаточной вере, малой конформности, лени и т.д.

Как можем мы, придерживаясь наших этических взглядов, в то же время игнорировать местные культурные ценности и нормы людей, с которыми имеем дело (см. табл. 1)? Каким образом мы можем работать, принимая во внимание эти ценности? С другой стороны, можем ли мы быть уверены в том, что уважение к местной культуре не станет предлогом к нивелированию этических принципов и, тем самым, к лишению пациента его прав?

Таблица 1. Основные различия традиционного и западного общества.

Традиционное общество.	Западное общество.
Ориентация на семью, группу.	Ориентация на индивидуальность.
Расширенная семья (не столько по географическому критерию, как это было раньше, сколько по психологическому).	Нуклеарная семья.
Общественное положение определяется возрастом и положением в семье.	Общественное положение достигается собственными усилиями.
Отношения определяются родственными связями.	Отношения строятся на личном выборе.
Браки по соглашению с элементом выбора, зависящим от внутрисемейных отношений.	Выбор супруга определяется межличностными отношениями.
Признание дальних родственников членами семьи.	Узкий семейный круг.
Принятие решений зависит от интересов семьи.	Индивидуальное принятие решений.
Внешний локус контроля.	Внутренний локус контроля.
Уважение и почтение к решению доктора.	Сомнение в отношении рекомендаций врача.
Злоупотребление доверием пациента встречается редко.	Это обычное явление.
Все происходит по Божьей воле.	Человек сам творит свою судьбу.
Здоровые отношения доктора и пациента.	Недоверие.
Семья — главная ценность, во имя которой отдельным человеком можно пожертвовать.	Каждый человек — незаменим и существует ради самого себя.
Забота о душевнобольном — долг и честь семьи.	Обеспечение здравоохранения — государственная задача.
И болезнь, и здоровье приходят по воле Бога.	Это зависит от самого человека.
Информированное согласие зависит от мнения семьи.	Решение принимается индивидуально.
Конфиденциальность (в кругу семьи).	Врачебная тайна не всегда соблюдается.
Решение о принудительной госпитализации принимается семьей.	Индивидуально.

Жители Средиземноморья, в особенности исповедующие Ислам, имеют внешний локус контроля и все события своей жизни объясняют Божьей волей. Ислам строится на признании человеком за собой долга и обязанностей, нежели каких-либо прав. На этом фоне автономность и принятие решений становятся сложной проблемой [8].

### Согласие, дееспособность и принятие решений

Психиатрическая этика придает большое значение согласию пациента с целью обеспечить для него свободу в принятии решений. Согласие — это не просто подпись на листе бумаги, которую пациент ставит для того, чтобы оградить лечащего врача или организацию от потенциальных обвинений в незаконных действиях. Пациенту необходимо рассказать о достоинствах и недостатках предложенного метода лечения и альтернативных способов, а также о возможных последствиях отказа от лечения. Кроме того, необходимо удостовериться в том, что пациент не находится под каким-либо пагубным влиянием и его не принуждают к лечению. Основными элементами информированного согласия являются дееспособность, информирование пациента (на основе доверительных отношений с ним, уважения к его достоинству и праву на автономность) и отсутствие принуждения (существует разница между принуждением и убеждением). В понятие дееспособности обычно включается способность принимать решения, поэтому недееспособность аффективной природы часто не признается законом. Аппельбаум в соавторстве с рядом других ученых [9] использовал новую методику для оценки способности депрессивных пациентов к принятию решений с целью исследовать степень влияния таких нарушений на когнитивную сферу — а именно, на способность пациентов отстаивать свои интересы. Мнение о том, что использование в клинических испытаниях плацебо вместо антидепрессанта неэтично, поскольку подвергает пациента опасности ухудшения его состояния, оказалось безосновательно. Результаты исследования говорят о том, что уровень суицидальности контрольной группы не отличался от степени суицидального риска у пациентов, принимавших плацебо. Как и у пациентов, которые принимали антидепрессант, у этих испытуемых наблюдалось существенное улучшение. Тем не менее, дальнейшие исследования могут изменить представления об этичности такого способа действий [10].

По общественным стандартам, согласие пациента на лечение не требуется в тех случаях, когда это лечение крайне необходимо. В качестве примера можно привести ситуацию, когда врач считает лечение желательным, однако пациент не способен дать осмысленное согласие на него; или чрезвычайные обстоятельства, когда немедленное вмешательство необходимо для того, чтобы пациент не причинил серьезный вред себе или другому человеку.

Пациент считается юридически дееспособным до тех пор, пока его недееспособность или временная недееспособность не установлена экспертизой. Гражданское законодательство утверждает, что человек способен принимать адекватные решения, если он “в состоянии разумно оценить условия лечения, природу и действие предложенного метода, а также возможные последствия лечения и отказа от него” [11].

Согласно общепринятым нормам, дееспособные взрослые имеют право отказаться от лечения, даже если это чревато летальным исходом или инвалидностью. Однако дееспособность может быть не полной: человек может согласиться на лечение, признать необходимость больничного режима или только отказаться от реанимации в случае состояния комы. Такие случаи практически не поддаются обобщению.

Разъяснить пациенту, что, несмотря на возможную неудачу, ни одно лекарство не застраховано от побочного действия, как не гарантирован и терапевтический эффект, — это целое искусство.

В традиционных обществах болезнь одного из членов семьи касается всей семьи. Например, будет ли пациент госпитализирован, выписан из больницы или к нему будет применена ЭСТ, — это зависит не только от самого пациента, но и от его родственников [14]. Иногда пациенты не хотят принимать на себя ответственность за решение, которое повлияет на всю их дальнейшую жизнь. В таких случаях действует один из основных принципов традиционного общества — принцип коллективной ответственности [12, 13, 14, 15, 16].

Несмотря на то, что пациенто-ориентированный подход основан на уважении к личности больного, человек живет, болеет и умирает в кругу своей семьи и в контексте культуры, в которой он рожден [17]. Таким образом, если этот подход противоречит наиболее глубоким ценностям и убеждениям пациента, следование ему будет лишь другой формой принуждения. Для человека восточной культуры это может послужить поводом поменять врача.

### Принудительная госпитализация

В США 73 % пациентов соглашаются на госпитализацию. В Египте — 90 %. На самом деле граница между госпитализацией по собственному желанию и принудительным помещением в стационар не настолько определена, как это прописано в законе. Пациенты, прежде чем дать добровольное согласие, часто подвергаются давлению со стороны. Поэтому если бы о добровольном согласии речь шла только тогда, когда оно действительно добровольное, статистика случаев принудительной госпитализации была бы более значительной. В традиционных обществах часто нет необходимости проводить принудительную госпитализацию, поскольку члены семьи, общее мнение которых имеет большой вес, вынуждают пациента согласиться на нее добровольно.

Гарднер и его коллеги [18] утверждают, что принудительная госпитализация имеет оправдание, поскольку пациенты, сначала отказавшиеся от услуг медиков, через некоторое время, проведенное в больнице, или после выписки, скорее всего изменят свою позицию. Тем не менее, хотя многие пациенты соглашались с необходимостью лечения, их негативное отношение к самому факту принуждения не сменялось благодарностью.

Принудительная госпитализация должна проводиться в соответствии со следующими двумя принципами [11]:

1. Государство должно взять на себя ответственность за тех людей, которые не могут позаботиться о себе сами.

2. Правопорядок в государстве, принимающем на себя такую ответственность, должен подлежать охране и контролю со стороны государственных органов.

Закон о душевном здоровье, принятый в Англии в 1983 г., говорит о принудительном содержании в больнице людей с психическими и физическими расстройствами и применении принудительного лечения только к душевнобольным.

В то время как английский закон дает большие полномочия в принятии таких решений психиатрам и родственникам, согласно немецкому законодательству, даже в самом обычном случае необходимо судебное заключение. Причины такой строгости закона о душевном здоровье в Германии лежат в опыте тоталитарного режима. Английский закон допускает, что врачи, как и родственники, действуют в интересах пациента. Придерживаясь менее формального подхода, он проявляет доверие профессиональной этике [19]. Английский Закон о душевном здоровье также утверждает, что безнравственное поведение, сексуальные отклонения, алкогольная или наркотическая зависимость не являются психическими нарушениями. Сегодня в Великобритании вопрос о принудительной госпитализации людей с нарушениями личности и психопатическим поведением — один из наиболее дискуссионных [20].

Маклеланд и Малдер [21] описывают критерии и этические основания для принудительной госпитализации, которые могут не соответствовать общепринятым установкам. В то же время Рамсей утверждает, что принудительное лечение при анорексии помогает лишь ненадолго. Высокая смертность при насильственном удержании пациентов объясняется тем, что это заболевание трудно поддается излечению.

### Конфиденциальность

Принцип конфиденциальности очень уязвим, поскольку его соблюдение плохо поддается контролю. Медсестры, лечащие врачи, социальные работники, психологи, работники организаций опеки и попечительства, аккредитационных учреждений имеют доступ к медицинской карте. Конечно, можно сказать, что

большинство людей, получивших информацию о пациенте, не будут в ней лично заинтересованы и будут относиться к ней беспристрастно [23, 24, 25].

Далее, компьютеризация системы здравоохранения имеет свои позитивные и негативные последствия. С одной стороны, упростился обмен информацией между работниками органов здравоохранения. С другой стороны, меры безопасности по защите конфиденциальной информации не всегда находятся на должном уровне. Возможность нелегального доступа к информации о пациенте и ее распространения очень беспокоит пациентов и может отрицательно сказаться на доверии врачу [26, 27, 28, 29, 30].

### Злоупотребление доверием пациента

Исключение случаев злоупотребления — одна из основных целей разработки Этического кодекса. Она включает задачи выделения, классификации и предотвращения таких случаев. В традиционных обществах злоупотребление доверием практикуется, однако вызывает реакцию, не характерную для других типов общественных отношений. Следующие факторы определяют эту реакцию [11]:

1. Вера в Божий суд.
2. Признание авторитета врача.
3. Уверенность в том, что, что бы ни случилось, это произошло по воле Бога.
4. Доверительные взаимоотношения пациента и врача.

Это подтверждается в частности тем, что среди людей традиционных обществ не принято возбуждать судебное дело против своих врачей. Это обстоятельство определяется не только доверием врачу, но и убеждением в том, что конечный результат предопределен Божьей волей. Такое отношение к Богу практически снимает с врача ответственность за результат медицинского вмешательства. Это тем более относится к заболеваниям неопределенной природы, в особенности к психическим расстройствам [31].

### Роль ВПА

Этические традиции психиатрии в последнее время подкреплены различными декларациями Всемирной медицинской ассоциации, принятыми в Хельсинки, Токио и Венеции. Не менее значительный вклад в унификацию этических норм в психиатрии внесен резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН под названием “Принципы политики в отношении душевного здоровья”, которая была утверждена 17 декабря 1991 г. В ней, к примеру, утверждается, что душевнобольные имеют право продолжать жить и работать в своих обществах, а также и то, что они имеют право на информацию относительно хода своего лечения и решений, принятых от их имени. Пациенты имеют право на информированное согласие. Пациенты, признанные недееспособными, также имеют право на защиту в соответствии с законодательством.

Гавайская декларация ВПА 1977 г. явилась большим достижением в сфере этики психиатрии. Она была призвана способствовать принятию решений психиатром и разрешению конфликтов с общественным мнением. Основным толчком к этому послужило использование психиатрии в политических целях в таких странах как бывший Советский Союз, Румыния, Южная Африка, в которых свобода слова появилась только к началу 70-х гг. Первый параграф Декларации касается как раз этического вопроса об использовании психиатрических теорий, знаний и методов в политических целях. Декларация раскрывает основные этические принципы: уважать право пациента на свободу и действовать исключительно в его интересах, — через понятия об информированном согласии, обязательствах в отношении конфиденциальности, правилах судебной экспертизы и принудительных медицинских вмешательств. Она обязует психиатров не злоупотреблять своими профессиональными возможностями, и в особенности избегать принудительных мер в отношении людей без психических расстройств.

Следующие новые проблемы профессии психиатра требуют модернизировать Гавайскую декларацию:

1. В результате усложнения методик лечения, соответствующего усилению напряжения в отношениях между врачом и пациентом и изменения социального запроса в адрес психиатра, медики встретились с новыми этическими дилеммами.

2. Несмотря на культурные, социальные и этнические различия, ощущается всеобщая потребность в разработке единой этической концепции и постоянного пересмотра этических стандартов.

3. Этичное поведение основано на личном чувстве ответственности психиатра и степени адекватности его решений принятым этическим нормам.

Мадридская декларация ВПА 1996г. в своей окончательной редакции содержит семь основных принципов предотвращения и лечения психических заболеваний, поддержания психического здоровья населения, а также обеспечения опеки и условий реабилитации душевнобольных. Декларация запрещает злоупотребление полномочиями психиатра и допускает принудительное лечение лишь в случаях его необходимости для благополучия и безопасности пациента и тех, кто его окружает. Особое внимание уделяется отношениям врача и пациента при проведении научного исследования: пациент должен быть информирован о нормах этики такого исследования [32, 33, 34, 35]. В приложении к декларации более подробно освещаются отдельные этические вопросы (об отношении к эвтаназии, пыткам, смертной казни, смене пола и трансплантации органов). Также в ней изложены положения резолюций ООН 1991г. относительно прав психически больных пациентов, информированного согласия и права пациентов на автономию, принципов действия в интересах пациентов и

осуждения политических и других злоупотреблений [36].

В 1999 г. были выработаны дополнительные рекомендации по вопросам этики генетических исследований и генетического консультирования психически больных, этнической дискриминации и отношений психиатров со средствами массовой информации. Работу Этического комитета над рекомендациями по отношениям с фармакоиндустрией, по регулируемой психиатрической помощи и психотерапии решено продолжить [37, 38, 39].

### Положения Мадридской декларации

1. Психиатрия является медицинской дисциплиной, занимающейся обеспечением оптимальных способов лечения психических расстройств, условий реабилитации психически больных и поддержания психического здоровья населения.

2. Психиатры обязаны работать на уровне последних научных достижений и сообщать свои знания другим членам профессионального сообщества.

3. Партнерские отношения врача и пациента в процессе терапии должны базироваться на доверии и уважении, признании права пациента на принятие свободных решений на основе информированного согласия.

4. Психиатр должен быть уверен в том, что принудительная госпитализация применяется им исключительно во благо пациенту.

5. Психиатру рекомендуется информировать пациента о целях медицинского вмешательства.

6. Информация, полученная в ходе терапевтического взаимодействия, должна оставаться строго конфиденциальной и использоваться только в процессе лечения.

7. Научно необоснованные исследования являются неэтичными.

Последняя часть декларации посвящена отдельным сферам психиатрической деятельности, этические рекомендации в области которых еще предстоит обозначить.

### Эвтаназия

Первым и основным принципом работы врача является поддержание здоровья, уменьшение страданий и защита жизни пациента. Если среди пациентов психиатра есть неспособные к принятию решений и защите своих интересов люди, он обязан быть особенно осторожным в действиях, которые могут привести к их смерти. Психиатр должен учитывать возможные искажения восприятия действительности пациентами, страдающими, к примеру, депрессией. В этих случаях задача врача состоит только в излечении больного.

### Пытки

Психиатр не имеет права участвовать в психологических или физических пытках, даже если этого требуют власти.

### Смертная казнь

Ни при каких обстоятельствах психиатр не должен участвовать ни в процессе принятия судебного решения о смертной казни, ни в исполнении приговора.

### Выбор пола

Ни при каких условиях психиатр не имеет права участвовать в принятии решения о прерывании беременности в целях выбора пола.

### Трансплантация органов

Роль психиатра заключается в том, чтобы выяснить все вопросы, касающиеся донорства, обеспечить информированное согласие обеих сторон в отношении религиозных, культурных, социальных и семейных факторов, а также удостовериться в том, что определенные решения были приняты всеми заинтересованными лицами. Психиатр не должен принимать решения от имени пациентов или использовать профессиональные навыки для того, чтобы повлиять на их решения. Психиатр обязан защищать интересы пациентов и способствовать тому, чтобы они были в состоянии самостоятельно определиться в вопросах трансплантации.

### Отношения психиатров со средствами массовой информации

СМИ играют важнейшую роль в формировании общественного сознания. В контактах со СМИ психиатры обязаны представлять психически больных таким образом, чтобы не ущемить их достоинство, не допустить вмешательства в частную жизнь и уменьшить стигматизацию и дискриминацию. Роль психиатров состоит в том, чтобы выступать в защиту тех людей, которые страдают от психических расстройств. Поскольку восприятие общественным мнением психиатрии и психиатров отражается на отношении к пациентам, психиатры не должны уронить достоинство своей профессии перед СМИ. Психиатры не должны делать заявлений для СМИ касательно предполагаемой психической патологии кого-либо. Предоставляя СМИ результаты научных исследований, психиатрам следует соблюдать научную корректность сообщаемой информации ввиду возможного влияния их заявлений на восприятие обществом психических болезней и на благополучие людей с психическими расстройствами.

### Психиатры и дискриминация на этнической и культурной почве

Дискриминация психиатрами лиц с психическими расстройствами на основе их этнической принадлежности или культуры, как непосредственная, так и с участием третьей стороны, является неэтичной. Психиатры не должны участвовать или поддерживать, прямо или косвенно, никакие действия, связанные с этническими чистками.

### Психиатры и генетические исследования и консультирование

Количество исследований генетической базы психических расстройств быстро растет. В них участвует все больше людей, страдающих психическими заболеваниями. Психиатры, вовлеченные в генетические исследования и консультирование, должны понимать, что получение генетической информации не ограничивается человеком, от которого она получена, и раскрытие сведений может оказать негативное и разрушительное воздействие на семью и принятие данного человека сообществом, к которому он принадлежит.

#### Психиатры обязаны гарантировать, что:

- отдельные индивиды и семьи, принимающие участие в генетических исследованиях, делают это с согласия, данного на основе полной информированности;
- любая генетическая информация, находящаяся в распоряжении психиатров, должна быть надежно защищена от несанкционированного доступа, неверного истолкования и злоупотреблений;
- при общении с пациентами и их семьями психиатры должны пояснять, что современные генетические знания не являются исчерпывающими и могут быть дополнены последующими открытиями.

Психиатры имеют право направлять людей в учреждения для генетико-диагностических исследований, только если эти учреждения обеспечивают:

- качественные методы проведения исследования;
- адекватные и легко доступные средства для генетического консультирования;
- генетическое консультирование по планированию семьи или прерыванию беременности должно проводиться с учетом системы ценностей пациента; необходимо помогать пациентам самостоятельно принимать оптимальные для каждого из них решения, предоставив им достаточную медицинскую и психиатрическую информацию.

На 30-й сессии Генеральной Ассамблеи ЮНЕСКО были приняты основные положения Общей декларации по правам человека в области генетических исследований, которые в общих чертах были представлены Международным комитетом по биоэтике и одобрены Межправительственным комитетом. Декларация подчеркивает принципы человеческого достоинства, равенства и неприкосновенности личности и осуждает любую дискриминацию по расовому признаку, утверждая концепцию построения мира на основании интеллектуальной и нравственной солидарности.

Генетические исследования выявляют общность генетического кода у всех членов семьи, что несколько не преуменьшает значимость психологических различий индивидов. Поэтому необходимо уважать достоинство и индивидуальность каждой личности, не сводя ее к генетическим характеристикам. По этой же причине никто не должен являться объектом дискриминации по генетическим характеристикам. Данные генетических исследований, по которым можно



идентифицировать человека, должны оставаться конфиденциальными согласно принципам, оговоренным в законе. Научное исследование и лечение должно предваряться строгой оценкой потенциальных последствий, а также свободным принятием решений на основе информированного согласия. Вне зависимости от того, будет ли испытуемый информирован о результатах генетического исследования, к нему необходимо относиться с уважением. Ради соблюдения этих принципов следует популяризировать идею уважения человеческого достоинства и ввести обязательный курс генетики в образовательную программу. Последний опрос ВПА исследует степень усвоения этических стандартов Мадридской декларации.

В табл. 2 представлены полученные результаты.

В рамках подготовки к XII Всемирному конгрессу по психиатрии в Иокогаме ВПА приняла для обсуждения на Генеральной ассамблее новые вопросы.

### Этика психотерапии как отрасли медицины

Любое медицинское лечение должно проводиться в соответствии со стандартами эффективности, безопасности и контроля качества, только при наличии к нему показаний. Психотерапия в наиболее широком смысле представляет собой общепризнанный компонент любого медицинского вмешательства. В относительно узком смысле психотерапия располагает определенным набором вербальных и невербальных методик, предназначенных для работы с конкретными типами расстройств. Для использования каждого из таких методов психотерапевт должен обладать достаточной квалификацией. Основные принципы этики медицины могут быть применены и к психотерапии. Эффективность психотерапии и ее место в общем курсе лечения — важные показатели для исследователей и врачей.

Психотерапевтическое лечение, предоставляемое психиатром, — это форма работы с психическими заболеваниями и аффективными расстройствами. Выбор способа лечения определяется в диалоге между врачом и пациентом и/или его семьей, при этом учитывается история болезни данного пациента. Избранный таким образом подход должен отвечать специфике заболевания, потребностям пациента и обладать гибкостью по отношению к личностным, семейным,

религиозным и культуральным факторам. Он должен быть основан на данных опыта исследовательской работы и клинической практики психиатра и направлен на снятие, изменение или ослабление симптоматики или неадекватных форм поведения. В процессе лечения необходимо выработать позитивные механизмы адаптации, которые способствовали бы личностному росту и развитию пациента.

Психиатры, как и врачи других специальностей, обязаны полностью гарантировать пациенту соблюдение этих принципов своей работы. Следовательно, психиатр, как и любой другой лечащий врач, должен строго определить показания к психотерапии и добиваться позитивных результатов терапевтического процесса. В этом контексте важно понимать, что успешность лечения зависит от адекватности поставленного диагноза и что лечение предполагает заботу о больном человеке. Ситуации принятия решений на этих двух уровнях, медицинского вмешательства и ответственности, присутствуют в любом типе медицинской практики, однако они не исключают другие воздействия, например, реабилитацию, которая может проводиться не врачебным персоналом.

В случаях, когда пациенту показана психотерапия (как и тогда, когда рекомендуются другие методы лечения), должно быть получено информированное согласие с его стороны. Любые важные изменения показаний в процессе лечения также должны доводиться до сведения пациента.

1. Если, согласно клиническому опыту врача и данным научных исследований, психотерапию следует комбинировать с медикаментозным лечением, необходимо обратить на это внимание пациента, учитывая культуральные и религиозные факторы, которые могут повлиять на его решение.

2. Психотерапевт имеет дело с самыми интимными переживаниями пациента, обращение к которым может стимулировать перенос и контр-перенос. В ходе терапевтического процесса врач обладает большой властью над личностью пациента, которую он ни при каких обстоятельствах не должен использовать в собственных интересах. Психотерапевт во взаимоотношениях с пациентом обязан придерживаться рамок, установленных профессиональным сообществом.

Таблица 2.

Степень усвоения	Группа						Общие показатели	
	Общества — члены ВПА		Секции ВПА		Другие структуры ВПА			
	Количество	%	Количество	%	Количество	%	Количество	%
Не знакомы	23	21,9	5	11,1	0	0	28	15,1
Отдаленно знакомы	0	0	0	0	2	5,6	2	1,1
Слабо знакомы	4	3,8	1	2,2	0	0	5	2,7
Хорошо знакомы	45	42,9	16	35,6	14	38,9	75	40,3
Отлично	29	27,6	16	35,6	16	44,4	61	32,8

3. Необходимо соблюдать конфиденциальность. Информация, полученная в ходе лечения, может быть раскрыта третьей стороне только после получения информированного согласия пациента. Без согласия пациента эта информация может быть предоставлена по требованию судебных исполнителей и в случаях нарушения прав ребенка.

#### **Конфликт интересов во взаимоотношениях с промышленными предприятиями**

Несмотря на то, что в большинстве организаций и институтов, в том числе и в ВПА, существуют определенные правила и предписания, касающиеся взаимоотношений с промышленными предприятиями и финансирующими организациями, многие терапевты при взаимодействии с предприятиями фармацевтической промышленности и другими финансирующими организациями попадают в конфликтные ситуации, связанные с различием этических представлений. В подобных ситуациях терапевтам следует быть особенно внимательными и придерживаться следующих рекомендаций:

1. Практикующий врач должен категорически отказываться принимать подарки, которые могут оказать ненадлежащее воздействие на его работу.

2. Психиатры, проводя клинические испытания, обязаны предоставить участникам испытаний и Этическому комитету информацию о прибыли и своих финансовых и контрактных обязательствах перед спонсором проекта. Нужно приложить максимум усилий для того, чтобы создать Этический комитет, состоящий из исследователей, специалистов по вопросам этики и представителей муниципальных структур, который бы гарантировал защиту прав участников исследований.

3. Психиатры, проводящие клинические испытания, должны убедиться в том, что пациенты полностью поняли всю необходимую информацию, которую терапевт обязан предоставить вне зависимости от степени образованности или опытности пациента. Если считается, что пациент не способен самостоятельно принять решение, то полную информацию нужно предоставить лицу, принимающему решения за пациента. Психиатры должны осознавать, что такие факторы как: скрытое коммерческое воздействие на план проведения исследования, исследования действия медицинских препаратов, не имеющие научного значения; нарушение конфиденциальности и заключение соглашений, ограничивающих право на публикацию результатов исследования, — могут поставить под угрозу свободу научной деятельности и распространения научной информации.

#### **Конфликты, возникающие в случаях, когда оплату производит третье лицо**

Необходимость организации деятельности, совпадающей с интересами держателей акций или администрацией, при которой минимальные затраты будут

совпадать с максимальными прибылями, может прийти в противоречие с этическими принципами организации работы. Психиатры, работающие в таких потенциально конфликтных условиях, должны всеми силами поддерживать право пациентов на получение самой лучшей медицинской помощи.

В соответствии с резолюцией ООН 46/119 “О принципах защиты людей, страдающих психическими расстройствами”, психиатр должен уклоняться от выполнения действий, которые могут ограничить права пациентов с психическими расстройствами, привести к неравноправному подходу, или помешать пациенту получить полагающееся медицинское обслуживание.

Профессиональная самостоятельность в принятии оптимальных решений по проведению лечения, дальновидность и забота о здоровье пациента всегда должны превалировать в действиях психиатра. Долг врача защищать конфиденциальность информации о пациенте, так как это поможет укрепить взаимоотношения врача и пациента, которые могут значительно способствовать выздоровлению больного.

#### **Нарушение границ и доверие между врачом и пациентом**

Взаимоотношения между врачом и пациентом могут переходить в сферу личных и эмоциональных взаимоотношений, при этом, как правило, инициатива исходит от пациента. На основе этих взаимоотношений врач, учитывая человеческие качества пациента, может строить доверительные отношения, которые очень важны для понимания пациентом плана лечения. Такие взаимоотношения помогают пациенту лучше продемонстрировать свои скрытые силы, слабости, страхи и желания, многие из которых связаны с сексуальностью. Знание этих качеств пациента дает врачу преимущество, состоящее в том, что пациент начинает верить ему. Извлекать выгоду из этого преимущества и манипулировать сексуальными страхами и желаниями пациента, для того чтобы достичь определенных сексуальных целей, значит нарушить доверие, вне зависимости от согласия пациента. В случае лечения, значение согласия пациента перекрывается знанием о пациенте, которым обладает психиатр, и властью над пациентом, которой наделен врач. Согласие пациента в таких условиях равносильно принуждению.

Наличие сексуального аспекта взаимоотношений “врач-пациент” обычно заставляет пациента страдать, и может только усугубить симптомы. Таким образом, внесение сексуального элемента во взаимоотношения с пациентом можно рассматривать как нарушение долга врача по защите пациента от негативных воздействий. Наличие сексуального элемента во взаимоотношениях пациента с врачом, невербальное поведение и попытки соблазнения противоречат целям и методам лечения. Злоупотребление довери-

ем, использование личной информации для своей выгоды, и причинение боли пациенту — суть поведение, противоречащее этическим принципам, которое может толковаться как оскорбление личности и, следовательно, может преследоваться в юридическом порядке. Ни при каких условиях психиатр не должен вступать с пациентом в сексуальные отношения.

## II. ПРАВА ПСИХИАТРА

Никто не может поставить под сомнение необходимость защищать права пациентов в их взаимоотношениях со службами здравоохранения, в которых пациенту может быть нанесена травма, связанная с его особой уязвимостью, вызванной психическим расстройством. Однако надо учитывать, что психиатры и работники служб психиатрической помощи также участвуют в сложных взаимоотношениях, затрагивающих пациента, промышленные предприятия и третьи лица, и в которых могут участвовать финансовые и правительственные институты. В связи с этим ВПА рассматривает необходимость создания документа, который бы защитил права психиатров. Из-за специфики своей работы, психиатры часто оказываются в ситуациях, в которых нарушаются их права. В истории психиатрии существуют случаи, иллюстрирующие дилемму, которая встает перед психиатром, который связан с такими проблемами как господство наследия институционализма, взаимоотношения с системами социального контроля, и существующие в диктаторских режимах тенденции использовать психиатрические клиники для социальной дискредитации политических оппонентов. Врачи и пациенты иногда подвергаются преследованиям не только со стороны общества, но и со стороны коллег из других областей. Нельзя переоценить тот факт, что врачи лучше работают на благо пациента, когда сами чувствуют себя в безопасности. В задачу ВПА входит разработка документа, который позволит психиатрам выполнять свои профессиональные обязанности и не испытывать давление со стороны политических или силовых структур. Данный документ после его принятия должен быть распространен среди всех организаций, которые могут оказывать влияние на психиатрическую практику.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

К сожалению, проблема не ограничивается разработкой деклараций по этическим принципам. Конвенции по правам человека представляют общественный и политический документ, где индивид является центром внимания общества. Мадридская декларация, также как и другие декларации, — это социальный документ, в фокусе которого отдельная личность. Но что, если ситуация различается в разных странах?

Справедливо утверждение о том, что чем больше проект декларации будет обсуждаться по всему миру,

тем полнее декларация будет учитывать возникающие сложности, но, в конце концов, всё равно нужно принимать документ, в котором будут изложены основные руководящие принципы. Мы убеждены, что принятию этических кодексов часто препятствуют культуральные и социальные условия, в которых они принимаются. Эти препятствия не ограничиваются взаимодействием личности и семьи и семьи с общиной или племенем, но также заключаются и в общественном положении доктора в иерархической структуре медицинских профессий перед лицом остальной части общества, и в той роли, которую играет религия и другие верования, влияя на поведение и жизнь людей.

Никто не сможет отрицать тот факт, что этические нормы направлены против случаев преступной небрежности врача при лечении больного. В нашем регионе, как и в других странах мира, такие случаи существуют, но реакция людей на них необычна. Например, в нашем регионе люди крайне редко подают на врача в суд. Это основывается не только на вере в непогрешимость доктора, но и на вере в то, что все в конечном итоге зависит от воли Божьей. Такое отношение к богу практически исключает ответственность смертных за исход лечения. Такое отношение встречается тем чаще, чем неопределенней является природа заболевания, и психиатрические заболевания в большей мере относятся к таким необъяснимым заболеваниям.

Хотим мы того или нет, столкновение психиатрии и закона возвращает нас к двойственности, которая существует между противоборствующими концепциями ценности здоровья и ценности свободы и неприкосновенности. Культуральная, этническая и иногда общественно-демографическая информация (такая как образование, возраст и пол) определяют различное отношение к независимости пациента и его согласию на лечение. Насколько велик наносимый вред, когда медицинская организация нарушает общественные конвенции и настаивает на том, чтобы пациент знал правду? Насколько сильно разрушаются защитные механизмы семьи и пациента? Каким образом повышение культурного уровня изменяет представления пациентов различной этнической принадлежности?

Для того, чтобы понять это, нужно быть знакомым с основными отличительными характеристиками, которые определяют позицию личности внутри её общины, и провести сравнения для традиционного общества и западного общества. Конечно, не нужно стереотипно подходить к различным обществам, но, по крайней мере, можно установить основные закономерности. Необходимо выяснить взаимодействие людей в каждой культуре, и через это, выяснить проблемы и трудности, которые встают на пути принятия деклараций, подобных Мадридской.

Ключевые вопросы, касающиеся этики, на сегодняшний день:

Как найти нужное соотношение между индивидуальным подходом в сфере здравоохранения, и социальной необходимостью ограничивать затраты в данной области?

Как добиться справедливого распределения средств между всеми нуждающимися?

Как добиться того, чтобы отношения "врач-пациент" строились на взаимном доверии, и участники воспринимали друг друга как партнеров?

Насколько нужно учитывать право личности на самоопределение, принимая во внимание культурные условия и потребности семьи?

Какой будет роль врача в будущем, когда исчезнет прошлый авторитет медицины?

Как достигнуть уважения к индивидуальным человеческим ценностям и достоинству в эпоху регулируемого здравоохранения и возрастающей коммерциализации медицины?

### ЛИТЕРАТУРА

1. Merriam Webster's Collegiate Dictionary, ed. 10. Springfield. Webster, p. 309, 1994.
2. The New Encyclopedia Britannica, ed. 15. Chicago, Encyclopedia Britannica, vol. 4: Micropaedia, p. 19, 1994.
3. Hippocrates: Decorum, ed. In Katz J.: Disclosure and consent in psychiatric practice: Mission impossible? In Hoffling C. K. (ed.) Law and Ethics in the Practice of Psychiatry. New York, Brunner / Mazel, 1981.
4. Ramsey P. The Patient as Person: explorations in Medical Ethics. New Haven, Yale University Press, 1970.
5. Block S., Reddway R. Psychiatric Terror: How Soviet Psychiatry is used to suppress dissent. New York, Basic Books, 1977.
6. Arboleda Florez J. International Issues on mental health and human rights. Legal and ethical issues in mental health: International perspectives. Alberta, Calgary World Health Organization, 1995.
7. Carpenter W. T. The challenge to psychiatry as society's agent for mental illness treatment and research. Am. J. Psychiatry, 156, 9: 1307 – 1310, 1999.
8. Okasha A. The Impact of Arab Culture on Psychiatric Ethics. In: Okasha A., Arboleda Florez J., Sartorius N. (ed): Ethics, Culture and Psychiatry. An International perspective. American Psychiatric Press, May 2000.
9. Appelbaum P. S., Grisso T., Frank E., O'Donnell S., Kypfer D. J. Competence of depressed patients for consent to research. Am. J. Psychiatry, 159(9): 1380 – 1384, 1999.
10. Khan A., Warner H. and Brown W. Symptoms reduction and suicide risk in patients treated with placebo in antidepressant clinical trials. An analysis of the food and drug administration database. Arch. Gen. Psychiatry, 57: 311 – 317, 2000.
11. Hope T., Fulford K. W. M. and Anne Yates Ethics, Law and communication skills in Health care education. The Oxford practices skills course. Oxford University Press, 1996.
12. Wahl O. F. Mental health consumer's experience of stigma. Schizophren. Bull., 25(3): 467 – 478, 1999.
13. Grunwald M., Lachaux, Abdelfattah, Marchais, Garrabe, Jonas Information, consent and medical act — Discussion. Ann. Med. Psychol. (Paris), 157(4): 281 – 282, 1999.
14. Wettstein R. M. The right to refuse psychiatric treatment. Psychiatr. Clin. North Am., 22(1): 173, 1999.
15. Eth S. Informed consent and psychiatric patients. Am. J. Psychiatry, 156(110): 1841 – 1843, 1999.
16. Amering M., Denk E., Grienbl H., Sibitz I., Stastny P. Psychiatric wills of mental health professionals: a survey of opinions regarding advance directives in psychiatry. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol., 34(1): 30 – 34, 1999.
17. Blackhall L., Murphy S., Frank G., Michel V. And Azan S. Ethnicity and attitudes towards patient autonomy. JAMA, Vol. 274: 10 +, 1995.
18. Gardener W., Lidz C. W., Hoge S. K., Monahan J., Eisenberg M. M., Bennett N. S., Mulvey E. P., Roth L. H. Patients' revisions of their beliefs about the need for hospitalization. Am. J. Psychiatry, 156(9): 1385 – 1391, 1999.
19. Rottgers H. R., Lepping P. Commitment and Treatment of psychiatric patients in Great Britain and Germany. Comparison of legal principles and medical practice. Psychiatr. Prax., 26(3): 139 – 142, 1999.
20. Morgan J. F., Schlich T., Falkowski W. Application of the powers of compulsory admission to psychiatric hospital by general practitioners, social workers and psychiatrists. Med. Sci. Law, 39(4): 325 – 331, 1999.
21. McLachlan A. J., Mulder R. T. Criteria for involuntary hospitalization. Aust. N. Z. J. Psychiatry, 33(5): 729 – 733, 1999.
22. Ramsay R., Ward A., Treasure J., Russell G. F. M. Compulsory treatment in anorexia nervosa. Short-term benefits and long-term mortality. Br. J. Psychiatry, 175(6): 147 – 153, 1999.
23. Rosenman S. Psychiatrists and compulsion: a map of ethics. Aust. N. Z. J. Psychiatry, 32(6): 785 – 793, 1998.
24. Szmukler G. Ethics in community psychiatry. Aust. N. Z. J. Psychiatry, 33(3): 328 – 338, 1999.
25. Felthous A. R. The clinician's duty to protect third parties. Psychiatr. Clin. North Am., 22(1): 49 +, 1992.
26. Jonas C. The psychiatrists, information and confidentiality. Ann. Med. Psychol. (Paris), 157(4): 263 – 268, 1999.
27. Grunwald M., Jonas, Veyrat The psychiatrist, information and confidentiality — Discussion. Ann. Med. Psychol. (Paris), 157(4): 268, 1999.
28. Lachaux B., Cassan I. Round table: Between accepted and acceptable: the information-ethics issue. Ann. Med. Psychol. (Paris), 157(4): 269 – 276, 1999.
29. Glancy D., Regehr C., Bryant A. G., Schneider R. Another nail in the coffin of confidentiality. Can. J. Psychiatry, 44(5): 440, 1999.
30. Arboleda-Florez J., Deynaka C. Forensic Psychiatric Evidence. Butterworths Canada Ltd., 1999.
31. Slovenko R. Malpractice in psychotherapy: An Overview. Psychiatr. Clin. North Am., 22(1), 1999.
32. Miller F. G. Placebo-controlled trials in psychiatric research: an ethical perspective. Biol. Psychiatry, 47(8): 706 – 716, 2000.
33. Miller F. G., Pickar D., Rosenstein D. L. Addressing ethical issues in the psychiatric research literature. Arch. Gen. Psychiatry, 56(8): 763 – 764, 1999.
34. Robberts L. W. Ethical dimensions of psychiatric research: a constructive, criterion-based approach to protocol preparation. The Research Protocol Ethics Assessment Tool (RePEAT). Biol. Psychiatry, 46(8): 1106 – 1119, 1999.
35. Helgason T. New legislation on health database threatens personal autonomy and freedom of research. Acta Psychiatr. Scand., 99(5): 313 – 314, 1999.
36. Helmchen H., Okasha A. From the Hawaii Declaration to the Declaration of Madrid. Acta Psychiatr. Scand., 101: 20 – 23, 2000.
37. Green S. A. Is managed care ethical? Gen. Hosp. Psychiatry, 21(4): 256 – 259, 1999.
38. Sachs G. S., Gaughan S. Clinical practice guidelines: Praise and problems. J. Clin. Psychiatry, 60(1): 7 – 8, 1999.
39. Slovenko R. Malpractice in psychotherapy: An Overview. Psychiatr. Clin. North Am., 22(1), 1999.
40. UNESCO. The Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights: from theory to practice. February, 2000.
41. Leff J. Psychiatry around the Globe. A Transcultural View. Gaskell Press, Royal College of Psychiatrists, p. 79, 1988.

Перевод Ксении Герчиковой

С расширением внебольничной психиатрии, когда психиатры все чаще ведут амбулаторный прием вне психиатрических учреждений, в частности в поликлиниках общего профиля, к ним обращаются за помощью не только психически больные лица (т.е. страдающие психической патологией, психическими расстройствами), но и психически здоровые люди с психологическими проблемами. Для верного определения терапевтических возможностей и отдаленного прогноза случая важно, чтобы при этом было ясно, о каком из этих двух вариантов идет речь. В зависимости от установления границы между нормой и патологией разнятся показатели распространенности психических расстройств (иногда указывают, что они составляют более 10 %, а иногда — более 90 %), а с этим связаны планирование объема психиатрической и психологической помощи населению и оценка состояния его психического здоровья.

Психолого-психиатрическая помощь, в частности, активно предлагается населению, пострадавшему в массовых катастрофах (например, при стихийных бедствиях, терроризме). В психиатрической литературе типичное психическое состояние пострадавших описывается при этом как “расстройство”, хотя этот термин здесь явно необоснован и речь идет о шаблонности психиатрической квалификации, которая должна была бы дифференцировать, с одной стороны, психологические реакции, могущие сопровождаться рентными установками, но возобновляющиеся только при повторении аналогичных тяжелых стрессовых событий, а, с другой стороны, истинные психические расстройства, имеющие тенденцию к более затяжному течению и рецидивированию как при наличии стрессоров самой разной интенсивности, в том числе малозначительной, так и аутохтонно. Исследователи реакций на катастрофы выделяют, в частности, определенный стереотип их развития, который считается характерным для этой “патологии”: вслед за страхом следует период напряжения, сменяющийся в дальнейшем калькуляцией потерь. В результате анализа переживания любого пугающего события нетрудно убедиться, что такая последовательность в равной мере характерна и для психически здоровых лиц, т.е. не специфична для психической патологии. Как только водитель осознает, что не справляется с управлением автомобиля на опасном повороте, он испытывает страх. Оказавшись за обочиной, он уже не чувствует страха, потому что опасность миновала, но на душе сразу легко не становится. В этот период психологического напряжения могут быть выраженными его вегетативные проявления (тремор, потоотделение). По

мере облегчения состояния человек все больше задумывается о последствиях: нужен ли ремонт автомобиля, сколько времени и средств он займет, можно ли будет обойтись в это время без автомобиля и пр.

При квалицировании неприятных для индивидуума психологических реакций в качестве психической патологии психиатры следуют общим медицинским дефинициям нездоровья как неблагополучия. Однако если категорию неблагополучия, устанавливаемого чаще всего по субъективной неудовлетворенности, можно относительно успешно использовать в соматической медицине, то в области психического здоровья она гораздо менее пригодна. Во-первых, если не быть утопистом, следует признать, что переживание эпизодов неудовлетворенности своим эмоциональным состоянием в связи с самыми разнообразными ситуационными факторами, особенно в связи с проблемами межличностных взаимоотношений, столкновением интересов, является неизбежной составной частью психической жизни индивидуума. Несомненно, что это явление имеет важный биосоциальный смысл, который заключается в стимулировании адаптивного поведения. В этом смысле медицинская и идеальная нормы в психической сфере совпадать полностью никак не могут. Более того, наличие эпизодов переживания неблагополучия свидетельствует о сохранности эмоциональной психической сферы, а их отсутствие или слабая выраженность — о ее дефицитности. Во-вторых, психические расстройства могут и не вызывать субъективного неблагополучия, а иногда не только субъективного, но и социального. Например, гипоманиакальные состояния, хотя, разумеется, и не все без исключения, бывают не только субъективно приятными, но и нравятся окружающим и сопровождаются повышением продуктивности. Достаточно вспомнить, например, о шедеврах великого русского поэта, написанных в осенние периоды.

О психической норме пока представляется возможным говорить только как о случаях отсутствия психической патологии. Под психической же патологией следует понимать хотя бы одно из двух следующих явлений.

Во-первых, это такое отчетливое изменение психического функционирования, которое не соответствует условиям внешней среды, возрасту и (или) врожденным личностным особенностям индивидуума. Во-вторых, это врожденные, постоянные психические характеристики, которые качественно идентичны тем, что наблюдаются при приобретенных нарушениях, оговоренных в первом пункте. Трудно себе

представить, чтобы за короткий период внутриутробной жизни сложились условия такого нарушения психического функционирования, которое было бы невозможно на протяжении всей последующей жизни. При этом следует подчеркнуть, что психиатры имеют дело именно с нарушениями психических функций, а не с конкретными механизмами поражения мозгового субстрата. Поэтому корректная аналогия в соматической медицине тоже должна проводиться на функциональном уровне: не бывает врожденных расстройств функций в соматической сфере, которым не соответствовала бы возможность такого же нарушения функций, но приобретенного характера. Например, представляющая собой изначальное недоразвитие ткани аплазия на функциональном уровне равнозначна ее атрофии, которая возможна в любом возрасте. А пигментация участков кожи может быть врожденной, и на функциональном уровне ей аналогичны участки депигментации, например, после ожогов. Разумеется, здесь речь идет лишь о принципиальном сходстве, а не о клинических особенностях, позволяющих провести клиническую дифференциацию врожденной и приобретенной патологии. И динамика проявления признаков расстройства, и конкретное сочетание симптомов при врожденной и приобретенной патологии могут существенно различаться.

Однако несмотря на специфичность комбинации нарушений при синдроме Марфана, например, головные и глазные расстройства, мышечная слабость и интеллектуальная недостаточность с вялостью побуждений встречаются и в качестве приобретенных нарушений, хотя бы и порознь.

Прежде чем охарактеризовать два указанных выше критерия психической патологии, важно отметить два вытекающих из них следствия для диагностической практики. Во-первых, заключение о психической патологии может быть только индивидуальным, поскольку должно учитывать особенности конкретной ситуации и конкретной личности. Во-вторых, сравнительный анализ, лежащий в основе такого заключения, подразумевает его выполнимость в ряде случаев исключительно специалистами-психиатрами, которые, например, должны знать о видах проявления временных изменений психического функционирования, чтобы выявить наличие неглубоких врожденных личностных аномалий, хотя в других случаях психическая патология может быть очевидной и для дилетантов.

Иногда психические нарушения соответствуют лишь одному из критериев психической патологии. Например деменции отвечают только первому из них, а умственная отсталость — только второму. Однако чаще всего в клинической практике выполняются одновременно оба вышеназванных критерия психической патологии. Речь идет о широком круге функциональных психических расстройств, включаемых в понятие психопатологического диатеза. Сюда

относятся случаи невротических и реактивных расстройств, циклотимии (маниакально-депрессивного психоза), непроецессуальной (латентной) шизофрении, некоторых психопатий. Психопатологический диатез включает три обязательно выявляемых компонента, различающихся механизмами развития: патологические психические реакции и эндогенные (аутохтонные) эпизоды психического расстройства возникают на фоне врожденных личностных аномалий. Из названных компонентов диатеза первые два отвечают первому критерию психической патологии, а последний — второму.

Традиционное для психиатрии альтернативное противопоставление реактивных, т.е. психогенных, и эндогенных расстройств оказывается возможным только в рамках отдельных болезненных эпизодов, да и то относительно нечасто, учитывая изобилие эндореактивных состояний. Если же анализировать функциональную непроецессуальную психическую патологию на протяжении жизни пациентов, то такое противопоставление неправомерно, поскольку реактивные и аутохтонные эпизоды чередуются и (или) развиваются эндореактивные состояния. Это положение, как признание закономерности, является одним из основных отличий концепции психопатологического диатеза по отношению к предшествующему понятию шизофренического диатеза. Связь психопатологического диатеза и шизофрении изучена недостаточно, в частности остается открытым вопрос о возможности развития шизофрении не на фоне психопатологического диатеза, но совершенно очевидно, что его частота выше в десятки раз, составляя не менее 30–40%. Возможно, что, как и в случае аллергического диатеза, в каких-то регионах он может представлять собой статистическую норму, т.е. наблюдаться не менее чем у половины населения.

Развиваясь без видимых внешних причин, т.е. неадекватно ситуационным условиям, аутохтонные состояния будь то в рамках психопатологического диатеза или вне их, уже самим фактом своего возникновения отвечают первому критерию психической патологии с достаточной очевидностью. С реактивными состояниями дело обстоит сложнее. Здесь психиатру, исходя из своего житейского и клинического опыта, для определения неадекватности реакций приходится соотносить их интенсивность и (или) продолжительность с обусловившим их поводом, учитывая при этом его не усредненную, а индивидуальную значимость в каждом конкретном случае. Это два из трех критериев патологической реакции К. Шнайдера. Третий (нуждающийся в дополнительных оговорках) критерий заключается в возможности развития качественно аномальных феноменов при патологической реакции в отличие от психологической.

Наиболее сложные проблемы разграничения нормы и патологии связаны с дифференциацией именно случаев психологических и патологических реакций.

Помимо отмеченных критериев К. Шнайдера в диагностически неясных наблюдениях дополнительно можно иногда использовать и понятие психопатологического диатеза: если в анамнезе не выявляются ни характерные признаки личностных аномалий, ни эпизоды аутохтонных расстройств, то речь может идти только о психологической реакции, поскольку патологическая возможна только в рамках диатеза. Правда, наличие признаков психопатологического диатеза в анамнезе больного не означает, что реакция непременно патологична, поскольку психологические реакции бывают и при predisпозиции к психическим расстройствам.

Третий компонент психопатологического диатеза представляет собой врожденную, обычно парциальную, недостаточность в мыслительной или эмоциональной сферах, реже — только неравномерность в их развитии, при которой повышенные способности в одной области выявляются на фоне обычных способностей в других областях. Эти признаки дефицитарности и диссоциированности качественно, а изредка и количественно, аналогичны симптоматике нажитого шизофренического дефекта, что заставляет оценивать их как проявление патологии, соответствующее ее второму критерию. Если более грубые формы врожденных аномалий, например умственная отсталость, не вызывают сомнений в их патологической природе, то относительно мягкие проявления конституциональных особенностей личности в рамках психопатологического диатеза не могут трактоваться единодушно.

Психопатологический диатез не соответствует традиционной медицинской модели болезни: его константные (постоянные) патологические признаки (личностная аномалия) не имеют ни начала, ни окончания. Динамические же его проявления (патологические реакции и фазы), хотя и не приводят к углублению дефицитарных черт, обычно позволяют установить стадии доманифестных нарушений, активизации болезненных расстройств, их стабилизации и ослабления. Концептуально психопатологический диатез отличается от шизофрении лишь отсутствием нажитого характера личностных аномалий, но не их качественными особенностями. Диатез и шизофрения — единственные две формы собственно психической патологии. Она имеет условно (предположительно) функциональную природу. В остальных случаях психических нарушений речь идет о соматических, в том числе неврологических, формах патологии, имеющей психические проявления. Природа этой патологии — органическая. Если при сомато-неврологических заболеваниях нередко психические нарушения, то со своей стороны, и при диатезе, и при шизофрении сомато-функциональные нарушения также являются достаточно частыми. Разные типы психиатрической симптоматики соответствуют собственно психической патологии с одной стороны и сомато-неврологической

с другой (лишь вегетативные и кататонические нарушения могут быть обусловлены как органически, так и функционально).

Открытым остается вопрос о том, может ли шизофрения развиваться у лиц, не обнаруживающих психопатологического диатеза, но независимо от этого вряд ли целесообразно считать последний “предболезнью”, хотя бы потому что шизофрения развивается не чаще, чем у каждого тридцатого пациента с диатезом. Выявление константных, постоянных проявлений патологии (личностных аномалий) при психопатологическом диатезе и шизоидного преморбида при шизофрении не позволяет говорить о существовании случаев, в которых имеется лишь повышенная вероятность функциональной психической патологии, поскольку на самом деле она может лишь утяжеляться (обратимо или нет), но не возникают функциональные психические расстройства у прежде психически нормального человека. Вероятность же органически обусловленной психической патологии или одинакова (например, при травме головного мозга), или зависит от наследственной предрасположенности к некоторым неврологическим заболеваниям (например, болезни Альцгеймера). Оговорок требует и понятие “ситуаций повышенного риска”: оно справедливо только для лиц, predisпонируемых к психической патологии.

Непосредственное отношение к понятию психопатологического диатеза имеют психопатии. В соответствии со вторым критерием психической патологии их следует разделить на типы, которые или характеризуются психиатрической симптоматикой, или нет. Большинство традиционно выделяемых в психиатрии типов психопатий определяются тем или иным психиатрическим симптомом, имеющим, таким образом, врожденно пожизненный характер. Например, психастенический тип определяется тревогой, гипертимный — гипоманиакальным аффектом, истерический — инфантилизмом, шизоидный — эмоциональной дефицитарностью. Таким хроническим расстройствам соответствуют и другие проявления психопатологического диатеза, что облегчает определение границы между психологическим переживанием и наличием психиатрического симптома.

Имеются однако два личностных типа, в основе которых не лежат психиатрические симптомы: параноический и циклоидный. (Под последним имеются в виду не аффективные фазы, присущие психопатологическому диатезу на фоне любого личностного типа, а эмоционально живой склад личности.) Следует признать, что эти два типа — не психиатрические, а психологические. Они не являются патологическими даже при их необычайной яркости. Если циклоидная психопатия диагностируется по существу по наличию аффективных фаз, тогда как свойственные ей личностные черты в качестве патологических рассматривать не принято, то облигатное для параноиче-

ской психопатии формирование сверхценностей единодушно признается патологическим. Тем не менее, достаточная аргументация для такой оценки отсутствует. Следует признать, что психиатры используют здесь лишь социальный критерий определения патологии и в качестве психопатов диагностируют прежде всего носителей тех сверхценностей, содержание которых не устраивает окружающих. Социально нейтральные и полезные для общества сверхценности в качестве патологических обычно не рассматриваются. Содержание же психических переживаний не может служить основанием для диагностики психической патологии. Даже при бреде патологично не содержание идей (например у писателей-фантастов и их читателей оно может быть весьма причудливым), а сочетание специфической нескритичности с гипертрофированностью того или иного типа мышления. Содержание идей лишь помогает выявить патологию.

Сверхценность — результат конституционально повышенного влечения к интеллектуально-понятийной деятельности. Найти аналогию с эпизодическим расстройством здесь нельзя. Временными могут быть лишь конкретные сверхценности, т.е. их содержание, а не склонность к ним. Развитие конкретной сверхценности не идет, таким образом, вразрез с личностными характеристиками индивидуума, не подпадая под первый критерий психического расстройства. Другое дело, что как и все другие личностные особенности склонность к формированию сверхценностей может усиливаться или ослабевать при психических нарушениях. Сверхценности могут помочь в выявлении психической патологии. Например, сверхценное увлечение философией (метафизическая интоксикация) у больных шизофренией юношей иногда позволяет с легкостью установить непродуктивность мышления, поскольку здесь особенно заметно несоответствие между усилиями, затрачиваемыми на любимый

предмет, и реальными успехами в его освоении. Однако сами по себе сверхценности, будучи временными или постоянными, не могут быть патологическими.

Использование двух вышеназванных критериев психической патологии и представлений о психопатологическом диатезе позволяет отнести к вариантам психической нормы и некоторые другие категории, привычно, но неправомерно рассматриваемые в кругу психических расстройств. В качестве примера можно сослаться на “синдром сиротства”, анализировавшийся нами ранее (1) и “посттравматическое стрессовое расстройство”.

Характерная для последнего триада в изложении МКБ-10 представляет собой сугубо психологическое образование. Два ее признака — воспоминания о психической травме (в том числе в сновидениях) и избегание всего, что может напоминать о ней — даже не требуют дифференциации с психопатологическими феноменами. Еще один характерный признак — хроническое ощущение оцепенелости или эмоциональной притупленности — напоминает деперсонализационные переживания. Однако деперсонализация представляет собой эмоциональное искажение (2), которое, как и все психопатологические симптомы, несообразно средовым условиям. Тяжелый же стресс не может не приводить к обдумыванию и переакцентуации жизненных ценностей, чему соответствует изменение мироощущения. Разумеется, наряду с признаками посттравматического стрессового синдрома может развиваться и психопатологическая симптоматика, обычно тревожная и депрессивная.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Циркин С. Ю. // XIII съезд психиатров России. — М., 2000. — С. 146–147.
2. Циркин С. Ю. // Российск. психиатр. журн. — 2001. — № 5. — С. 23–28.

**От редактора.** Оригинальная и полемически заостренная работа С. Ю. Циркина актуальна для нас, помимо прочего, демонстрацией глубоких биологических оснований “патологического”, которое в современную нам эпоху, прежде всего в американской психиатрии, социологизировалось и психологизировалось до такой степени, что не останавливается не только перед психогенетическим и социогенетическим выведением любой психопатологической симптоматики, но и перед соответствующим дефинированием таких фундаментальных понятий, как “бред” и даже “пол”. Анекдотичность и скандальность такого волюнтаризма, очевидная “устаревшему” “провинциальному” восприятию, достигла уже предельных масштабов, добившись изменений в МКБ-10. Что ждет научное сообщество, которое изучает реальность, активно конструируя ее, идя на поводу различных политических лобби?



## Две психические болезни у одного больного?

Семинар ведет А. Ю. Магалиф (21 ноября 2002 г.).

Врач-докладчик М. Ю. Чеботников

Уважаемые коллеги, вашему вниманию представляется больной М. 1983 г. рождения. Поступил в нашу больницу впервые. В отделении находится с 25 сентября 2002 г.

**Анамнез** (со слов пациента и его родственников). Наследственность психопатологически не отягощена. Родился от первой беременности. Единственный ребенок в семье. Беременность протекала с осложнениями: нефропатия у матери во второй половине беременности, угроза выкидыша в 8 месяцев. Мать лежала на сохранении. Роды быстрые. Вес 2750 гр. Закричал сразу.

С 1,5 лет посещал ясли. С этого времени отмечались частые простудные заболевания с высокой температурой и рвотой на высоте температуры. Страдал ночным энурезом ежедневно до 12 лет. С 12 лет ночной энурез отмечался эпизодически 1 – 2 раза в год до настоящего времени. Многократно лечился по этому поводу в детских больницах. Детские инфекции перенес без осложнений. С 4-х летнего возраста были выявлены аденоиды 1 – 2 степени от которых лечился консервативно. С 5-ти летнего возраста наблюдался у логопеда по поводу нарушения дикции: отмечалась шепелявость. Был очень эмоциональный, подвижный, “взрывной”, непослушный, все время в движении. Конфликтовал с другими детьми, дрался, был повышено отвлекаем, даже не мог играть в игры. В то же время на фоне гиперактивности жаловался на слабость. Во время прогулок приседал на корточки, просил отдохнуть, становился вялым, малоподвижным. С этого же времени (5 – 6 лет) впервые возникли пароксизмальные состояния: в одно и то же время, в 12 часов ночи, через час после засыпания слышался сильный крик ужаса. Ребенок сидел в кровати с вытянутыми вперед руками, широко раскрытыми глазами, расширенными зрачками. Отмечался повышенный тонус мышц, особенно икроножных: “Мышцы были натянуты как струна”. Был возбужден, выкрикивал, что что-то видит в углу. На уговоры не реагировал. В конце этих состояний успокаивался, упускал мочу и засыпал. Приступы длились от 2-х до 5 минут. Сам больной описывает эти состояния следующим образом. Ежедневно снились одни и те же сны. В этих снах ощущал себя главным героем. Видел крушение самолета или бездну. Стоял на краю бездны и видел вра-

щающийся круг. Испытывал сильную тревогу, страх, ужас. Начинал кричать, просыпался, мочился и понимал, что находится в комнате. Продолжал “видеть мозгом” события сна. Метался и бегал по квартире. После того, как родные успокаивали его, засыпал.

Тогда же в клинической лаборатории функциональной диагностики при 1-м Московском Медицинском институте им. Сеченова было проведено МЭХО ЭГ и ЭЭГ. Смещения М-ЭХО не выявлено. На ЭЭГ выявлялись: диффузные изменения электрической активности в виде генерализованной медленной активности с некоторым преобладанием в правой височной области, нерегулярной, плохо выраженной альфа активностью в задних отделах мозга, сочетающейся с острыми колебаниями медленной и негрубой бета активностью. При гипервентиляции появлялись вспышки билатерально-синхронных высокоамплитудных мономорфных колебаний, напоминающие комплексы “пик волна”. На 2-й минуте провокации появлялась генерализованная эпилептиформная активность. Заключение: “Умеренно выраженные эпилептиформные изменения электрической активности, выявленные провокацией. Некоторая заинтересованность правой височной области”.

Лечение принимал нерегулярно. Помнит галоперидол по 1/8 таблетки по 1,5 мг. 1-й и 2-й день, затем 1/4 таблетки по 1,5 мг. утром. В дальнейшем приступы видоизменились: стали более длительны до 30 мин. Со слов матери отмечались судороги, особенно в икроножных мышцах. Затем начинал метаться по квартире, бегать и кричать, испытывал страх, упускал мочу. В дальнейшем успокаивался, засыпал. Приступы продолжались ежедневно до 12 лет, со слов пациента до 8 лет. Мать отмечает что с 10 лет приступы стали редкими, в основном в летне-осеннее время. В это же время, когда пациенту было 10 – 12 лет, отмечались колебания настроения: хандра, ничего не хотелось делать, было подавленное настроение, нежелание общаться. Длительность этих состояний была от 2-х недель до месяца.

В школу пошел с 6 лет. Учился неохотно. Учеба давалась с трудом. Был отвлекаем, не мог сосредоточиться. Во время уроков часто заявлял учителям: “Я устал”. Более охотно занимался гуманитарными предметами. По характеру изменился с третьего клас-

са. Стал значительно спокойнее, незаметнее, имел небольшой круг общения, занимался уроками, время проводил дома. В это же время отмечались состояния, которые пациент характеризует как обмороки: внезапно терял сознание, “выключался”. Длительность этих состояний до 5 минут. Знал об этом со слов товарищей. Приступы были редки. Общее количество этих приступов выяснить не удалось.

С пятого класса перешел в другую школу. Продолжал учиться неохотно. Любил историю, словесность. Снова изменился с 13 – 14 лет: стал более общительным, время в основном проводил в компаниях подростков, где употребляли алкоголь, курили. Алкоголь впервые попробовал в 9 лет. Систематически, регулярно стал употреблять с 13 – 14 лет. Употребляет пиво, вино, водку “для поднятия настроения”. В состоянии опьянения становился более общительным, эмоциональным. Рвотный рефлекс возникал крайне редко. Употребление алкоголя участилось во время учебы в институте. Абстинентный синдром не формировался. Курит с 13 лет. За компанию пробовал курить марихуану. Стал принимать участие в “тусовках”. Регулярно употреблял алкоголь на дискотеках. С этого времени стал активно интересоваться компьютерами. В сутки проводил по 2 – 3 часа и более в Интернете на информационных сайтах. Общался с другими подростками при помощи Интернета. Был очень общителен. Настроение было повышенное. Закончил 11 классов. От экзаменов был освобожден по рекомендации преподавателей (30 % учащихся экзамены не сдавали). После прохождения подготовительных курсов поступил в Московский Государственный Социальный Университет по специальности “Юриспруденция”. Учился посредственно. Задолженностей по предметам не имел. По характеру был “гиперобщительным”. Однако 2 года тому назад в дневнике написал: “Не хочу жить, все плохо. Хочу покончить жизнь самоубийством”. Потом он это зачеркнул. В настоящее время учится на 4-м курсе МГСУ. Летом был в Петербурге. Там две недели было пониженное настроение, чувство тревоги. Ловил в троллейбусе на себе косые взгляды, считал, что это карманники, они опасаются, что он их вычислит.

Состояние стало меняться постепенно со середины сентября 2002 г. Появилась повышенная активность. Настроение было приподнятое. Звонил всем своим знакомым. Продолжительность ночного сна уменьшилась до 2 – 3 часов, но усталости не чувствовал, был всегда бодр. Последние три ночи перед госпитализацией не спал. 22 ноября 2002 г. стал понимать, что он может реализовать многие коммерческие проекты, объединить под своим руководством компьютерные клубы, бензоколонки. Предлагал малоизвестным людям свою помощь. На следующий день заметил слежку со стороны окружающих людей. Был возбужден. Думал, что это проверка его способностей. В это время мысли текли ускорено, не успевал за

ними. Стал замечать, что в окружающих предметах находятся видеокамеры и микрофоны, информация с которых передается людям, заинтересованным в его способностях. Считал себя гением. Вечером после ссоры с родителями, которые пытались его успокоить, удержать, убежал из дома. Бродил всю ночь по городу, чувствуя за собой слежку. Для маскировки измазал себя грязью, чтобы уйти от преследования. Слышал со стороны “голоса” и мужские и женские, которые комментировали все его поступки единственным словом “Супер”. Был задержан сотрудниками милиции на стадионе Лужники в 3 часа ночи в кафе, где пытался бесплатно поесть. В милиции слышал “голоса” милиционеров из соседней комнаты, которые наблюдали за ним через телекамеры и микрофоны, и обсуждали все его поступки, восхищались им. В камере общался с другими задержанными при помощи тайных знаков. Вернувшись из милиции домой с родителями вел себя неадекватно. Осматривал мать на предмет наличия у нее микрофонов за ушами, обыскивал всю квартиру. Проспав 6 часов, вновь убежал из дома. Был груб, раздражителен. Заявил родителям, что он выпрыгнет в окно, если его не отпустят на улицу. Убежав из дома, катался на метро по городу. Стал злобен, агрессивен. Пытался уничтожить “жучки”, давил пустые банки из-под напитков, думая что в них находится подслушивающая аппаратура, бил бутылки, собирал пустые пачки из-под сигарет. Вновь был задержан сотрудниками милиции. Проведя непродолжительное время в милиции, был снова отпущен. Опять бродил по городу, катался в метро, уходя от преследователей, которых видел в каждом вагоне. Внезапно выпрыгивал из вагонов, часто менял направления движения. Был задержан администратором компьютерного клуба за неуплату по счету. В клубе пытался отправить послание президенту страны с предложениями по преобразованию общества и мира.

В связи с неадекватным поведением, родителями по путевке ПНД был доставлен в нашу больницу с диагнозом: “Органическое поражение ЦНС неясного генеза с психическими включениями в виде бреда”. Был стационарирован.

В приемном отделении: ориентирован правильно. Контакт доступен формально. Растерян. Речь непоследовательная. Подбирает слова. Говорит многозначительно. Жалуется на головную боль, утомляемость. Не отрицает что был груб с родителями. Употребление наркотиков отрицает. К концу беседы стал напряжен, угрюм, не смотрит на собеседника.

**Психический статус в отделении:** Контакт доступен формально. На беседу пришел самостоятельно. Ориентирован правильно. Напряжен. Эмоционально неустойчив. Держится без чувства дистанции. Многозначителен, отвечает не в плане заданного вопроса, уклончиво, хихикает. Заявил, что будет общаться с “посвященными”. Возмущенно отреагировал

на вопросы о слежке. Затем возбудился, встал со стула, расхаживает по кабинету, выглядывает в окна. Дал письменное согласие на лечение и без разрешения покинул кабинет. Вечером в отделении нелеп, тревожен, суетлив. Залез в шкаф для пищевых отходов. Говорит намеками, многозначительно смотрит на врача, переходит на шепот. Пытался совершить побег из отделения. Сексуально расторможен, обнажился перед мед. персоналом, крайне навязчив, лезет во все дела отделения, дает окружающим нелепые советы, дурашлив, танцует на столе в обнаженном виде. В процессе лечения (аминазин 100 мг в/м 3 раза в день, галоперидол 10 мг. 3 раза в день, циклодол 2 мг 3 раза в день) стал значительно спокойнее, адекватнее, появилась критика к острому состоянию болезни. Через три недели переведен на лечение rispoleptom, в последнее время получает rispolept — 4 мг и феназепам — 0,5 мг на ночь.

**Соматическое состояние.** Среднего роста, гиперстенического телосложения. Удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Зев спокоен. В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. АД — 130/90. Живот мягкий, безболезненный.

**Неврологический статус.** Фотореакции сохранены. Зрачки равновелики, округлой формы, совместно реагируют на свет. Движение глазных яблок в полном объеме. Лицо без асимметрии, глотает свободно. Тонус мышц конечностей обычный. Сухожильные рефлексы D=S. Чувствительных нарушений не выявлено. Патологических знаков нет. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

**ЭЭГ:** 1.11.2002 г. У больного изменение электроэнцефалограммы с признаками ирритации подкорковых диэнцефальных образований с тенденцией к снижению порога пароксизмальной готовности. Межполушарная асимметрия неотчетлива.

**Анализ крови и мочи без патологии.**

**Вопросы к врачу-докладчику:** — *Каков характер голосов, которые слышал больной. Не пытался ли он проверить откуда они доносятся? Когда они исчезли? Что они говорили?*

— Галлюцинации были на остро́те состояния. Слышал мужские и женские голоса со стороны. В начале все его действия комментировались словом “супер” до того, как его задержала милиция. В дальнейшем голоса стали более развернутыми, комментировали события, восхищались им.

— *Алкоголь он употреблял?*

— Практически ежедневно употреблял пиво 1 – 2 бутылки в день. Наркотики не употреблял.

**Психолог С. А. Анохина.** Я смотрела больного два раза.

Первый раз — 9 октября 2002 г. через две недели после поступления. На обследовании правильно ориентирован, доступен контакту. На вопросы отвечает кратко. Беспричинно хихикает. Держится с наруше-

нием дистанции. Во время обследования встает, начинает расхаживать по кабинету. Задает не относящиеся к работе вопросы. Просит разрешить ему позвонить. Жалоб не предъявляет. Некритичен к собственному состоянию. Употребление алкоголя не отрицает. При этом подчеркивает, что выпивает всегда в компании. Себя характеризует как человека крайне ленивого. Мотивация к проведению обследования неравномерная, зависит от заинтересованности испытуемого. Работоспособность несколько снижена.

По объективным данным. Объем активного внимания в норме, уровень концентрации несколько колеблется. Переключение осуществляется в быстром темпе. Показатель непосредственного запоминания снижен по сравнению с возрастной нормой. Воспроизведение составляет: 7, 7, 9, 9, отсроченное воспроизведение — 5 слов из 10. Опосредование повышает успешность запоминания, 100 % материала испытуемый запоминает точно. Ассоциативный процесс протекает без трудностей. Образы адекватны по содержанию. В проективном плане анализ графики испытуемого свидетельствует о настороженности, агрессивности. Мышление характеризуется чертами разноплановости. Категориальный способ решения мыслительных задач испытуемому доступен. При этом критичность мыслительной деятельности снижена. Отмечается расплывчатость. В суждениях испытуемого присутствуют элементы резонерства. Смысл пословиц объясняет либо конкретно, либо не по существу, привнося при этом элементы субъективизма. Например, дает следующее объяснение пословице “Не все то золото, что блестит”: “Если в человеке что-то появляется, это может значить, что у него какой-то заскок”. Эмоционально-личностная сфера характеризуется повышенным уровнем внутреннего возбуждения, агрессией, аффективной напряженностью. Проективная диагностика выявляет паранойяльные черты, выраженную личностную незрелость, импульсивность в поведении, пренебрежение условностями, что затрудняет социальную адаптацию. Состояние характеризуется нетерпеливостью, беспокойством, протестной реакцией на ситуацию, ограничивающей независимость, пренебрежительным отношением к авторитетам и соответствию уровня притязаний реальным возможностям. Таким образом, по данным психологического исследования на первый план, наряду с некоторым мнестическим снижением, выступают специфические процессуальные нарушения мышления в форме разноплановости, искажения процесса обобщения, элементов резонерства у личности с чертами психопатизации в виде низкой нормативности в поведении, индивидуалистичности, высокого уровня агрессии, не критичности, трудностей адаптации.

Повторное психологическое исследование — 13 ноября 2002 г., через полтора месяца после госпитализации. Испытуемый правильно ориентирован. Хо-

рошо помнит факт предыдущего психологического исследования. Однако не помнит, когда это происходило. Считает, что за период лечения его состояние значительно улучшилось. Настроение стало отличным. Характеризует состояние перед поступлением в больницу как бредовое. Инструкции не всегда дослушивает до конца. В процессе обследования неусидчив, часто меняет позу, потягивается, ерзает на стуле, без разрешения пересаживается на диван. Движения с широкой амплитудой. В процессе работы над заданиями неоднократно выражает интерес к результатам. Просит сообщить, как он “смотрится на общем фоне”. Задания выполняет в нормальном темпе. Работоспособность неравномерна, больной легко пресыщается. Динамика деятельности практически такая же, что и в первый раз. К концу обследования на фоне утомления темп деятельности снижается. Испытуемый не сразу усваивает инструкцию к одному из заданий, преодолевает момент растерянности за счет волевого усилия. По объективным данным: объем внимания сужен, уровень концентрации внимания колеблется. При этом испытуемый способен путем волевого напряжения в некоторой степени преодолеть эти колебания. Показатель непосредственного запоминания в норме: 6, 9, 8, 10, отсроченное воспроизведение — 5 слов из 10. Введение опосредования повышает устойчивость запоминания до 100 %. Ассоциативный процесс протекает в ускоренном темпе, без трудностей. Образы в целом адекватны по смыслу, хорошо служат цели запоминания. По содержанию ассоциации испытуемого зачастую субъективны, крайне инфантильны. Например, для запоминания слова “Я” испытуемый изображает персонаж компьютерного мультфильма “Масяня”. Говорит, что многие знакомые давали ему это прозвище. Спрашивал у меня, как у психолога, почему они это делали, что в его поведении может подсказать им это. Графические изображения испытуемого имеют некоторые особенности, свидетельствующие о наличии органического фона. В первом обследовании этого не было. Анализ графики испытуемого в проективном плане свидетельствует о высоком уровне внутреннего возбуждения, экспансивности, выраженной импульсивности. Графическое изображение отличается в первом и втором исследовании очень сильно. Уровень интеллектуального развития испытуемого в целом соответствует возрасту и полученному образованию. Категориальный способ решения мыслительных задач доступен, используется. Наряду с адекватными решениями, присутствует опора на латентные признаки. Например, при выполнении методики “Четвертый лишний” испытуемый из набора предметов: конькобежец, лыжи, коньки, мяч предлагает исключить мяч, т.к. все остальные “являются скользящими”. Также отмечается определенная расплывчатость в суждениях, элементы полисемантичности. Я давала ему методику сравнения понятий в конце, минут через пятьдесят от начала обследова-

ния. Предложила сравнить стандартные понятия: бабочка и глобус. Он задал обескураживающий вопрос: “А какую бабочку Вы имеете ввиду, которая с крыльшками?” Я поняла, что он думает о бабочке-галстукке. Это элемент полисемантичности. Ведущий: — *О чем это говорит?* — Это шизоидные включения, опора на маловероятные связи, близко к актуализации латентных признаков. Критичность мышления снижена. Эмоционально-личностная сфера характеризуется высоким уровнем аффективной напряженности, легкостью возникновения аффективной дезорганизации. Проективная диагностика свидетельствует об эмоциональной незрелости, инфантилизме, преобладании неустойчивого импульсивного стиля реагирования, выраженном нарушении планирования и контроля, сниженной нормативности поведения. Актуальное состояние характеризуется элементами паранойяльного настроения, настороженностью, недоверчивостью, сниженной психологической доступностью. Это выражалось в том, что он охотно говорил о чем угодно, но когда я пыталась расспросить его о том, что с ним случилось, о переживаниях, то почувствовала определенные барьеры. Таким образом, по данным психологического исследования в сравнении с результатами предыдущего исследования, на первый план выступают определенная положительная динамика в интеллектуальной сфере, преобладают решения с опорой на существенные признаки, а также усиление аффективной напряженности, возбуждения, нарастания импульсивности. Когда такие нарушения испытуемый обнаруживает при выполнении задач, тестирующих интеллектуальную сферу, то это нарушение мышления.

**Ведущий:** *У Вас прозвучал термин “Пресыщение”. Что он означает — истощение?* — Нет, “пресыщение” — это, когда больному просто надоедает работать, он пресыщен, не хочет продолжать. А признаков интеллектуального истощения, утомления нет. Этот признак часто бывает у психопатов.

### БЕСЕДА С БОЛЬНЫМ

— Здравствуйте. Вас не смущает большое количество людей? — *Нет.* — Сколько времени Вы уже в больнице? — *Почти два месяца.* — Устал? — *Конечно.* — Хотелось бы выписаться или привык уже? — *Естественно, привык, но уже хочу выписаться.* — В отделении что делаете? — *В основном играю в домино, в шахматы, в шашки.* — Обыгрываете партнеров? — *Не всегда.* — Раньше Вы лучше играли? — *До этого я играл только в детстве, по-моему.* — Надо было поступать в больницу? — *Я думаю, да.* — Значит все-таки был болен? — *Да.* — Чем же болел? — *Я не знаю, как это медицинскими терминами сказать.* — Не надо терминами. Скажите, что Вы сейчас оцениваете как болезнь? — *Бред, который был, действия неадекватные.* — Какой бред? — *Бродил по Москве но-*

чами. — Но это поведение было такое, а бред какой? — Я считал, что я такой важный, нужный кому-то, чем-то интересен людям, ощущал за собой слежку. — Все это бред? — Да. — На самом деле никакой слежки не было? — Нет. — Что еще можно было отнести к болезни? Голоса были? — Да. — Можно их назвать галлюцинациями? — Да. Слово “супер” слышал постоянно. — Только “супер”, больше ничего? — Нет. — Может быть еще какие-то разговоры были? — Были разговоры, когда я был в милиции. — Это милиционеры разговаривали или Вы теперь понимаете, что это тоже были галлюцинации? — Нет, это они разговаривали. — Страх был? — Не было совершенно. С интересом было все. — Вас вроде бы преследовали, а страха не было? — Не было. — А зачем преследовали? — Как мне тогда казалось, они не преследовали, а следили, чтобы понять, что я могу делать, что я умею. — Для какой-то дальнейшей деятельности? — Да. — Какая-то очень серьезная деятельность? — Да. — У Вас были мысли, связанные с мистикой, с религией? — Нет. — А избрание Ваше нужно для какой-то конкретной деятельности? — Не конкретной, а той, которую я могу навязать кому-то. — Это политическая деятельность, коммерческая деятельность? — Скорее коммерческая. — Вас могли бы использовать в качестве особо выдающегося коммерсанта? — Скорее стратега-аналитика. — В поведении окружающих людей на улице Вы видели только одобрение? — Да. — По каким признакам Вы это замечали? — Слово “супер”, которое я слышал. Это было одобрение моих действий. — А в поведении окружающих людей Вы видели, что они как-то заинтересованы, по их мимике, действиям? — Да. — Вам оказывали какое-то почтение? — Да, что-то вроде этого. — Вы думали о том, как они могут знать про Вас? — Я думал, что у них микрофоны, наушники, связь какая-то. — А кто же им мог об этом сообщить? — Мои мысли на этом заканчивались, расплывались. Но мне казалось, что их кто-то контролирует, контролирует их действия. Почему меня удивило, что за мной следят первую ночь, когда я поехал в Лужники на метро. Я не доехал до Юго-Западной, вышел еще на Охотном Ряду и ждал следующий поезд, хотел проверить будут за мной следить люди в этом поезде или нет. И тут проехал пустой поезд. Тогда я подумал, что меня вообще охраняют в метро и никого ко мне не подпускают. — Значит следили чтобы охранять? — Охранять и одновременно проверять какие-то мои умения, которые я считал у меня есть. — Никогда не было мысли, что они хотят причинить вред? — Нет. — Страх никогда не было? — Нет. — Среди тех людей, которые Вас тогда окружали и оказывали знаки внимания, были такие, которые были плохо к Вам настроены? — Не было таких. — Настроение было всегда приподнятое? — Да. — Спали Вы ведь очень мало — 2–3 часа и высыпались? — Да. — Вы вставали сразу: быстро? — Да. — Не хоте-

лось полежать в постели? — Нет. — Вы тогда какие-то дела делали? — Я в метро уходил от слежки. Садился в вагон, а когда двери начинали закрываться, я резко выбежал и делал быстро переход на другую ветку. — Непонятно с какой целью Вы убегали? — Я пытался показать, что могу уйти от слежки. — То есть Вы были готовы работать разведчиком, например? — Грубо говоря, да. — Но мысли такие были? — Нет. — Когда Вас привезли в больницу, Вы понимали, что это больница? — Нет. — Что казалось, куда Вас привезли? — Казалось, что привезли в соседнее здание (соседнее здание — тюрьма “Матросская тишина”). — Зачем? — На общение с людьми, которых я заинтересовал, мне так казалось. — Но это все как бы проверка продолжалась? — Да. — А все окружающие Вас люди, больные, кем представлялись тогда? — Людьюми, которые тоже завязаны в этом деле. — Вы замечали, что разыгрывают какие-то сцены вокруг Вас? — Замечал иногда. — Было ощущение, что все подстроено специально для Вас? — Да. — В их мимике, разговорах сквозило всегда одобрение? — Вроде да. — Сколько длилось такое состояние? — Недели полторы. — До больницы Вы имеете ввиду? — До больницы дня три-четыре. — Это состояние внезапно появилось, в один день? — Постепенно, за несколько дней. — А что этому предшествовало? — Нормальная, размеренная жизнь была. — Настроение было нормальное? — Нормальное, но потом стало приподнятое. — А подавленного настроения не было? — Было давно еще. — У Вас летом настроение было сниженное, плохое? — Да. — Тоска была? — Да. — Тревога была? — Да. — Безотчетная тревога или Вы боялись чего-то конкретного? — Конкретного. Допустим, за родителей были переживания. — Подавленность больше была с утра или к вечеру? — К вечеру. — Было ощущение, что окружающие к Вам равнодушны? — Какие-то косые взгляды я на себе ловил. Мне они казались неприятными. — Тогда хотелось больше лежать, аппетит пропал? — Да. — Все было безразлично? — Не все, что-то хотелось делать, например телевизор смотреть. — Вы теряли интерес к общению? — Мне было лень просто кому-то звонить, встречаться. — Сколько времени было такое состояние? — Недели две, месяц. Как-то с перерывами. День нормальное состояние, а потом снова. — Какой был промежуток между состоянием подавленности и состоянием подъема? — Примерно месяц. — Было ровное состояние? — Да. — Теперь Вы хорошо знаете, что такое состояние подавленности и состояние подъема. Что-то похожее у Вас бывало в жизни? — Наверное бывало, но я не обращал внимания. — Вы это помните? — Было, да. Но я плохо помню этот момент. — Вы рассказывали врачу, что у Вас еще в детстве были периоды хандры, иногда две недели, иногда до двух месяцев? — Да. — Такие периоды плохого настроения свойственны Вам всю жизнь? — Получается, что так. — Они мешали Вам жить? —

*Нет.* — Вы преодолевали их? — *Да.* — А периоды подъема у Вас бывали, когда Вы становились очень активный, острота восприятия повышалась? — *Весной бывало.* — А периоды спада? — *Спады — ближе к лету.* — Вы ведь очень резко изменились по характеру по сравнению с детством и подростковым возрастом? — *Да.* — Тогда у Вас были страхи, помните? — *Да.* — Вы рассказывали, что были состояния, когда сознание Ваше отключалось. Это в школе еще было? — *Да.* — Часто это было? — *Раза два.* — То есть это не было закономерностью? — *Нет.* — Вы не падали тогда? — *Нет.* — Вы просто переставали отвечать на вопросы? — *Что-то вроде того.* — Вам об этом потом рассказывали? — *Да.* — Вы как бы выключились, потом включились? — *Да, но я этого не помню. Это еще в начальной школе было.* — У Вас часто бывали головные боли? — *Нет.* — В начальной школе не было? — *В начальной, да. У меня утомляемость была большая, а так — нет.* — А потом прошло? — *Да.* — Вы ловкий были? — *Да.* — На физкультуре не отставали? — *В лидерах был.* — Каким Вы спортом занимались? — *Борьбой: вольной, классической, карате. Всего понемножку, я нигде долго не задерживался.* — Вам вообще все быстро надоедало? — *Да.* — И отношения с людьми быстро надоедали? — *Долгое постоянное общение меня быстро изматывало, особенно последнее время.* — Последнее время это когда? — *Последние два года.* — Что-то новое появилось в Вашем характере? — *Просто надоедает долго постоянно общаться.* — Учеба тоже надоедает? — *Естественно.* — Книгу можете прочитать до конца? — *Если по учебе, то нет, если художественную, то да.* — Вы в жизни человек активный? — *Да.* — У Вас есть черты лидера? — *Какие-то да.* — Вас уважают Ваши товарищи? — *Да.* — Какие вопросы к больному?

**М. Е. Бурно:** Вы голоса слышали ушами? — *Да.* — Они ничем не отличались от реальных, обычных голосов? — *Нет.* — Какие эти голоса были по содержанию? — *Я все время слышал слово "супер".* — Скажите, а это состояние, в котором Вы пребывали недели две, состояние подъема, личной значимости, надо было лечить? — *Надо было. Потому что это действительно был бред, как я потом уже оценил, находясь в больнице.*

**Ведущий:** Признаки одобрения Вы могли видеть по телевидению, что даже там Вас одобряют? — *Было.* — Расскажите, как это выглядело? — *Это было в программе "Намедни", когда показывали сюжеты, которые как мне казалось на тот момент охарактеризовывали мои коммерческие планы.* — Вам казалось, что это для Вас делают? — *Да.*

**М. Е. Бурно:** Возможно было Вас в это время как-то огорчить, расстроить? — *Да, удерживая дома.*

**А. В. Павличенко:** Скажите, депрессивные состояния у Вас с какого возраста появились? — *С шестнадцати лет.*

**Ведущий:** Вы устали? — *Нет.* — Вам надоело с нами говорить? — *Да.* Ведущий, обращаясь к аудитории: Тот самый феномен пресыщения, о котором говорила психолог. К больному: Спасибо за беседу, будем завершать Ваше лечение. До свидания. — *До свидания.*

## ОБСУЖДЕНИЕ

**Врач-докладчик:** Состояние пациента характеризуется становлением ремиссии. Упорядочен, спокоен, имеет критику к заболеванию. Строит планы на будущее с некоторой переоценкой собственных способностей. Заболевание возникло у личности с ранней органической недостаточностью, которая проявилась гиперактивностью, повышенной отвлекаемостью, логоневрозом, ночным энурезом. В пятилетнем возрасте присоединились параксизмальные эквиваленты, которые возникали внезапно в одно и то же время, сопровождалась криком и тоническими судорогами. Эти состояния различными специалистами, которые его консультировали, оценивались по разному: как эпилептические пароксизмы или как кататоно-онейроидные состояния. В раннем школьном возрасте отмечались абсансы. В двенадцатилетнем возрасте пароксизмальные состояния исчезли и на первый план стали выходить аффективные состояния биполярного типа с преобладанием гипертимности, психопатоподобным поведением, расторможенностью влечений, алкоголизацией. Настоящий приступ можно квалифицировать как аффективно-бредовой, складывающийся из мании и бреда величия, а также бреда преследования с переживанием себя в центре событий. На высоте состояний отмечался эпизод комментирующего галлюциноза.

**Р. П. Власова** (зав. отделением, где лечится пациент). Нам многие моменты не ясны. Так описание его детских приступов матерью и им самим очень разнятся. Мать описывает их так: через час после того, как укладывали ребенка спать, ровно в двенадцать часов раздавался душераздирающий крик, они вбегали в комнату, видели его сидящим с широко открытыми глазами, широкими зрачками, которые не реагировали на свет, руки и ноги вытянуты вперед как натянутая струна. Всегда было выражение ужаса, он что-то видел. И так продолжалось длительное время. Больной помнит, что каждую ночь он видел один и тот же сон: он находится в каком-то корабле, управляет им, сидит в сиденье, корабль на краю пропасти, все это вращается, крутится. У него возникает страх, что он провалится в эту бездну, старается удержать себя за кресло и в этот момент просыпается. Четко видит, что находится в комнате, что рядом родители и в то же время он "мозгом видит", что находится в корабле и старается там удержаться. — **Ведущий:** Двойная ориентировка? — *Да.* Это были онейроидно-делириозные состояния. Затем тоническая фаза сокращалась, а

длительность приступа становилась больше, до тридцати минут. Приступ всегда заканчивался после того, как родители растирали его. Икроножные мышцы были как камень. Затем он засыпал, спокойно спал до утра. Когда ему сделали ЭЭГ, там выявилась височная и затылочная локализация. Эти приступы продолжались в течение полутора-двух лет, потом они возникали редко. До двенадцатилетнего возраста они появлялись в июле или августе в одно и то же время — в двенадцать часов ночи. Протекали с менее выраженной тонической фазой, но с теми же видениями. На небольших дозах галоперидола эти приступы уходили, но оставался энурез. У него сейчас в отделении тоже отмечался энурез несколько раз. До 10 лет в драках у него были моменты, когда он мог защищаться, ударить палкой по голове. Потом вдруг начался период спокойного состояния, он стал более управляемым. На этом фоне появились аффективные колебания: депрессии и гиперактивность. А с тринадцатилетнего возраста начинаются “тусовки”, курение, алкоголизация. Учился плохо, с трудом. Задания выполнял только с матерью. В институт он поступил на платное отделение. Настоящий психоз совершенно отличается от того, что было. Судорожных, пароксизмальных состояний нет, но аффективные колебания четко зафиксированы. Психоз протекал как шизоаффективный, с манией, бредом преследования. Но выход хороший. Мы не видим в больном ни эпилептика, ни шизофреника. Если предполагать, что это ранняя эпилепсия, то мы должны бы увидеть эпилептоидные черты, которых у него нет. Мы так же не видим, чтобы он изменился как шизофреник.

**А. В. Павличенко.** В отношении статуса я согласен, что это становление ремиссии. Выход довольно хороший. Он эмоционально выразителен, хорошо понимает юмор, выраженных расстройств мышления не выявилось. Почему нет эпилептоидных черт характера, которые должны бы быть при эпилепсии? Потому что, как мне представляется, ее нет. Есть органическое поражение головного мозга, органическая неполноценность. Тяжелая беременность, быстрые роды, детские инфекции, протекавшие с высокой температурой, энурез, гиперактивность, пароксизмы. Это онейрическоподобные состояния, даже не эквивалентные эпилептическим, например, сомнамбулизму. Потому что больной тогда должен полностью все амнезировать. А он хорошо помнит, притом именно снопоподобные переживания. Такие онейрические состояния длились несколько лет, потом затухли, и в течение последних семи лет мы не видим ничего подобного. С двенадцати лет возникли аффективные циклотимоподобные колебания. Последняя фаза отмечалась у него летом этого года. Сейчас выход его с некоторой переоценкой своей личности, но он такой был и в жизни. Как квалифицировать этот психоз? Маниакально-бредовой психоз, но не шизоаффективный. Основное стержневое расстройство — идея пе-

реоценки собственной личности. Трудно сказать, что у него были идеи преследования. Во-первых не было страха. Он просто замечал, что другие хотят проверить его способности. Нельзя сказать, что это бредовое восприятие. Он не видел как меняется мимика окружающих, как это имеет место при шизофреническом бредовом восприятии. То есть приступ маниакально-бредовой, с некоторой атипией. Раньше были циклотимоподобные колебания, гипоманиакальные фазы, а сейчас атипичный маниакально-бредовой психоз. Хороший выход, когда нет черт ни эпитимных, ни шизоидных. Я склоняюсь к диагнозу: атипичный МДП на органически неполноценном фоне. **Ведущий:** Почему Вы так радикально — МДП, а почему не шизоаффективный психоз? — Под шизоаффективным психозом мы обычно понимаем рекуррентную шизофрению. Если бы у него были ярко выраженные идеи преследования, он спасался бы от преследователей, или более выраженные расстройства мышления в сегодняшнем статусе, тогда бы мы говорили о шизоаффективном психозе. Выход довольно чистый без кататонического стержня. Даже если это рекуррентный приступ, все равно эти черты должны быть в статусе. Лечение: небольшие дозы rispoleпта — 2 мг.

**И. С. Павлов.** На последнем съезде психиатров, невропатологов и наркологов СССР в 1988 году Наджаров сказал: “По единичным психотическим эпизодам нельзя ставить шизофрению”. Здесь четко сказать, что это шизофрения не дает то, что галлюцинации истинные и нет личностных изменений. Потому что процесс — это личностные изменения, схизис. А так — это то, что в классификации болезней пишут: “Психотический эпизод неясного генеза”. Без всяких уточнений.

**И. П. Лещинская.** Это тот случай, когда сколько психиатров, столько может быть и мнений. Проще всего поставить диагноз шизоэпилепсии, но это мало, кто признает. Мне ближе считать, что это органическое заболевание с эпи-синдромом, который проявлялся различными пароксизмами, как судорожными в виде тонических незавершенных фаз, так и психомоторными состояниями с нарушенным сознанием, со снопоподобными состояниями, расстройствами аффекта. Эндогенные аффективные колебания, которые у него присутствуют, не противоречат эпилептической болезни. В дальнейшем у него могут возникнуть и пароксизмальные состояния, учитывая экзогенные вредности, например, алкоголь. У него хороший выход из психоза: держится адекватно ситуации, улавливает нюансы разговора, охотно идет на контакт, с хорошей критикой относится к болезни. Однако самооценка у него завышенная. Конституционально он похож на эпилептика: широкий, большая голова. Странно то, что, если у него столько лет эпилепсия, нет изменений личности, которые должны были бы сформироваться. Но с другой стороны, если эпилепсия начинается в раннем детстве, и судорожные со-

стояния проходят, то развитие изменений личности тормозится. Это не шизофренический психоз. Я не уловила шизофренических изменений мышления. Может быть для психологов, его ответы выглядят, как опора на латентные признаки, но я бы расценила это как конкретность (пример с конькобежцем). В беседе и по тому, как он себя ведет, мало данных за шизоидную личность. Перенесенный им психоз — типичное маниакально-бредовое состояние.

**М. Е. Бурно.** По-моему, это больной шизофренией. По-видимому, шубообразной шизофренией. Подчеркну специфические шизофренические особенности в сегодняшнем статусе. Для меня, он шизофренически, без органического выраженного снижения личности, без органической не критичности, парциально, расщепленно благодушен. Перенес сравнительно недавно острое психотическое расстройство, все помнит — и нет по этому поводу живого переживания душевного напряжения по поводу грубовато-сказочного содержания этой острой психотики. Алкоголик бы ежился, удивлялся, может быть, смеялся бы, вспоминая, с охотой рассказывая свою горячку, галлюциноз, а наш больной как бы равнодушен-благодушен. Именно “как бы”. Потому что тронь его психотику, попроси подробностей — не хочет рассказывать, это ему не нравится. Другая особенность — теперешнее отношение к бреду, голосам. Пусть это элементарные голоса про него — вроде “супер”, “молодец”. Я его пытался расспрашивать о них. Да, он готов согласиться с тем, что голоса казались, но допускает, что иногда и в самом деле люди вокруг могли говорить о нем в таком духе. То есть, выходит, могли и наблюдать его необыкновенные способности. Нет четкой критической границы между перенесенной психотикой и явью, границы, какую видим, например, у белогорчечника после психоза. Некоторая шизофреническая “срослость” личности с психотикой. Третья особенность. Я уже затронул ее. О ней очень хорошо говорила психолог. Простите, еще не знаю ее имени, отчества. Больной готов говорить подробно и с охотой про все, что угодно, но только не о перенесенной острой психотике. Здесь он замыкается. Прямо говорит: “Нет, оставим это, об этом не будем”. А про остальное — пожалуйста. Это очень важный дифференциально-диагностический момент, отличающий, например, шизофреническую манию от циркулярной. Ему трудно и не хочется рассказывать о своей перенесенной, даже радостной по содержанию, психотике, во многом, потому, что побывал как бы в ином, эндогенно-процессуальном измерении. Там, хотя и весело было, он все же не был самим собою. Ему неприятно говорить о том, к чему основательно критичен как к больному, но все же относительно критичен, в отличие от, например, алкоголика; все же немножко сросся с психотикой, хотя, в основном, и отделился от нее. По-моему, это “немножко”, это отсутствие полной критики к психозу травмирует его. А в остальном —

равнодушен-благодушен, когда с ним говорят о сегодняшнем дне. Поэтому он и утверждает, что ту психотическую приподнятость души, подъем надо было лечить. Хоть и весело, и величественно ему было, но, с высоты сегодняшнего дня, он не был в этой парафренно-маниакальной приподнятости самим собою, “я”. Это было иное психотическое “я”, “не — я”, хоть и веселое. Поэтому “копнешь” психотику — и ему неприятно, отодвигает нас с этими вопросами от себя.

Сама же психотика, думается есть характерное для шуба, приступа смешение маниакального, парафренного с онейроидными включениями. Приподнятое, оптимистически-непробиваемое настроение. Единственное, чем возможно было его тогда огорчить, как сам сообщает, это удерживать дома. 2 — 3 часа спал в сутки. Охраняли его. Проверяли, изучали его необыкновенные способности, умения, толпа расступалась перед ним, тележки в стороны. Вся площадь им восхищалась, сцены для него разыгрывали и т.д.

Далее, важно отметить, на какой личностной почве разыгрывался этот острый психоз, поскольку почва по-своему окрашивает психотику, и многое становится тогда понятнее. Вспоминается, конечно, “структура психоза” Карла Бирнбаума, “патопластика” — т.е., внешние проявления болезни, обусловленные какими-то добавочными, привходящими моментами. Так, к примеру, в своем шизофреническом психозе пьянствующий шизофреник “видит” как бы “алкогольных чертей” и т.п. образы белой горячки. Шизофреническое алкогольно окрашивается. Здесь этот добавочный момент, фактор — органически огрубелая личностная почва. Больному 19 лет, мальчик, а выглядит на 25 — 30 лет. Пикно-атлетоидно-диспластического сложения. Грубоватое лицо. Сухаревская “рассеянная микроневрологическая симптоматика”. Душевная и телесная грубоватость. Плохо учился. Духовная ограниченность, примитивность. То, что называют: “врожденная органическая неполноценность”, “минимальная мозговая дисфункция”. Отсюда и примитивная упрощенность галлюцинаторных, парафренных расстройств. Везут его сюда, видит в окно, к сожалению, тюрьму, “соседку” больницы, и полагает, что его способности будут проверять в тюрьме, в больнице, и т.п.

Проступающий вперед достаточно отчетливо синтонный характерологический радикал в шизофренической личностной полифонии радикалов обещает, вместе с отмеченными особенностями телосложения, согласно “Прогностике эндогенных психозов” тоже германского клинициста Фридриха Мауца, более благоприятное течение шизофрении на этой гетерономной конституциональной почве. Клиницисты уже почти 80 лет убеждаются в том, как подтверждается эта закономерность, открытая Мауцем: у синтоноподобных-пикноподобных людей шизофрения течет благоприятнее.

Наконец, о шизофрении здесь говорят и детские ночные ужасы, abortивные онейроидные состоя-



ния-эпизоды (как будто бы не спал, а видел родителей на каком-то корабле и т.п.).

Какое отношение имеет к таким расстройствам психотерапия? Когда такой пациент в остром психотическом состоянии, психотерапия вряд ли ему поможет. Но на выходе из психоза возможно ему помочь особыми психиатрически-психотерапевтическими приемами осознать свои слабеющие, ослабевшие психотические расстройства и “размежевать” себя с ними, помочь скорее и отчетливее выйти из остатков психоза. С этими психотерапевтическими личностно-восстановительными приемами возможно познакомиться в проникновенно-классической работе их автора — доцента нашей кафедры (кафедра психотерапии РМАПО) Владимира Елизаровича Смирнова. Это глава о психотерапии психозов в 3-ем издании Руководства по психотерапии, 1985 год.

**А. Ю. Магалиф.** Подведем итог. Я согласен, что статус больного определяется становлением ремиссии. Почему становлением, а не ремиссией? Потому, что о стабильности ремиссии мы можем сказать через 2–3 месяца. Не исключено, что у него за это время состояние снова изменится.

Что можно отметить в статусе? Главное — критическое отношение к перенесенному психозу. Ни разу не прозвучал уклончивый ответ, ответ с сомнением. На первые же вопросы он ответил: “Бред, неадекватные действия”. Согласился с тем, что его надо было лечить в больнице. Дело в том, что глубина критики к болезни является наиболее важным критерием доброкачественности ремиссии. Это показатель степени отторжения психоза от личности, его гетерономности. Кроме того, это — показатель гармоничности личности. Меня так же, как и Марка Евгеньевича, несколько смутило то, что больной ничего не спросил нас о своей болезни, не поинтересовался своей дальнейшей судьбой, лечением. — Ведь он первый раз попал в психиатрическую больницу. Это можно толковать различно: и как элементы дефицитарности, и как интеллектуальное снижение, и как проявление инфантилизма. Я склоняюсь, скорее, к первому. Ярko проявился и феномен пресыщения: развалился, потух, потерял интерес к беседе. Нехороший симптом.

Что еще обращает внимание? Больной держится спокойно, уверенно, не стесняется большой аудитории, чувствуется, что у него действительно есть задатки лидера. Нет элементов гипертимии, так сказать, “хвоста” его маниакального состояния. Его ответы крайне лаконичны: “Да”, “нет”. Однако один раз я все же усмотрел ответ “мимо”.

Теперь квалификация его острого состояния. Обратимся к статусу при поступлении в больницу: формальная доступность, растерянность (т.е., аффект недоумения), речь с подбором слов (не очень характерно для чистой мании), многозначительность, подозрительность, нелепость в поведении (спрятался в шкаф для пищевых отходов (!), танцует обнажен-

ный на столе), дурашливость, сексуальная расторможенность, бредовая инсценировка с бредом протекции, преследования, бредовой централизацией. Разве можно назвать это состояние манией с бредом? Например, маниакальное состояние с бредовыми идеями изобретательства, реформаторства или любовным бредом? Нет, это полиморфное острое состояние, укладывающееся в маниакально-бредовой синдром. Даже диффузный бред преследования и галлюцинации были со знаком “плюс”: голоса повторяли “супер”, а преследователи готовили из него супер-агента, проверяя его способность маскироваться. Это было чистое маниакально-бредовое состояние, без инверсии фазы, без депрессивно-бредовых включений. Иначе обязательно появились бы элементы смешанного аффекта и антагонистического бреда. Однополюсность аффекта, а также отсутствие психических автоматизмов в данном случае говорит о прогностически благоприятном исходе.

Небольшое замечание. Здесь говорили о галлюцинозе. Галлюциноза у больного не было. Галлюциноз характеризуется массивностью и неотступностью обманов восприятия, как правило, заполняет всю клиническую картину. Здесь — частые, но рудиментарные галлюцинации.

Чему учит нас московская клиническая школа? — Тесной связи поперечного сечения болезни с ее динамикой. Если статус острый аффективно-бредовой, то почти наверняка в анамнезе обнаружатся аффективные фазы, а может быть и рудименты аффективно-бредовых расстройств. Что мы и видим в этом случае. С подросткового возраста у больного отмечаются гипертимия и субдепрессии, которые, однако, существенно не повлияли на его социальный статус. Принципиально другое состояние, экзacerbация болезни возникла за 2 месяца до поступления, когда появился неразвернутый депрессивно-бредовой синдром.

О нозологии. Проще всего сказать, что это шизоаффективный психоз, некое промежуточное, нозологически размытое образование между рекуррентной шизофренией и циркулярным психозом. Еще проще отнести это к приступообразно-прогредиентной шизофрении. Когда-то в клинике А. В. Снежневского ее называли легированной (сплавной) шизофренией. Считалось, что приступ рекуррентной шизофрении должен закончиться без дефекта, почти выздоровлением, приступ приступообразно-прогредиентной — совсем не обязательно. Позднее она объединила крепелиновские формы с формами течения и освободила врачей от необходимости тонкой клинической дифференцировки. Если есть хотя бы намек на аффективные расстройства, то случай относят к шубообразной шизофрении. К сожалению, те симптомы, о которых мы говорили, и которые отмечены в патопсихологическом исследовании, препятствуют тому, чтобы данный случай отнести к периодической шизофрении.

Теперь об органике. До развития эпи-синдрома органику можно было отнести к минимальной мозговой дисфункции (ММД). Однако в дальнейшем клиника и очаговость на ЭЭГ свидетельствовали о болезни. Я затрудняюсь точно квалифицировать эти состояния. Скорее всего, это — вариант эпи-синдрома с психотическими включениями в качестве эквивалентов. За это говорят пароксизмальность, возникновение при засыпании (как ночная эпилепсия), тоническая фаза приступа. Однако психические расстройства, если они были в рамках эпи-синдрома, должны были амнезироваться, а больной их хорошо помнит. Может быть, это вариант повторяющихся детских страхов, протекающих с помрачением сознания? Но эпи-синдром органической этиологии, безусловно, был. Злобность аффекта, абсансы, эпилептический энурез — это проявления эпилепсии.

Можно ли связать патогенетически органическую патологию и настоящий психоз? Я не усматриваю такой связи. Элементы органического фона, слегка проступающего и в психологическом исследовании, — да, а непосредственной связи нет. Главное, нет органической патопластики психоза. Почему бы не представить себе наличие двух заболеваний, тем более, что между ними большой временной интервал.

Несколько слов о прогнозе и терапии. Заболевание, скорее всего, будет рецидивировать. Учитывая биполярность аффекта и большую выраженность маниакальной фазы, необходимо лечение солями лития. Возможно и назначение карбамазепина. Я обычно осторожно отношусь к длительному применению карбамазепина в качестве тимостатика из-за многосторонности его фармакологического действия.

**СПЕЦИАЛИСТЫ  
НЕЗАВИСИМОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ РОССИИ**

**ведут прием граждан**

**по вопросам нарушения прав лиц с психическими расстройствами и их родственников  
(общественная приемная):**

*понедельник — с 10 до 13 час.; среда — с 15 до 18 час.*

Москва, Новый Арбат, 11, комн. 1922

М. “Арбатская”, напротив “Дома книги”

**Комиссия специалистов (по предварительному назначению)  
работает по вторникам с 16 до 20 час., там же.**

*Телефон для справок: (095) 291-9081; факс: 291-8469; E-mail: [ipar@aha.ru](mailto:ipar@aha.ru)*

*Адрес для корреспонденции: 103982, Москва, Лучников пер., д. 4, подъезд 3, к. 2,*

*Российский исследовательский центр по правам человека.*

**Консультации и комиссионный прием граждан проводятся бесплатно**

## Судебно-психиатрическая экспертиза по новому гражданско-процессуальному законодательству

Ю. Н. Аргунова

Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации, вступающий в силу с 1 февраля 2003 г. и пришедший на смену действующему с 1964 г. ГПК РСФСР, содержит ряд новаций.

Упразднен институт народных заседателей: дела в судах I инстанции будут рассматриваться судьями единолично либо коллегиально в составе трех профессиональных судей. Исключена возможность осуществления судами общей юрисдикции и арбитражными судами “двойной” судебной практики по одним и тем же делам. Установлены иные сроки рассмотрения и разрешения гражданских дел. Изменен и расширен перечень лиц, которые не подлежат допросу в качестве свидетелей, а также определен круг лиц, которые вправе отказаться от дачи свидетельских показаний. Предусмотрен новый вид доказательств — аудио- и видеозапись. Меняется роль прокурора в гражданском процессе, в частности заявление в защиту прав, свобод и законных интересов гражданина может быть подано прокурором только в случае, если гражданин по состоянию здоровья, возрасту, недееспособности и другим уважительным причинам не может сам обратиться в суд.

Введен, наконец, порядок рассмотрения дел о принудительной госпитализации гражданина в психиатрический стационар и о принудительном психиатрическом освидетельствовании. Имеются в виду случаи оказания психиатрической помощи без согласия гражданина или его законного представителя в соответствии с Законом о психиатрической помощи, принятые на практике именоваться госпитализацией или освидетельствованием в недобровольном порядке.

Некоторые коррективы внесены и в институт экспертизы.

Название ст. 79 ГПК РФ “Назначение экспертизы” является более точным по сравнению с названием соответствующей ей ст. 74 ГПК РСФСР “Назначение экспертов...” Действительно, вначале суд должен принять решение о необходимости самого процессуального действия (экспертизы), без которого нельзя разрешить дело по существу, и только затем определить кому следует поручить проведение этой экспертизы.

Согласно ч. 1 ст. 79 нового ГПК “проведение экспертизы может быть поручено *судебно-экспертному учреждению, конкретному эксперту или нескольким экспертам*”. Указанная формулировка несколько отличается от формулировки ст. 75 ГПК РСФСР, в со-

ответствии с которой “экспертиза производится экспертами соответствующих учреждений либо иными специалистами, назначенными судом”. При этом в ст. 75 далее разъясняется, что в качестве эксперта может быть вызвано любое лицо, обладающее необходимыми познаниями для дачи заключения.

В связи с этим возникают два вопроса. Во-первых, почему в тексте ст. 79 отсутствует термин “специалист” и, во-вторых, кто же такой эксперт, кто теперь может им именоваться и должен ли этот “конкретный эксперт” (или “несколько экспертов”), о котором говорится в ст. 79, иметь лицензию?

Следует признать, что ранее в процессуальном законодательстве правовое положение специалиста не было урегулировано, поэтому одни суды допрашивали его в качестве свидетеля, другие — как эксперта. Новый ГПК РФ, вслед за новым УПК РФ, предпринял попытку обособить эту процессуальную фигуру, регламентировав ее правовой статус. Как указано в ст. 188 ГПК РФ, суд может привлекать специалистов для получения консультаций, пояснений и оказания непосредственной технической помощи в необходимых случаях при осмотре письменных или вещественных доказательств, воспроизведении аудио- или видеозаписи, *назначении экспертизы*, допросе свидетелей, принятии мер по обеспечению доказательств.

Специалист дает суду консультацию в устной или письменной форме, исходя из профессиональных знаний, без проведения специальных исследований, назначаемых на основании определения суда. Консультация, данная в письменной форме, оглашается в судебном заседании и приобщается к делу. Устные консультации и пояснения заносятся в протокол судебного заседания.

В целях разъяснения и дополнения консультации специалисту могут быть заданы вопросы. Первым задает вопросы лицо, по заявлению которого был привлечен специалист, представитель этого лица, а затем задают вопросы другие лица, участвующие в деле, их представители. Специалисту, привлеченному по инициативе суда, первым задает вопросы истец, его представитель. Судьи вправе задавать вопросы специалисту в любой момент его допроса.

Однако в ст. 188 ГПК РФ, к сожалению, не определены права специалиста, что невыгодно отличает ее

от ст. 58 УПК РФ, четко оговаривающей, что вправе и не вправе делать специалист.

Отделив таким образом специалиста от эксперта, законодатель в то же время не внес ясности в вопрос о том, каким формальным критериям должен соответствовать потенциальный эксперт, если он не является сотрудником судебно-экспертного учреждения. Если ранее (см. ст. 75 ГПК РСФСР) он мог быть “иным специалистом, назначенным судом”, “любым лицом, обладающим необходимыми познаниями”, то теперь предельная лаконичность формулировки ст. 79 нового ГПК, неизменное употребление одного лишь термина “эксперт” без его определения (как это сделано в УПК РФ) придали этой фигуре ненужную таинственность. Это обстоятельство, в свою очередь, может привести к субъективизму, необоснованным отказам со стороны суда в назначении в качестве эксперта того или иного психиатра, в участии которого в СПЭ заинтересованы одни участвующие в деле лица, о чем они и ходатайствуют перед судом, и не заинтересованы другие, оспаривая такое ходатайство всеми правдами и неправдами.

Разумеется, для того, чтобы быть назначенным в качестве эксперта, лицо должно обладать необходимыми специальными знаниями для дачи заключения. Вопрос о том, в чем должны заключаться “специальные знания” эксперта-психиатра мы уже подробно рассматривали на страницах нашего журнала<sup>1</sup> и продолжаем придерживаться высказанной нами позиции.

Однако к вопросу о лицензировании судебно-психиатрической экспертной деятельности мы вынуждены вернуться снова в связи с необходимостью ответить на часто возникающий вопрос: должен ли врач-психиатр, которому суд намерен поручить производство СПЭ (или включить его в состав комиссии экспертов), иметь лицензию на право проведения СПЭ при том, что он не является сотрудником судебно-экспертного учреждения?

Ответ на этот вопрос содержится в законодательстве о лицензировании. Согласно Федеральному закону “О лицензировании отдельных видов деятельности” экспертная деятельность как таковая не входит в перечень видов деятельности, на осуществление которой требуется лицензия. Лицензированию должна подлежать, в частности медицинская деятельность.

На основании названного закона постановлением Правительства РФ от 4 июля 2002 г. № 499 утверждено Положение о лицензировании медицинской деятельности.<sup>2</sup> Согласно Положению, медицинская деятельность включает выполнение медицинских работ и

услуг по оказанию доврачебной, скорой и неотложной, амбулаторно-поликлинической, санаторно-курортной, стационарной медицинской помощи по соответствующим медицинским специальностям, включая проведение профилактических медицинских, диагностических и лечебных мероприятий и медицинских экспертиз, применение методов традиционной медицины, а также заготовку органов и тканей в медицинских целях.

В соответствии с указанным постановлением Правительства РФ приказом Минздрава России от 26 июля 2002 г. № 238 “Об организации лицензирования медицинской деятельности” утверждена Номенклатура работ и услуг по оказанию соответствующей медицинской помощи<sup>3</sup>. В разделе “Прочие работы и услуги” под № 06.027 в Номенклатуре обозначены “работы и услуги по судебно-психиатрической экспертизе”, лицензирование которых, как указано, осуществляет Минздрав России.

Однако на кого такое лицензирование должно распространяться? На всех ли обладающих специальными знаниями врачей-психиатров, которым может быть поручено проведение СПЭ? Отнюдь нет. Положение о лицензировании медицинской деятельности<sup>4</sup>, как указано в п. 1 этого документа, определяет порядок лицензирования медицинской деятельности, осуществляемой на территории Российской Федерации **юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями**. А это означает, что врач-психиатр, не являющийся сотрудником судебно-экспертного учреждения и не имеющий частного бюро, осуществляющего работы и услуги по СПЭ, может быть назначен судом в качестве эксперта, в том числе в составе комиссии из нескольких экспертов, на вполне законных основаниях, т.е. при отсутствии лицензии.

В этом случае суд вносит в определение о назначении экспертизы фамилию данного врача-психиатра, после чего он приобретает статус эксперта в процессуальном значении этого слова.

Если лицо, участвующее в деле, ходатайствует о поручении экспертизы, например врачам-психиатрам Независимой психиатрической ассоциации России, то в его ходатайстве, а затем и в определении суда должна быть указана фамилия (фамилии) конкретного врача-психиатра — члена Ассоциации. Формулировка о поручении производства СПЭ экспертам НПА России (без указания фамилий конкретных лиц),

<sup>3</sup> Российская газета, 2002, 23 октября

<sup>4</sup> Положение о порядке выдачи лицензий на деятельность по оказанию психиатрической помощи для государственных, негосударственных психиатрических, психоневрологических учреждений, частнопрактикующих врачей-психиатров, утвержденное постановлением Правительства РФ от 28 апреля 1993 г. № 377 “О реализации Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, утратило силу в соответствии с постановлением Правительства РФ от 8 мая 2002 г. № 302 “Об изменении и признании утратившими силу некоторых решений Правительства РФ по вопросам лицензирования отдельных видов деятельности” (Российская газета, 2002, 21 мая).

<sup>1</sup> *Аргунова Ю. Н.* Эксперт-психиатр. Кто он? (О правомерности судебно-экспертной деятельности НПА России) // Независимый психиатрический журнал, 2001, № II, с. 35 – 37.

<sup>2</sup> Собрание законодательства РФ, 2002, № 27, ст. 2710 или Российская газета, 2002, 11 июля. Соответственно прежнее Положение о лицензировании медицинской деятельности, утвержденное постановлением Правительства РФ от 21 мая 2001 г. № 402, утратило силу.

которая не является судебно-экспертным учреждением и не занимается никакой предпринимательской деятельностью, будет, с точки зрения процессуального законодательства, некорректной.

Помимо фамилии, имени и отчества эксперта либо наименования экспертного учреждения, которому поручается проведение экспертизы, в определении о назначении экспертизы суд указывает наименование суда; дату назначения экспертизы; наименования сторон по рассматриваемому делу; наименование экспертизы; факты, для подтверждения или опровержения которых назначается экспертиза; вопросы, поставленные перед экспертом; представленные эксперту материалы и документы для сравнительного исследования; особые условия обращения с ними при исследовании, если они необходимы; наименование стороны, которая производит оплату экспертизы (ст. 80 ГПК РФ). В определении суда также указывается, что за дачу заведомо ложного заключения эксперт предупреждается судом или руководителем судебно-экспертного учреждения, если экспертиза проводится специалистом этого учреждения, об ответственности, предусмотренной УК РФ.

Статья 79 ГПК РФ более емко определяет права лиц, участвующих в деле, в период назначения, производства и окончания экспертизы. Стороны, другие участвующие в деле лица имеют право просить суд назначить проведение экспертизы в конкретном судебно-экспертном учреждении или *поручить ее конкретному эксперту*; заявлять отвод эксперту; формировать вопросы для эксперта; знакомиться с определением суда о назначении экспертизы и со сформулированными в нем вопросами; *знакомиться с заключением эксперта*; ходатайствовать перед судом о назначении повторной, дополнительной, комплексной или комиссионной экспертизы.

Лица, участвующие в деле, вправе присутствовать при проведении экспертизы, за исключением случаев, если такое присутствие может помешать исследованию, совещанию экспертов и составлению заключения (ч. 3 ст. 84 ГПК РФ). Такое исключение, как представляется, в полной мере относится к производству СПЭ.

При уклонении сторон от участия в экспертизе, непредставлении экспертам необходимых материалов и документов для исследования и в иных случаях, если по обстоятельствам дела и без участия этой стороны экспертизу провести невозможно, суд в зависимости от того, какая сторона уклоняется от экспертизы, а также какое для нее она имеет значение, вправе признать факт, для выяснения которого экспертиза была назначена, установленным или опровергнутым.

Такое правило не распространяется, разумеется, на дела о признании гражданина, страдающего психическим расстройством, недееспособным. При явном уклонении данного гражданина от прохождения СПЭ суд в судебном заседании с участием прокурора и психиатра может вынести определение о принудительном направлении гражданина на СПЭ (ст. 283 ГПК РФ). По ГПК РСФСР (ст. 260) суд мог вынести такое определение лишь в исключительных случаях.

В новом ГПК, как и в УПК РФ, впервые регламентировано назначение и производство комплексной и комиссионной экспертиз.

*Комплексная* экспертиза, согласно ст. 82 ГПК РФ, назначается, если установление обстоятельств по делу требует одновременного проведения исследований с использованием различных областей знания или с использованием различных научных направлений в пределах одной области знания.

Комплексная экспертиза поручается нескольким экспертам. По результатам проведенных исследований эксперты формулируют общий вывод об обстоятельствах и излагают его в заключении, которое подписывается всеми экспертами. Эксперты, которые не участвовали в формулировании общего вывода или не согласны с ним, подписывают только свою исследовательскую часть заключения.

*Комиссионная* экспертиза назначается для установления обстоятельств двумя или более экспертами в одной области знания.

Эксперты совещаются между собой и, придя к общему выводу, формулируют его и подписывают заключение. Эксперт, не согласный с другим экспертом или другими экспертами, вправе дать отдельное заключение по всем или отдельным вопросам, вызвавшим разногласия (ст. 83 ГПК РФ).

СПЭ проводится экспертами судебно-психиатрических учреждений по поручению руководителей этих учреждений или иными экспертами, которым она поручена судом. При этом ГПК не указывает на то, что эти учреждения должны быть непременно государственными. И это понятно. Такие учреждения могут быть и негосударственными, например муниципальными, как об этом говорится, в частности, в ст. 52 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан<sup>5</sup>.

Экспертиза проводится в судебном заседании или вне заседания, если это необходимо по характеру исследований либо при невозможности или затруднении доставить материалы или документы для исследования в заседании.

Обязанности и права эксперта предусматривает ст. 85 нового ГПК. Эксперт обязан принять к производству порученную ему судом экспертизу и провести полное исследование представленных материалов и документов; дать обоснованное и объективное за-

<sup>5</sup> Следует вместе с тем заметить, что ст. 52 Основ, устанавливающая, что СПЭ «производится в предназначенных для этой цели учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения», как бы исключает возможность проведения СПЭ частными бюро экспертиз, индивидуальными предпринимателями, другими экспертами, не являющимися сотрудниками судебно-экспертных учреждений и не занимающимися предпринимательской деятельностью в этой сфере, что вступает в противоречие с новейшим процессуальным и иным законодательством. Следовательно, ст. 52 Основ должна быть приведена в соответствие с УПК и ГПК РФ, Федеральными законами «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» и «О лицензировании отдельных видов деятельности».

ключение по поставленным перед ним вопросам и направить его в суд, назначивший СПЭ; явиться по вызову суда для личного участия в судебном заседании и ответить на вопросы, связанные с проведенным исследованием и данным им заключением.

Здесь необходимо заметить, что последняя из перечисленных обязанностей эксперта текстуально заметно отличается от соответствующей обязанности, предусмотренной в ст. 180 ГПК РСФСР “Допрос экспертов”, а также ст. 187 ГПК РФ. В соответствии со ст. 180 старого ГПК и ст. 187 нового ГПК эксперту в суде могут быть заданы вопросы лишь “в целях разъяснения и дополнения” данного им заключения. Согласно же ст. 85 нового ГПК, вопросы эксперту могут задаваться в более широком диапазоне, т.е., как уже указывалось, быть “связанными с проведенным исследованием”, а значит не исключено, что они могут касаться событий и обстоятельств, сообщенных эксперту испытуемым в период проведения экспертизы и не подлежащих по действующим правовым и этическим нормам разглашению этим экспертом. Новая редакция этой нормы, таким образом, не устанавливает четких пределов дозволенности при формулировании вопросов перед экспертами в суде, что грозит произволом как в отношении эксперта, так и в отношении подэкспертного. Не следует забывать, что согласно ст. 31 ФЗ “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации” эксперт не может быть допрошен по поводу получения им от лица, в отношении которого он производил судебную экспертизу, сведений, не относящихся к предмету данной судебной экспертизы.

Далее в ст. 85 ГПК РФ об обязанностях и правах эксперта указывается, что в случае, если поставленные вопросы выходят за пределы специальных знаний эксперта либо материалы и документы непригодны или недостаточны для проведения исследования и дачи заключения, эксперт обязан направить в суд, назначивший экспертизу, мотивированное сообщение в письменной форме о невозможности дать заключение.

В указанной норме нового ГПК мы не находим, однако, еще одного основания, по которому эксперт, руководствуясь ч.3 ст. 76 прежнего ГПК, мог отказаться от дачи заключения. Эксперт был вправе так поступить, “если он не обладал необходимыми знаниями для выполнения возложенной на него обязанности”. Лишение эксперта такого права представляется несколько абсурдным и может сказаться в итоге на качестве проводимых экспертиз.

Статья 85 ГПК РФ предусматривает и другие обязанности эксперта. Он не вправе самостоятельно собирать материалы для проведения экспертизы; вступать в личные контакты с участниками процесса, если это ставит под сомнение его незаинтересованность в исходе дела; разглашать сведения, которые стали ему известны в связи с проведением экспертизы, или сообщать кому-либо о результатах экспертизы, за исключением суда, ее назначившего.

Эксперт, поскольку это необходимо для дачи заключения, имеет право знакомиться с материалами

дела, относящимися к предмету экспертизы; просить суд о предоставлении ему дополнительных материалов и документов для исследования; задавать в судебном заседании вопросы лицам, участвующим в деле, и свидетелям; ходатайствовать о привлечении к проведению экспертизы других экспертов.

Имеют некоторую уязвимость, на наш взгляд, основания для отвода эксперта (ст. 16, 18 ГПК РФ). Эксперт подлежит отводу, если он:

- при предыдущем рассмотрении данного дела участвовал в нем в качестве прокурора, секретаря судебного заседания, представителя, свидетеля, специалиста, переводчика;

- является родственником или свойственником кого-либо из лиц, участвующих в деле, либо их представителей;

- лично, прямо или косвенно заинтересован в исходе дела либо имеются иные обстоятельства, вызывающие сомнение в его объективности и беспристрастности;

- состоит в родстве с лицом, входящим в состав суда, рассматривающего дело;

- находился либо находится в служебной или иной зависимости от кого-либо из лиц, участвующих в деле, их представителей.

При наличии указанных обстоятельств эксперт обязан заявить самоотвод.

Участие эксперта в предыдущем рассмотрении данного дела в качестве эксперта не является основанием для его отвода.

При анализе этих оснований и сравнении норм старого и нового процессуального законодательства, их предусматривающих, возникают два вопроса.

Во-первых, по какой причине обнаружившаяся некомпетентность эксперта перестала быть основанием для его отвода (как известно, ст. 20 ГПК РСФСР предусматривает такое основание)? Возможность эксперта после обнаружения, а возможно даже при явной демонстрации в суде своей некомпетентности продолжать участвовать в рассмотрении дела, так же как и невозможность своевременного отказа самим экспертом от дачи заключения, если он не обладает необходимыми знаниями, о чем говорилось ранее, является, по нашему мнению, регрессом в развитии процессуального законодательства.

Во-вторых, насколько логично правило, согласно которому эксперт, ранее участвовавший в рассмотрении данного дела, может снова быть экспертом при его новом рассмотрении, а вот если лицо участвовало ранее в деле в качестве специалиста, то теперь уже экспертом по этому же делу быть не может, так же как и не может выступать в качестве специалиста лицо, если первоначально оно проводило экспертизу? То есть эксперт может быть снова только экспертом, но не специалистом, а специалист может быть снова специалистом, но никак не экспертом. Позиция законодателя в этом вопросе представляется не безупречной.

Статья 86 ГПК РФ посвящена заключению эксперта. Заключение дается экспертом в письменной форме. Оно должно содержать подробное описание проведенного исследования, сделанные в результате его

выводы и ответы на поставленные судом вопросы. В случае, если эксперт при проведении экспертизы установит имеющие значение для рассмотрения и разрешения дела обстоятельства, по поводу которых ему не были поставлены вопросы, он вправе включить выводы об этих обстоятельствах в свое заключение.

Последнее правило является чрезвычайно важным для обеспечения реализации своих прав гражданами с психическими расстройствами, например по делам о действительности совершенных ими имущественных сделок, о признании их недееспособными (или дееспособными). Одним из таких, «имеющих значение для рассмотрения и разрешения дела обстоятельств», по поводу которого эксперту, как правило, вопрос не ставится, является возможность гражданина, в отношении которого рассматривается дело о признании его недееспособным (или, наоборот, дееспособным), присутствовать в судебном заседании. От личного присутствия самого гражданина в суде, возможности давать объяснения по делу напрямую зависит исход судебного процесса, зачастую спровоцированного меркантильными родственниками этого гражданина. По правилам ч. 1 ст. 284 ГПК РФ такой гражданин должен быть вызван в судебное заседание, если это возможно по состоянию его здоровья. Однако на практике это предписание закона, как правило, не исполняется. Вывод эксперта, сделанный им в своем заключении по личной инициативе, в частности о том, что гражданин по своему психическому состоянию может участвовать в судебном заседании, будет иметь для гражданина огромное значение, что подтверждается конкретными примерами из практики НПА России.

Как известно, заключение эксперта является одним из источников доказательств по делу и для суда необязательно.

Суд оценивает доказательства по своему внутреннему убеждению, основанному на всестороннем, полном, объективном и непосредственном исследовании имеющихся в деле доказательств. Суд оценивает относимость, допустимость, достоверность каждого доказательства в отдельности, а также достаточность и взаимную связь доказательств в их совокупности. Результаты оценки доказательств суд обязан отразить в решении, в котором приводятся мотивы, по которым одни доказательства приняты в качестве средств обоснования выводов суда, другие доказательства отвергнуты судом, а также основания, по которым одним доказательствам отдано предпочтение перед другими (см. ст. 86, 55, 65 ГПК РФ).

Суд при рассмотрении дела обязан непосредственно исследовать доказательства по делу, включая заключения экспертов, консультации и пояснения специалистов, ознакомиться с письменными доказательствами и др. (ст. 157 ГПК РФ).

В случаях недостаточной ясности или неполноты заключения эксперта суд может назначить *дополнительную экспертизу*, поручив ее проведение тому же или другому эксперту.

В связи с возникшими сомнениями в правильности или обоснованности ранее данного заключения,

наличием противоречий в заключениях нескольких экспертов суд может назначить по тем же вопросам *повторную экспертизу*, проведение которой поручается другому эксперту или другим экспертам.

В определении суда о назначении дополнительной или повторной экспертизы должны быть изложены мотивы несогласия суда с ранее данным заключением эксперта или экспертов (ст. 87 ГПК РФ).

Эксперты, специалисты, как и участвующие в деле лица, извещаются или вызываются в суд заказным письмом с уведомлением о вручении, телефонограммой или телеграммой, по факсимильной связи либо с использованием иных средств связи и доставки, обеспечивающих фиксирование судебного извещения или вызова и его вручения адресату (ст. 113 ГПК РФ).

В случае неявки в судебное заседание экспертов, специалистов суд выслушивает мнение лиц, участвующих в деле, о возможности рассмотрения дела в отсутствие экспертов и специалистов и выносит определение о продолжении судебного разбирательства или о его отложении.

В случае, если вызванный эксперт, специалист не явился в судебное заседание по причинам, признанным судом неуважительными, он может быть подвергнут штрафу в размере до 10 минимальных размеров оплаты труда (ст. 168 ГПК РФ).

Председательствующий разъясняет эксперту и специалисту их права и обязанности, а также предупреждает эксперта об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения, о чем у него берется подписка, которая приобщается к протоколу судебного заседания (ст. 171 ГПК РФ).

Заключение эксперта оглашается в судебном заседании. В целях разъяснения и дополнения заключения эксперту могут быть заданы вопросы. Первым задает вопросы лицо, по заявлению которого назначена экспертиза, его представитель, а затем задают вопросы другие лица, участвующие в деле, их представители. В случае, если экспертиза назначена по инициативе суда, первым задает вопросы эксперту истец, его представитель. Судьи вправе задавать вопросы эксперту в любой момент его допроса.

Заключение эксперта исследуется в судебном заседании, оценивается судом наряду с другими доказательствами и *не имеет для суда заранее установленной силы*. Несогласие суда с заключением эксперта должно быть мотивировано в решении суда по делу либо в определении суда о назначении дополнительной или повторной экспертизы (ст. 187 ГПК РФ).

Экспертам, специалистам возмещают понесенные ими в связи с явкой в суд расходы на проезд и проживание, а также выплачиваются суточные.

Эксперты, специалисты получают вознаграждение за выполненную ими по поручению суда работу, если эта работа не входит в круг их служебных обязанностей в качестве работников госучреждения. Размер вознаграждения определяется судом по согласованию со сторонами и по соглашению с экспертами и специалистами (ст. 95 ГПК РФ).

## Иск в суд на Библию и на тех, кто сочтет это безумием

От редактора. Заурядные картины современной российской действительности еще лет 15 назад смотрелись бы как безвкусный гротеск начинающего литератора. Нечаевщина, азефовщина, зубатовщина померкли, лишившись всякой уникальности, не составляя уже контраста с фоном нашей повседневной жизни. Провокация — ее излюбленный прием. В. В. Розанов уже не “юродивый русской литературы”. Александр Теняков — уже не “Смердяков русской поэзии”, лексика “юнкерских стихов” вышла из подполья, а психологический роман сменился сексологическим. Любая галиматья находит спрос. Но дело, которое мы здесь представим, оказалось и для нашего времени особенным и пока полуостребованным.

Главный редактор “русской национал-патриотической газеты” “Алекс-Информ”\* Олег Вячеславович Киттер\*\* опубликовал призыв возбудить уголовное дело против Библии. Публикация в газете (девиз которой “ЗА ВЕРУ И ОТЕЧЕСТВО!”) делает понимание священного писания главным редактором фактором общественной жизни. Приведем фрагмент текста Киттера:

“...В Библии, а точнее в “Ветхом завете” в разделе “ВТОРОЗАКОНИЕ” (второе вымышленное название “Пятая книга Моисея”) черным по белому многомиллионным тиражом разжигается национальная и религиозная вражда...

В разделе 14, аб. 21: “Не ешьте никакой мертвечины; иноземцу, который случится в жилищах твоих, отдай ее, он пусть ест ее, или продай ему, ибо ты народ святой у Господа, Бога твоего...”

Несмотря на это, евреям и иудеям доверяют работать в СЭС, системе общественного питания, пищевой промышленности, центрах социальной помощи и т.д. Евреи призывают травить нас и наших детей как “зверей” пищей животных, умерших от болезней, призывают разделить питание по национальному признаку (что происходит сейчас в специальных столовых только для евреев, спец. школах и детских садах для евреев, это однозначно разжигает и провоцирует национальную вражду, может повлечь погромы и желание травить евреев. И этого евреям (подчеркиваю, евреям, а не древним иудеям, т.к. именно с ведома современных евреев до сих пор распространяется эта шовинистская чушь национального превосходства) все еще мало, они усугубляют вражду тем, что разжигают религиозную вражду и призывают к откровенному убийству иноверцев. Так:

Раздел 13 подзаголовок “Если пророк призывает тебя поклоняться иным богам — убей его...”. “Если твои родные призывают тебя поклоняться иным богам — убей их”.

Из текста видно, что богоизбранные намерены нас поголовно убить, отравить, истребить, уничтожить, погубить, проклясть, наслать болезни, изгнать, отнять у нас земли и собственность, мстить нам и сжечь наши святыни”.

Мы видим буквальное восприятие текста Ветхого завета. Но почему автор умалчивает о таких же “императивах” Нового завета? Или он не читал его?

“Если же правый глаз твой соблазняет тебя, вырви его и брось от себя: ибо лучше для тебя, чтобы погиб один из членов твоих, а не все тело твое было ввержено в геенну.

И если правая рука твоя соблазняет тебя, отсеки ее и брось от себя: ибо лучше для тебя, чтобы погиб один из членов твоих, а не все тело твое было ввержено в геенну” (Мф. 5, 27 – 31; ср. Мк. 19, 43 – 48).

“Если кто приходит ко Мне, и не возненавидит отца своего и матери, и жены и детей, и братьев и сестер, а при том и самой жизни своей, тот не может быть Моим учеником” (Лк. 14, 26).

Это говорит Иисус.

Обращение Киттера содержит следующие требования.

“ПРОШУ:

По факту распространения “Второзакония” (в Библии) возбудить уголовное дело и признать данное шовинистское писание “Второзаконие” (“Пятая книга Моисея”) — литературой, разжигающей национальную и религиозную вражду, путем проведения соответствующих экспертиз.

Запретить изготавливать и распространять данную литературу, как разжигающую национальную и религиозную вражду. Из “Ветхого Завета” исключить “Второзаконие”.

Изъять из продажи Библию со “Второзаконием” как литературу, разжигающую национальную и религиозную вражду.

Виновных лиц (после признания литературы запрещенной), производящих и распространяющих “Второзаконие”, привлечь к уголовной ответственности за разжигание национальной и религиозной вражды по ст. 282 УК РФ.

С данным заявлением ознакомить подчиненных Вам прокуроров городов и районов...”



## Комментарий к статье Киттера московского религиоведа Георгия Еремеева

“Хотя рецензент не является профессиональным психиатром, очевидно, что заявление Киттера (в дальнейшем — К.) написано по меньшей мере психически нездоровым человеком. К. совершенно не обладает элементарными знаниями о предмете, о котором пишет, — т.е. священных текстах иудейской и христианской религий. Об этом свидетельствует его замечание о вымышленном названии Второзакония, как “Пятой книги Моисеевой”, название книги Ветхого Завета “разделом”, указание на какие-то подзаголовки в библейских главах, словно они присутствуют в библейском тексте (вероятно, К. основывался на одном из изданий Библии, где для удобства тексте приданы подзаголовки, а также ссылки на текст путем нумерации абзацев вместо традиционных библейских ссылок. Возникает впечатление, что Библия впервые попала в руки К. На протяжении всего текста идет немотивированный перенос содержания библейского текста на современную экономическую и политическую ситуации в России. К содержанию древнего библейского текста применяется понятие “неконституционность”. В качестве адресата библейских указаний указываются российские граждане. К. противопоставляет Бога еврейских писаний Иисусу Христу, что было характерно для ранних сект, в частности, маркионитов, осужденных христианской церковью как еретиков. Еврейские писания, в т.ч. книга Второзаконие, под названием “Ветхий Завет”, вошли в канон христианской Библии и признаны священными книгами. Таким образом, автором наносится оскорб-

ление не только иудейской, но и христианской религии. Это было бы еще как-то логически оправданно, если бы автор относил себя к язычеству, но постоянное апеллирование к Иисусу Христу такого вывода сделать не позволяет. Таким образом, выбор книги “Второзаконие” в качестве объекта критики носит случайный, хотя и эмоционально-агрессивный характер. Дополнительным свидетельством психической неуравновешенности К. являются вводимые им бессмысленные идеологизмы (например, “иудосионисты”, “шизобред”), обращение не к конкретному прокурору, а ко всем прокурорам сразу, болезненные пророчества и советы относительно дальнейших действий прессы и судебных органов, предлагаемые им цитаты к использованию в СМИ, с характерными для них навязчивыми повторами и болезненными образами (“мертвечина”, “пропитано ядом”), алогичные фразы (например, “брошюрами, изготовленных в виде констатации фактов без личных выводов”). С нашей точки зрения, К. нуждается в неотложной медицинской помощи.

### Из заявления Киттера в Федеральный суд Октябрьского р-на г. Самары

... В результате распространения сведений, не соответствующих действительности, задевающих мою честь и достоинство, мне причинен моральный вред в виде нравственных страданий. Сумму морального вреда я оцениваю в 1 миллион рублей.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА-ПСИХИАТРА на материалы по делу Киттера Олега Вячеславовича против редакции самарской газеты “Суббота”, рассматриваемому в Федеральном суде Октябрьского р-на г. Самары

Настоящее заключение дано 20 сентября 2002 г. мною,

**САВЕНКО Юрием Сергеевичем**, психиатром высшей квалификационной категории с 41-летним стажем, ст.н.с., к.м.н., консультантом ГКБ № 50, президентом Независимой психиатрической ассоциации России,

по запросу адвоката Новицкого Владимира Михайловича

на основании:

1) перепечатки текста статьи Киттера О. В.: “Подарок “Богоизбранным”. К выходу закона о противодействии экстремизму. Заявление всем региональным прокурорам России от Киттера Олега Вячеславовича. О возбуждении уголовного дела по факту

*разжигания национальной и религиозной вражды*” из газеты “Алекс-информ” (Самара), 2002, № 13;

2) перепечатки текста статьи “*Киттер призывает к ответу... авторов Библии*” из газеты “Суббота” № 31 (431) от 3 августа 2002 г., стр. 2, представляющей комментарий вышеуказанной статьи Киттера московским религиоведом Георгием Еремеевым;

3) перепечатки искового заявления Киттера О. В. о защите чести и достоинства и взыскании морального вреда в Федеральный суд Октябрьского района г. Самары;

4) отдельных экземпляров газеты “Алекс-информ”: за 1999 г., № 7 (66); за 2000 г., № 12 (71); за 2001 г. № 1 (84), № 5 (88), № 6 (89), № 9 (92), № 10

(93), № 11 (94), № 13 (95), № 15 (96), № 16 (97), № 17 (98), № 18 (99);

для ответа на вопрос: имеются ли в этих материалах основания предполагать наличие у Киттера О. В. психических расстройств, которые бы определяли его печатную продукцию?

Из перечисленных выше материалов, представленных на рассмотрение, психопатологический интерес имеют тексты, фигурирующие в 1-ом и 4-ом пунктах. Центральным для данного дела является «Обращение Киттера ко всем региональным прокурорам России». Этот текст на 5,5 страницах необычен по жанру и стилю для обращений или заявлений в юридические инстанции. Это, скорее, пропагандистская листовка для населения, а не обращение к прокурорам, тем более, что текст напечатан в газете в ярко демонстративном стиле. Необычна и его композиция: изложив существо вопроса в своем видении и пять императивно сформулированных просьб, автор неожиданно удваивает текст некой информационной справкой доморощенного характера, в которой пытается навязать свои юридические представления также, как в первой части подменял религиоведа. Далее следует раздел под названием «Вместо предисловия. Что делать?», в котором подчеркнута и без того набранное жирным шрифтом требование: разослать во все районные и городские суды, ОВД, прокуратуры и епархии». Заключительная часть текста написана в особенно разухабистом и сугубо манипулятивном политическом стиле: «представители духовенства ... попадут в дурацкое положение» и т.п.; град грубых ругательств в адрес Второзакония; «если телевидение оставит без внимания этот важный вопрос (мошеничество двух тысячелетий), то тогда надо будет вести листовочную борьбу».

Суть дела достаточно проста: отповедь религиоведа на откровенную провокацию журналиста становится основанием для очередной провокации журналиста в виде подачи иска в суд. Это сознательная провокация, то есть, провокация в буквальном смысле слова, что означает «побуждать к ответному действию». Киттер преподносит свои идеи в гротескно «сумасшедшем» ключе с тем, чтобы придаться к квалификации «бред». Я назвал его «провокатором», он подаст иск за это именование. Вы назовете его «преступником», он подаст иск за это. Людей, использующих такую тактику, разумнее игнорировать, чем ввязываться в то, на что они намеренно вас толкают. На самом деле им и выигрыш не очень нужен, им достаточно горячить тему. Таким образом, статья Киттера либо рефлексивная игра сознательного провокатора, либо действительно перед нами нарушения мышления, удостоверить которые могла бы соответствующая экспертиза.

Публичное именование человека психически больным является преступлением только со стороны психиатра, как нарушающего врачебную тайну. В

устах других специалистов это не более как общепринятая метафора или гипербола: «бредом» в просторечии называют высшую меру нелепости. Это мы и имеем в данном случае. Статья Киттера в самом деле гротескная нелепость, то есть, заведомо «бред» в непрофессиональном использовании этого слова.

Здесь можно спорить только в отношении меры грубости лексического выбора: ведь можно сказать «лицо», а можно «морда». Но что делать, если лицо в самом деле «как морда»? Однако Г. Еремеев использует очень спокойную мягкую форму выражения: он не называет заявление Киттера «бредом», — а пишет «заявление Киттера написано по меньшей мере психически нездоровым человеком». Уже этим дается понять, что выбирается наиболее извинительная квалификация заявлений Киттера.

Однако как психиатр могу заявить суду, что с полной достоверностью исключить у Киттера бред в профессиональном смысле слова смогла бы только комплексная психолого-психиатрическая экспертиза. Таких дел, как дело Киттера, относительно немного именно потому, что не все готовы подвергнуться такой экспертизе.

Между тем, сам Киттер не церемонится с выражениями. Их сознательно оскорбительный характер следует из их полной несовместимости. Так, Второзаконие для него это и «учебник начинающего фашиста, инструмент для палачей, учебник, как и за что убивать людей, учебник богоизбранных канибалов, закон людоедов, ... инструмент убийц», и в то же время «шизобред богоизбранных», но это еще «пропитано ядом, пахнет мертвечиной, на свалку истории», а также «иудеи — убийцы людей», «хочешь стать убийцей — читай Второзаконие». Но эта полная несовместимость, эта «окрошка» может интерпретироваться и чисто психопатологически, как нарушения мышления типа категориальной нечеткости, смешения понятия, аффективного соскальзывания с одного логического основания на другие.

Что касается последней фразы Г. Еремеева: «С нашей точки зрения, Киттер нуждается в неотложной медицинской помощи», то это очевидным образом юмористический полемический прием, тем более, что сказано «с нашей точки зрения», то есть с точки зрения религиоведа. Это буквальное восприятие Киттером юмора стоит в одном ряду с его буквальным восприятием текста Библии, и может интерпретироваться либо как намеренный тактический прием, либо так называемая «псевдоконкретность», то есть, как серьезная форма нарушения мышления, характерная для эндогенных психозов.

Таким же двойственным образом может интерпретироваться точно отмеченный Г. Еремеевым «немотивированный перенос содержания библейского текста на современную экономическую и политическую ситуацию в России. К содержанию древнего библейского текста применяется понятие «неконституцион-

ности". В качестве адресата библейских сказаний указываются российские граждане".

Наконец, для психически болезненного состояния характерна сама грандиозность публичного обвинения святой книги трех мировых религий без всякой оглядки на то, что он и не профессионал, и не эрудит, и что наносит неизмеримо большее оскорбление всем чтящим ее, чем якобы нанесенное ему. Это совершенно некритическое переоценивание своих возможностей.

Такой же психически болезненный характер носит, например, утверждение Киттера, что *"евреям (подчеркиваю, евреям, а не древним иудеям, так как именно с ведома современных евреев распространяется эта шовинистская чушь национального превосходства) все еще мало, они углубляют вражду тем, что разжигают религиозную вражду и призывают к откровенному убийству иноверцев"*. Здесь сочетание предельных нелепости и наивности в нападках на Библию представляют яркий пример нарушения критичности мышления, как, собственно, и само обращение ко *"всем региональным прокурорам России"* возбудить уголовное дело по факту разжигания национальной и религиозной вражды Библией, изъять ее из продажи, сделать в ней изъятия, запретив Второзаконие. Здесь Киттер дублирует судебный иск с такой же формулировкой в собственный адрес в 1999 г.

В последнем слове обвиняемого Киттера, обвиняемого в разжигании национальной вражды в Самарском районном суде (газета "Алекс-информ", 1999, № 7 (66), 1 – 2 стр.) можно обнаружить смутную персекуторную, то есть, бредовую настроенность. *"Я 10 лет работал в уголовном розыске, то есть, занимался оперативной работой, имел большой опыт агентурной работы... Я знаю как осуществляется пресс фигурантов по агентурно-наблюдательным делам. Поэтому когда я чувствую пресс на самом себе, я делаю вывод, что на меня заведено агентурно-наблюдательное дело... За мной велось, как положено, наблюдение, прослушивались телефонные разговоры на работе, в администрации города и дома... В апреле*

*1998 г., после того, как мэр Самары Лиманский демонстративно не поздравил меня с днем рождения, он невольно подсказал мне, что на днях будет провокация. Опасаясь, что мне подложат взятку, я ушел в отпуск и тут же уволился..."* В дальнейшем тексте выступления опять-таки множество ссылок на свои предчувствия, на то, что он "увидел в подтексте" и т.п. Приводится стихотворение Бориса Слуцкого, смысл которого понимается Киттером ровно наоборот, в духе тотального и ничем не корригируемого монотемья всей его психической продукции, что также является настораживающим в психопатологическом отношении проявлением.

Запрашиваемая Киттером сумма компенсации соответствует той, которую Киттер требовал от и.о. главы администрации области, согласно его открытому письму: *"администрация области должна оказывать финансовую поддержку русской национальной газете "Алекс-информ" на сумму не менее одного миллиона рублей в год"* ("Алекс-информ", 1999, № 7 (77), стр. 3).

Таким образом, подводя итог сказанному, мы оказываемся перед альтернативой: либо Киттер О. В. сознательный провокатор и ответственен за свою очередную грубо оскорбительную и общественно опасную публикацию, либо это в самом деле психически больной человек с нарушениями мышления типа категориальной нечеткости, псевдоконкретности, некритичности, бредовой настроенности. Для достоверного решения этого вопроса необходимо проведение стационарной судебной комплексной психолого-психиатрической экспертизы с привлечением независимых экспертов, для проведения которой, как мы показали, имеются достаточно серьезные основания.

\* \* \*

**P. S.** Подобно ситуации с симуляцией психических расстройств, шутки с провоцированием психиатрических сценариев чреваты выяснением реальных для этого оснований.

\* Самарская газета "Алекс-Информ", известная своей специализацией по проблеме "выселения жидов из России", напечатала в 2001 г. радостные стихи по случаю трагедии 11 сентября и объединительную платформу Национально-державной партии России, партии, зарегистрированной в этом году Минюстом.

\*\* Непродолжительное время в 1996 г. вице-мэр Самары, а до этого директор охранного агентства, охранявшего, в частности, отъезжающих в Израиль.

“Я видела много в области гипнотизма. Я присутствовала на сеансе Шарко, Люиса (из Медицинской Академии) и д-ра Берильона (главного редактора журнала “Гипноз”)... Все, что я здесь видела, поколебало мою веру в гипнотизм”.

Софья Ковалевская  
(из письма проф. Миттаг-Леффлеру, июль 1888 г., Париж)

## Все, что я здесь видела, поколебало мою веру в гипнотизм” (В больницах Шарите и Сальпетриер)

### В БОЛЬНИЦЕ “LA CHARITE” (Гипнотический сеанс у д-ра Luys’a, члена медицинской академии)

Под руководством д-ра Берильона нас вводят в палату для нервных больных. Два ряда белых, очень опрятных и даже уютных на вид кроватей идут вдоль палаты. Большинство пациенток еще молодые женщины, и хотя по наружности они принадлежат, разумеется, к очень различным типам, но все представляют одну общую черту: замечательную нервную подвижность, и матово-бледный, словно восковой, цвет лица. В противоположность им, две *sœurs du service laïque*<sup>1</sup> суется от одной кровати к другой, в белых, туго накрахмаленных чепцах и передниках, отличаются своими розовыми щеками и цветущим видом. У некоторых кроватей собрались уже кучки экстернов и студентов, готовящихся к экзамену, и оттуда доносятся веселые шутки и смех. Но вот в дверях залы показывается д-р Люис. Это какой-то великан *bon enfant*<sup>2</sup>. Его громадную фигуру облекает плотная блуза, подпоясанная передником, а на голове у него бархатная *calotte*<sup>3</sup>, из-под которой беспорядочно выбиваются желтоватые с проседью кудри. Он, по крайней мере, на полголовы выше всех присутствующих здесь молодых докторов и студентов, а что касается маленького д-ра Берильона, так тот ему положительно и по плечо не достает. Окруженный всеми этими маленькими черненькими французами д-р Люис кажется существом иной породы. У него вид такой отеческий, что его можно принять за доброго папа среди своих ребятишек. Впрочем, нет, мне скорее хочется сравнить его с главным поваром в кухне большого дома или с ярмарочным колдуном-итальянцем. На это последнее сравнение меня особенно наводит то, что вся его фигура, несмотря на его тучность, не-

вольно возбуждает представление о большой ловкости и силе. Походка у него эластичная, как у большого, откормленного кота, а глядя на его белые, ловкие руки, так и кажется, что он сейчас засучит рукава и начнет ими выделывать какие-нибудь штуки. С пациентками он обращается крайне фамильярно, берет их за подбородок, называет их *ma petite, mon enfant, mon petit chat*<sup>4</sup>. И все эти сорок женских лиц решительно расцветают при его входе в залу. Те из пациенток, которые могут вставать, окружают его со всех сторон, те же, которые в кроватях, по необходимости должны ограничиваться тем, что впиваются в него глазами, и на их лицах явно написано, с каким нетерпением они ждут своей очереди, когда д-р Люис подойдет к их кровати. Больных он осматривает очень ловко, с каким-то особенным шиком. Но быстрота и изящество, с которыми он делает свое дело, не мешают ему болтать не переставая. Подчас он отпускает остроты даже и очень вольные; студенты хохочут тогда густым басом, а больные и сиделки вторят им почтительным сопрано.

Д-р Берильон подводит нас к Люису, и я вручаю ему мою карточку. Тут же представляют ему Жаклара, из газеты “Justice”<sup>5</sup>. Люис в восторге.

— Нам очень приятно, когда знатные иностранцы посещают нас с целью убедиться, что мы не шарлатанам, — говорит он мне. — Что же касается печати, о, печать это сила, — обращается он к Жаклару.

Сегодня, оказывается, есть именно много интересного показать нам.

— Ну, Эстер, нам придется сегодня поработать, дитя мое, — говорит Люис, обращаясь к одной из пациенток.

<sup>1</sup> Мирские сестры милосердия (франц.).

<sup>2</sup> Добрый малый (франц.).

<sup>3</sup> Шапочка, ермолка (франц.).

<sup>4</sup> Моя крошка, мое дитя, моя кошечка (франц.).

<sup>5</sup> “Справедливость” (франц.).

Эстер подходит, несколько ломаясь. Это довольно хорошенькая девушка, лет 25-ти, с замечательно подвижною физиономией. Особенную пикантность придает ее лицу золотисто-красноватая прядь волос, живописно взвитая змейкой и резко выделяющаяся на темно-каштановом фоне остальной шевелюры. Не берусь решить, природе или искусству она обязана этим оригинальным украшением.

— Это мой лучший сюжет, — шепчет мне д-р Люис на ухо. Однако Эстер ломается.

— О, я не могу сегодня. Я не расположена, и притом это меня утомит.

Люис уговаривает ее как ребенка.

— Попробуем, дитя мое; ты доброе, признательное маленькое существо. Сделай это ради меня.

Но уговоры не помогают. Эстер все упирается. Тогда д-р Люис решается на последнее средство: он берет Эстер за плечи и толкает ее ко мне.

— Видишь ты эту даму, Эстер. Ну вот. Это очень ученый профессор Стокгольмского университета. Если ты хорошо поработаешь, она будет говорить о тебе на своих лекциях. Как! Ты не знаешь, что такое Стокгольм! Да ведь это очень большой город далеко отсюда. Ты можешь гордиться, если о тебе заговорят в Стокгольме.

Как ни удивительно это может показаться, но средство оказывается действительным. Эстер не может устоять против соблазнительной перспективы, что о ней будут говорить в Стокгольме, и, скромно опустив глазки, объявляет: “Пожалуйста, я попытаюсь, дорогой доктор”. Мы переходим в нижний этаж, в приемный кабинет д-ра Люиса. Эта комната убрана очень своеобразно; все стены увешаны фотографическими изображениями мужчин и женщин в различных стадиях гипнотического экстаза и каталепсии, с лицами, искаженными самыми невозможными гримасами; например, одна половина лица смеется, другая плачет. Столики по углам уставлены колокольчиками, цветными шариками, экранами и другими очень странного вида приборами, которые, как оказывается, все играют очень важную роль в гипнотизме. В ожидании Эстер, еще не явившейся, Люис занимается двумя другими “сюжетами”, которые уже дожидались его в приемной и, по его словам, представляют очень замечательный случай *de la fascination hypnotique*<sup>6</sup>. Один из них уже пожилой человек, кажется, бывший приказчик в каком-то магазине. Теперь он поражен прогрессивным параличом, и его лицо носит печать почти идиотического равнодушия. Но вот Люис приставляет два пальца к его лбу.

— Спите! — говорит он повелительно. Лицо больного немедленно преображается, глаза становятся совершенно как стеклянные и впиваются в доктора. Люис подымает ему руку; рука так и замирает в этом положении, словно восковая.

— Смейтесь, — говорит Люис, и больной тотчас начинает хохотать, но совершенно беззвучно, и лицо его так и застывает в этом ужасном смехе.

Другой “сюжет” — еще совсем мальчик, лет 19-ти, чистейший тип парижского *coiffeur*<sup>7</sup>. Он очень худой, с точно развинченными членами и с веселыми, бесстыжими глазами.

— Вот уже третий год как он находится в нашей больнице, — поясняет мне Люис, — и пока он у нас, он ничего себе, как будто бы совершенно здоров. Только сладу с ним никакого нет: все пристаёт к женщинам. Как за ним не смотри, он все-таки умудрится улизнуть и проберется на женскую половину. Начальство уже три раза вмешивалось и требовало его удаления, под предлогом, что он теперь совсем здоров. Но что вы поделаете? Лишь только его выпишут из больницы, с ним тотчас начинаются припадки эпилепсии. Дня через два-три полицейские подберут его где-нибудь на улице и приведут его опять к нам же. Работать он решительно не хочет. Разве вот гипнотическими внушениями удастся его исправить! Я решил теперь приложить гипнотическую педагогию к его нравственному воспитанию. Но это требует времени, а глупое начальство все мешает. Очень трудно делать добро во Франции, сударыня.

Пока Люис рассказывает мне эти подробности, интересный “сюжет” стоит перед ним с закрытыми глазами, погруженный в гипнотический сон.

— Он ничего, ровно ничего теперь не слышит из того, что делается вокруг него, — уверяет меня Люис. — Вы с ним заговорите, он не ответит, вы его троньте — он не почувствует. Я один нахожусь с ним в гипнотическом общении.

Действительно, юноша стоит совершенно неподвижно, как истукан; ни одна черта на его лице не дрогнет, точно не о нем идет речь; только мне все кажется, что глаза его, и закрытые, сохраняют плутоватое выражение и что в них написана решимость не покидать добровольно гостеприимную больницу с ее даровым коштом и не менять ее на тяжелую работу где-нибудь на фабрике. Поэтому я надеюсь, что, несмотря на все помехи неразумного начальства, добрый д-р Люис успеет еще на досуге заняться приложением гипнотической педагогики к нравственному воспитанию своего многообещающего питомца.

Убедившись, что на все наши к нему обращения больной не может или не хочет отвечать и остается столь же безучастным, когда кто-либо из присутствующих экстернов тычет в него пальцем или слегка, очень слегка, щиплет ему руку, д-р Люис говорит торжествующе:

— Вы видите, он ничего не видит и не слышит. Теперь вы увидите на нем очень интересный пример, как преступник может действовать под влиянием гипнотизма и как закон бессилен в подобных случаях.

<sup>6</sup> Гипнотического подчинения (франц.).

<sup>7</sup> Бродяги (франц.).

Послушай, любезный! Ты видишь этого маленького господина, вон там? — Люис указывает на своего ассистента.

— Да, доктор, я его вижу, — немедленно отвечает до сих пор ничего не видевший и не слышавший “сюжет”.

— Так вот этот господин мошенник каналья, — продолжает Люис, — надо его убить, я этого хочу! Как только ты проснешься, — ты его схватишь за горло и задушишь. Но ты никому не скажешь, что ты это сделал по моему приказанию. Ты понял меня?

— Совершенно, доктор...

— Так ты хочешь убить этого господина?

— Да, доктор!

— Отчего ты хочешь его убить?

— Потому что он оскорбил моего доктора! — отвечает юноша таким тоном, каким актер какого-нибудь подгородного театра, играющий роль преданного слуги в мелодраме, восклицает: “Я убью всякого, кто оскорбит моего господина”.

Люис дует ему в лицо. “Сюжет” мгновенно просыпается и начинает с преувеличенно растерянным видом протирать себе глаза.

— Знаешь ли ты, где ты и что с тобою было? — спрашивают у него.

— Я в больнице, как и всегда, со мной ровно ничего особенного не было, — детски чистосердечно отвечает “сюжет”. Но вот взгляд его падает на того господина, которого ему велено убить, лицо его мгновенно искажается яростью и, в припадке якобы неудержимого гнева, он бросается на него со сжатыми кулаками. Разумеется, его останавливают вовремя, и вот начинается комедия допроса. Кто-то из присутствующих берет на себя роль следователя.

— Подсудимый! — говорит он строго, — вас арестовали в тот самый момент, когда вы собирались совершить убийство. Знаете ли вы, какой ответственности вы подвергаетесь?

Подсудимый плачет (очень, право, хорошо и естественно) и молит о пощаде.

— Не можете ли вы привести каких-либо смягчающих обстоятельств в вашу пользу? — спрашивает следователь.

Нет, подсудимый не может ничем оправдать своего поступка.

— Быть может, вас кто-нибудь научил, подстрекнул на это убийство? — подсказывает следователь.

— Ах, нет! — Подсудимый приходит даже в негодование от подобного предположения и энергически отрицает всякое подстрекательство. Все присутствующие ахают от удивления. Люис ухмыляется и самодовольно потирает руки.

— Ну, хорошо, любезный, — говорит он, наконец, и снова подставляет два пальца ко лбу пациента; тот сейчас же впадает в гипнотический сон, во время которого Люис приказывает ему забыть о всем случившемся и потом снова уже окончательно будит его. Опыт удался прекрасно. Невменяемость подсудимого

перед законом, при всегдашней возможности предположить, что он действовал под влиянием гипнотизма, доказана вполне.

Теперь очередь за Эстер. Вот уже несколько минут как она вошла в комнату и с недовольным, саркастическим видом следит за всею процедурою, в которой так отличается ее собрат по гипнотизму.

— Уже поздно; быть может, вы меня оставите до завтра, — говорит она, наконец, капризным голосом. Ею, очевидно, овладела такая же зависть, какую должна испытывать примадонна, когда первому тенору начинают аплодировать уже с первого акта, прежде чем она выступила на сцену.

Люис вынимает из кармана маленький шарик из слоновой кости с несколькими просверленными в нем отверстиями, подносит его ко рту и издает резкий, пронзительный свист. Эстер падает в кресло, с нею мгновенно начинается судорога, глаза закатываются и члены неестественно выворачиваются.

— Это мое изобретение — этот волшебный, усыпляющий их инструмент, — говорит Люис тоном торжествующего изобретателя, — и я уверен, что мой маленький шарик окажет со временем немаловажную услугу гипнотизму.

Магический шарик переходит из рук в руки, и Люис заставляет нас подробно осматривать его устройство. Что в этом шарике необыкновенного и в чем заключаются его преимущества перед обыкновенною свистулькою, я рассказывать не берусь. Давно известно, что всякий резкий, неожиданный звук легко может вызвать конвульсии у очень нервных людей. Но Люис, очевидно, приписывает какое-то особое значение именно своему шарикю и очень гордится тем, что изобрел сей “волшебный инструмент”.

— Вас это должно особенно интересовать как математика, — говорит он мне, — вам надо было бы этим серьезно заняться, сударыня.

Я скромно отговариваюсь тем, что мои занятия ограничиваются, к сожалению, одною чистою математикою, а удивительный шарик скорее относится к области физики...

Люис опять подносит ко рту свое изобретение, снова раздается резкий свист, но на этот раз его действие на больную совсем иное, чем в первый раз. Члены ее выпрямляются, тело снова приобретает упругость, глаза полуоткрываются и на лице появляется выражение экстатического блаженства.

— Теперь она впала в период сомнамбулизма, — шепчет нам Люис. — Эстер, дитя мое, узнаешь ли ты меня?

— Конечно, я тебя узнаю. (В сомнамбулизме больные всегда на “ты” со своим гипнотизером.)

— Как ты себя чувствуешь? — продолжает спрашивать Люис.

— Отлично; а ты сам как себя чувствуешь, толстяк? — следует вдруг неожиданный ответ.

Студенты хихикают. Лицо Люиса хмурится.

— Лишь бы она не стала говорить глупостей, как прошлый раз, — говорит он озабоченно. — Нет, нет, так не нужно, милая моя, — продолжает он строго, обращаясь к больной. — Сегодня будь рассудительна. Не забывай, что здесь дама. Я постараюсь дать тебе приятные видения.

Он подает ей один за другим несколько стеклянных шариков и уверяет ее, что это бриллиантовые серьги, золотое ожерелье, зеркало. Эстер выражает превеликий восторг, получая от него эти шарики; она делает вид, что продевает воображаемые серьги в уши, любуется собою в фиктивное зеркало, и ее хорошенькая, подвижная рожица действительно презабавно и преграциозно воспроизводит все оттенки удовольствия и самовосхищения.

Наконец, Люис подает ей пустой стакан и приглашает ее выпить шампанского. Эстер сначала ломается, потом вдруг опустошает весь стакан залпом и, прищелкнув языком, восклицает:

— Это, однако, очень вкусно!

— Теперь я могу заставить ее поверить всему, чему мне захочется, — уверяет и конфиденциально сообщает нам д-р Люис. — Во время сомнамбулического сна гипнотизер пользуется полным доверием “сюжета”. И трудно даже поверить, как велика доверчивость каждого субъекта.

— Да, действительно, трудно поверить, — с полным убеждением соглашаюсь я.

Затем Люис уверяет свою пациентку, что она находится в прекрасном саду, и вот она, принимая ряд живописных поз, начинает рвать воображаемые розы и упивается их чудным запахом. Но тут происходит неожиданная диверсия. Юноша первого акта, который все время оставался тут же, но на которого никто не обращал внимания, соскучился, очевидно, своей пассивностью и решил снова напомнить о себе.

— Она врет, это не роза, это гвоздика, — вдруг раздается его гневное восклицание, и с этими словами он бросается на Эстер и пытается вырвать из ее рук воображаемый цветок. Мы все недоумеваем, как понять сие явление; но Люис скоро выводит нас из замешательства.

— Вот видите! — восклицает он радостно. — На наших глазах произошел совершенно непредвиденный, но весьма интересный факт. Я думаю привести его в ближайшем моем докладе академии.

Оказывается, по толкованию Люиса, что наш юноша впал тоже в сомнамбулический сон, но не по воле гипнотизера, а под влиянием сомнамбулизма Эстер. Теперь он участвует в ее психической жизни; каждая ее галлюцинация становится для него реальностью, только несколько видоизменяется в его собственном мозгу. Между обоими “сюжетами” затевается презабавное состязание.

— Это маргаритка, — объявляет Эстер, указывая на пустоту.

— Да нет же! Это Иван-да-Марья, — оспаривает юноша.

— Она величиною с мою руку, — продолжает Эстер.

— Еще, пожалуй, скажешь, что она настолько велика, что годится тебе как зонтик, — поправляет ее юноша.

Каждый из них старается перещеголять другого, выдумав нелепость покрупнее. Всего забавнее то, что оба соперника по гипнотизму начинают не на шутку сердиться. В голосах обоих слышится все большее и большее раздражение. Наконец, Эстер, решившись, очевидно, во что бы то ни стало удержать за собой исключительное право на внимание публики, бросается в кресло и объявляет, что будет молчать, пока другой останется в комнате. Приходится его увести, и тогда представление продолжается.

Теперь начинается самая интересная часть опытов, та, на которую д-р Люис изъясняет самые неотъемлемые права первенства. Эти опыты должны показать действие лекарств на гипнотизированного субъекта по одному прикосновению (*action par contact*). Люис вынимает из шкафа пробирный цилиндр, наполненный коньяком, и прикладывает его к шее пациентки. Не проходит и нескольких минут (что я говорю, — нескольких секунд), как уже винные пары начинают действовать. Эстер пьянеет. Как это она производит, бог ее ведает, но надо сознаться, что она воспроизводит артистически, до безобразия верно всю картину постепенного опьянения. Ее хорошенькое личико наливается кровью и становится безобразным, глаза соловеют, нижняя губа отвисает, язык путается, на лице появляется идиотическая усмешка; наконец начинаются даже спазмы, предшествующие рвоте. Тут Люис счел нужным прекратить опыт. Не успели отнять от ее шеи цилиндр с коньяком, как все мигом, точно рукой сняло. Опьянения как не бывало. Эстер протирает глаза и опять смотрит на нас со своею лукавою гримаской.

Но опыт еще не кончен. Напротив того, теперь начинается самое чудесное. Люис опять прикладывает к шее Эстер пробирный цилиндр, но на этот раз он наполнен не коньяком, а дистиллированной водою, — да, не чем иным, как *aqua destillata*. И как бы вы думали? Какое действие производит одно прикосновение этой опасной влаги, которую мы так легкомысленно пьем в течение всей нашей жизни? Не успел цилиндр с водою коснуться чувствительной шейки *m-lle Ester*, как у нее начинают проявляться, самым несомненным и устрашающим образом, все характеристические признаки водобоязни. Сомневаться невозможно. Это совсем то же самое, что Пастер наблюдал в своей клинике. У Эстер припадок гидрофобии, в ее самой резкой, типической форме. На нее страшно смотреть: жилы на шее раздулись, губы сведены судорогой, кулаки сжаты, налитые кровью глаза точно готовы выскочить из своих орбит; еще одна минута, и

она бросится на кого-нибудь из нас — пожалуй, чего доброго, на самого д-ра Люиса — и укусит. И что из этого выйдет, — боже мой! Но, разумеется, до этого дело не доходит. Цилиндрик с чудодейственной водою отнимают от ее шеи, и Эстер опять превращается в милую, безобидную гризетку.

Люис дует ей в лицо, чтобы разбудить ее окончательно.

— Что вы чувствовали, mademoiselle? — спрашиваем мы ее с участием.

— Ничего, я решительно ничего не помню! — отвечает она простодушно.

Но вот что странно: хотя Эстер и утверждает, что ровно ничего не помнит из того, что с нею происходило, однако она, по-видимому, вовсе не удивляется, когда мы в ее присутствии ахаем и обсуждаем все, что мы видели. И вот что еще страннее: она не выражает даже ни малейшего любопытства узнать, что же такое именно она творила во время этого пробела в ее существовании. А уж, кажется, такое любопытство было бы

вполне законным с ее стороны. Если бы я была ее другом, я бы даже посоветовала ей быть любопытнее.

— Ну что же! Довольны ли вы тем, что видели? — спрашивает у меня д-р Люис.

Я решаюсь заметить ему, что, по моему мнению, эти опыты следовало бы производить под более строгим контролем, т.е. обставить их таким образом, чтобы пациентка *не могла* знать, что именно заключается в цилиндриках.

— Да как же ей узнать, когда она спит?! Она ничего не видит и не понимает из происходящего вокруг нее, — нетерпеливо отвечает Люис.

На это возражать, разумеется, нечего; остается только поблагодарить и раскланяться.

— Приходите завтра; я представлю вам вашу соотечественницу — русскую даму. Она тоже отличный “сюжет”. Я произвожу в настоящее время над ней целый ряд весьма любопытных опытов, — говорит мне Люис при прощании.

Софья Нирон

## В БОЛЬНИЦЕ “LA SALPÊTRIÈRE”

### Клиническая лекция д-ра Шарко

Какова неожиданность. Вот уж не ожидала я встретить русскую барыню в роли гипнотического “сюжета” д-ра Люиса в Париже. Куда, куда только не заносит судьба наших соотечественниц.

— Что это за русская барыня, о которой говорил Люис? — спросила я д-ра Берильона по дороге домой.

Д-р Берильон знает ее хорошо и рассказал мне всю ее скорбную повесть.

Больше пятнадцати лет тому назад в Париж приехала одна русская барышня учиться. Она стала посещать лекции в медицинской академии, но училась бестолково, без плана, без предварительной подготовки. Родители ее умерли и оставили ей небольшое состояние, которое она и приехала проживать в Париже. Но жизнь ее здесь сложилась невесело: с русским кружком она почему-то не сошлась; студенты-французы относились к ней свысока, насмешливо. Только с одним из них, Г-р, она почему-то сблизилась, почему — бог ведает. Она была чистокровная россиянка по вкусам и привычкам; он же был истый парижанин, с врожденным почтением к роскоши и комфорту и, вместе с тем, boulevardier<sup>8</sup> до мозга костей. Ну, что бы, кажется, между ними общего? Однако они сошлись. Он не любил ее вовсе и, помогши ей прожить ее небольшой капиталец, не только совсем охладил к ней, но даже возненавидел ее. Она же привязалась к нему страстно, бесповоротно, с каким-то даже ожесточением и упорством.

Он изменял ей постоянно; она следила за ним, караулила его ночью на улицах. Он прогонял ее, бил

даже, переезжал на другую квартиру, чтобы как-нибудь от нее избавиться. Она сделалась баснею всего Латинского квартала. Ничего не помогало. Так прошло много лет. Денег у нее больше не было ни гроша. Как, на какие средства она существовала, — одному богу известно. Однажды объявились какие-то родственники и предлагали увезти ее обратно в Россию, но она отказалась, предпочитая переносить и нужду, и голод, лишь бы не оставлять Парижа и не уезжать от него. Между тем, ему тоже не повезло в жизни. Карьеры он не сделал, состояния не нажил, здоровье расстроил. Молодость прошла, и к сорока годам он оказался, так же как и она, un decave<sup>9</sup>, без определенных средств к жизни в настоящем и без надежд в будущем. И вот тут они опять сошлись. У ней сделалась какая-то нервная болезнь, ее приняли в Сальпетриер; Шарко нашел, что болезнь ее очень интересна и стал экспериментировать над ней гипнотизмом. В это самое время гипнотизм именно входил в моду, — у ней оказалась удивительная к нему восприимчивость, и тут только ее легкомысленный друг понял, какую пользу может извлечь из своего несчастного друга. Она сделалась гипнотическим “сюжетом” по профессии, а он — ее антрепренером. Но какая разница между нею и между обыкновенными сомнамбулами! Обыкновенные сомнамбулы все глупы, грубы, невежественны, они набираются из низших слоев общества, к ним нельзя иметь никакого доверия. Она же — умная, образованная женщина, когда-то посещавшая курс медицины, и притом русская, а на все русское теперь

<sup>8</sup> Бульварный завсегдатай (франц.).

<sup>9</sup> Разорившийся (франц.).



мода в Париже. Такая сомнамбула — чистый клад. Разумеется, она не предсказывает будущего и не гадает на картах, как делают ее товарки на ярмарках. Нет, д-р Г-р изобрел более выгодный и гораздо более научный прием. Он приводит свою спутницу ко всем знаменитым профессорам, занимающимся гипнозом, и, из любви к науке, предлагает им произвести над нею опыты, разумеется, бесплатно и притом каждому именно в том направлении, которое его интересует. Доктора остаются обыкновенно в восторге от умной, понятливой пациентки, одаренной в высокой степени гипнотизируемостью. Сам великий Шарко объявил, что ему еще не приходилось иметь дела с таким интеллигентным “сюжетом”, как она. Заручившись рекомендациями и протекцией великих *maitres*, уже не трудно потом достать приглашения на частные сеансы гипнотизма, которые теперь в большом ходу в парижском бомонде и за которые “сюжету” платят иногда до 500 франков с вечера. Говорят, дела этой интересной парочки идут так хорошо, что д-р Г-р не только уже не бегаёт больше от своей возлюбленной, а напротив — повел ее на днях к мэру, чтобы узами законного брака закрепить за собою полезную союзницу. Вот к каким неожиданным результатам приводит иногда гипнотизм.

— Я не советую вам идти завтра на сеанс к д-ру Люису. Вам, верно, будет неприятно видеть вашу соотечественницу в такой унижительной роли. К тому же, насколько я знаю их, я убежден, что они тотчас же начнут придумывать, как бы эксплуатировать знакомство с вами, — говорит мне д-р Берильон, который сам относится к вопросу о гипнотизме честно и серьезно и потому питает почти личную ненависть ко всякому, кто желает устроить из этого балаган.

Действительно, как ни интересно мне было увидеть мою “знаменитую соотечественницу” и провести сравнительную параллель между русской и французской сомнамбулами, однако я решила отказаться от приглашения Люиса, тем более, что в тот же день мне предстояло идти на клиническую лекцию Шарко в *La Salpêtrière*.

Сальпетриер — самая большая больница для женщин во всем Париже. Весь персонал в ней, т.е. число больных и прислуги, доходит до пяти или шести тысяч — целый городок. В Сальпетриере есть отделение для страдающих раком и другое, для неизлечимых, — род богадельни, но главный контингент больных составляют нервные, истерические и сумасшедшие. Странное чувство испытываешь невольно, когда проходишь двор за двором, палату за палатой, и всюду вокруг себя видишь те же желтовато-бледные, нервно-подвижные, удивительно несимметричные лица, которые характеризуют этого рода больных. В последнее время о Сальпетриере писали и говорили так много, что одно это имя уже вызывает особого рода настроение. Шарко — властитель этого царства невроза. К нему все здесь относятся с благо-

говением, граничащим с подобострастием. И вид у него действительно внушительный, генеральский. Ни следа того обращения запросто, “за панибрата”, которое я замечала у Люиса. Шарко скуп на слова, но зато каждое его слово ловится на лету, и я сомневаюсь, чтобы какой-либо больной взбрело на ум назвать его *mon gros*<sup>10</sup>, в какой бы из трех стадий гипнотического сна, открытых Шарко, она ни находилась. Интерны<sup>11</sup> представляют ему свои рапорты о больных с таким подобострастным видом, что невольно приходят на ум слова: “руки по швам”. Я сама видела, как страшно переконфузился и растерялся один интерн, когда Шарко сделал ему какое-то неодобрительное замечание. Будь Люис на месте Шарко, интерн, вероятно, не только не сконфузился бы, но еще, чего доброго, вступил бы в препирательство с профессором.

Сегодняшняя лекция служит, собственно, приготовлением к большой публичной лекции, которую Шарко прочтет через несколько дней перед многочисленной аудиторией. Сегодня допускаются только избранные, и мне, следовательно, представляется случай познакомиться, так сказать, с домашнею кухнею великого мастера. Несколько времени тому назад против Шарко появились с разных сторон в печати обвинения в том, что он в своих клинических лекциях представляет все одних и тех же больных, которые подвергаются предварительно целому курсу гипнотического воспитания в Сальпетриере. Поэтому теперь он стал придерживаться другой системы — разнообразить как можно больше выбор своих живых медицинских препаратов. Вот теперь-то именно и происходит сортировка больных: каждый интерн представляет тех из вверенных его уходу пациентов, которые кажутся ему почему-либо интересными в медицинском отношении, и из числа их Шарко выберет нескольких, которых удостоит чести послужить живыми иллюстрациями его теорий. Все эти больные ждут своей очереди в небольшой комнате, рядом с той, в которой мы находимся, и поодиночке подводятся к профессору. Крайне тяжелое впечатление оставляет этот осмотр. Вероятно, и в большинстве других клиник дело ведется совершенно таким же образом, но с непривычки очень тяжело смотреть на всю эту *chaîr a experimentation medicale*<sup>12</sup>. Шарко именно так и относится ко всем этим больным женщинам, как будто они — медицинские препараты и ничего более. Он обращается с ними крайне бесцеремонно; ему и в голову не приходит, чувствуют они или нет. Он осматривает, постукивает их, выставляет на вид студентам их недуги так же равнодушно и безучастно, как производил бы это над манекеном, и тут же вслух, им в лицо, ставит диагноз и высказывает часто весьма пе-

<sup>10</sup> Мой толстяк (франц.).

<sup>11</sup> Ассистенты (франц.).

<sup>12</sup> Мясо для медицинских опытов (франц.).

чальный для них prognostic<sup>13</sup>, нисколько не заботясь о том, каково им выслушивать свой собственный приговор. Все эти больные, разумеется, бесплатные, и им таким образом приходится расплачиваться за подаваемый им медицинский совет.

Большинство из осматриваемых сегодня больных представляют очень тяжелые формы местных поражений нервной системы; некоторые из них не могут держаться на ногах; их ввозят в кресле и во время осмотра поддерживают с обеих сторон, иначе они упали бы. Одна больная особенно ужасна. Она все понимает, умственные способности не ослабели вовсе, но все двигательные нервы вышли из повиновения, и не то чтобы они были парализованы, — они действуют, но во всей локомоторной системе произошла какая-то путаница. Так, например, больная хочет протянуть руку, чтобы взять стакан, а на место того у ней вдруг высунется язык или нога подымается кверху. “Вам нужно взять этот стакан рукою, а не ногой или языком. Попробуйте, попробуйте еще”, — кричит на нее Шарко. Больная, очевидно, сознает сама всю нелепость своих движений; она краснеет, конфузится, видимо употребляет невероятные усилия воли, чтобы выполнить приказание, но в результате получают только конвульсивные подергивания различных частей тела, такие нелепые, ни с чем несообразные, что глупые студенты усматривают в этом что-то очень комичное и раздражаются смехом. Больная еще пуще конфузится, кажется, вот-вот сейчас заплачет, а вместо того вдруг сама начинает хохотать, да так громко, неудержимо, что осмотр приходится прекратить, и ее уводят из комнаты.

А вот другая больная, уже старуха, тоже сохранившая все умственные способности, но утратившая всякую чувствительность в ногах; вся нижняя часть туловища у нее как мертвая. Теперь уже и область таза начинает обмирать, а голова еще действует, все еще рассуждает, даже все еще хочет жить. Глядя на эту несчастную старуху, невольно приходит на память страшная сказка из “Тысячи и одной ночи” о том человеке, которого колдунья превратила в каменный столб всего — за исключением одной головы, которая все видит, все слышит, все чувствует. Наша больная не только все понимает, но и говорит вполне разумно, толково; она сама рассказывает историю своей болезни — как сначала чувствовалось только легкое замирание в ногах, точно мурашки бегали, как потом она совсем перестала чувствовать, что у нее есть ноги, будто их отрезали, но выше колен, в бедрах, еще сохранялась чувствительность, и как потом это страшное онемение подымалось все выше и выше.

Она родом из Южной Франции и вела какую-то мелкую торговлю в одном из провинциальных городков. Она пренаивно рассказывает, как до нее стали до-

ходить слухи о великом докторе в Париже, который ее наверное вылечит, и как она решила бросить свой дом и продать свое предприятие, чтобы перебраться в Париж.

— Не стоило беспокоиться, старушка: ваше дело плохо, — грубо говорит ей Шарко. — Вам остается только уложить сундуки и отправиться.

Но самое сильное впечатление произвела на меня одна мать с сыном. Она — шляпница по ремеслу, еще молодая женщина, очень приличная на вид. Мальчику ее уже лет десять; он худенький, бледненький, и личико его, когда оно спокойно, очень симпатичное, интеллигентное; но в том-то и беда, что оно редко бывает спокойно. Через каждые две-три минуты он вдруг начинает вздрагивать всем телом и выделять такие страшные гримасы, что на него глядеть невозможно. У него *la choree*<sup>14</sup> — так, кажется эта болезнь называется.

— Пробовали ли вы делать ему гипнотические внушения? — спрашивает Шарко у приведшего его ассистента.

Интерн докладывает, что пробовал, но что никакие внушения не помогают.

— В таком случае у него эта болезнь наследственная, — решает Шарко, — у них в семействе наверное уже были подобного рода больные. Справлялись ли вы об этом?

— Справлялся, но мать уверяет, что не было, — нерешительно докладывает интерн, как бы сожалея, что ему приходится донести о факте, противоречащем предположению, высказанному профессором.

— Наверное недостаточно подробно ее допросил! — нетерпеливо возражает Шарко. — Они всегда сами забывают о том, какие больные в их семействе, — поясняет он слушателям и сам начинает выспрашивать мать больного мальчика.

У нее самой такой здоровый, цветущий вид, что ее уж никак нельзя заподозрить в том, что она сама передала сыну зачаток этой страшной болезни.

— Ваш муж наверное часто бывает болен? — спрашивает или скорее утверждает Шарко.

— О, нет, у него прекрасное здоровье. Я никогда не видала его больным.

— Он, вероятно, стар, гораздо старше вас?

— О, нет, мы с ним ровесники.

— Но верно ли, в таком случае, что ваш муж и есть настоящий отец вашего ребенка? — грубо спрашивает Шарко, и в голосе его слышится раздражение.

Студенты почтительно хихикают.

— Oh, monsieur! — находится только ответить вконец переконфуженная мать.

— Eh bien voyons, cherchons ailleurs<sup>15</sup>, — продолжает Шарко, но уже мягче, так как ему видно самому

<sup>14</sup> Хорея

<sup>15</sup> Ну, поищем в другом месте (франц.).

<sup>13</sup> Прогноз (франц.).

несколько совестно своей выходки. Но все допросы ни к чему не ведут. Оказывается, что не только отец и мать — оба совершенно здоровы и кроме этого больного мальчика имеют еще двух совершенно здоровых детей, но что и их родители все четверо еще живы и, несмотря на преклонные лета, пользуются тоже прекрасным здоровьем. Однако Шарко не унывает.

— Перейдем к дядям и к теткам, — говорит он спокойно. — Постарайтесь вспомнить, сударыня, не было ли оригиналов в вашей семье. Не эмигрировал ли кто-либо в Америку? Сколько у вас было братьев и сестер? Какова их судьба?

При этом напоминании об ее сестрах молодая женщина, сохранявшая до сих пор невозмутимое спокойствие, начинает конфузиться и запинаться. Шарко, замечая, что напал-таки, наконец, на больное место, усиливает натиск. Наконец, бедная женщина вынуждена сознаться, что у нее действительно была сестра, *qui a mal tourne*<sup>16</sup>, так что семья от нее совсем отказалась, и никто даже не знает, где она теперь и что с ней случилось.

— Ah, je le savais bien!<sup>17</sup> — торжествующим голосом восклицает Шарко. — Я готов побиться об заклад, что в этой сестре и проявились первые зачатки той болезни, которую вы теперь наблюдаете на этом мальчике, — продолжает он, обращаясь к аудитории... — Я бы не удивился, если бы оказалось, что эта сестра, местопребывание которой семье неизвестно, находится в настоящую минуту где-нибудь в сумасшедшем доме.

К сожалению, справедливость этого предположения нельзя проверить, но Шарко на нем успокаивается и велит увести мальчика. Он так уверен в непогрешимости своей гипотезы, что не дает себе и труда расспросить, не было ли каких-либо особых потрясений в жизни больного, в каких условиях он возрос, не заучили ли его и т.д. Наследственность — это ужасный, запелляционный приговор — все объясняет, по мнению современных докторов, и всякие дальнейшие разговоры становятся излишними.

— Нет ли какого-нибудь средства помочь ему, — робко спрашивает мать.

— О, нет, сударыня, с наследственностью ничего не поделаешь, — получает она беспощадный ответ.

Вид всех этих больных, их конвульсий и подергиваний, а главное звук их голоса и их странная, судорожная манера говорить так подействовали на мои нервы, что я попросила моего спутника уйти, не дожидаясь конца лекции. Проходя через один из коридоров, мы еще раз увидели эту самую мать и сына. Бедная женщина стояла, прислонившись к подоконнику, и горько плакала. Она, очевидно, не хочет покориться безропотно приговору науки и примириться на той мысли, что сын ее — логическая жертва на-

следственности. Мальчик стоит тут же; ему, видимо, жаль мать и он инстинктивно сознает себя виновником ее слез. Он ее ласкает и, постоянно вздрагивая, приговаривает:

— Не плачь, мама, прошу тебя, не плачь. Я постараюсь не делать более гримас. Только не плачь.

Немудрено, что на меня, не привыкшую к подобным сценам, эта лекция произвела такое сильное впечатление. Даже д-р Берильон, которому уже следовало бы привыкнуть, и тот находится, очевидно, под угнетающим впечатлением всего виденного и слышанного. Первое время мы идем молча вдоль набережной Сены, оба погруженные в невеселые размышления. Наконец, Берильон раздражается целым потоком проклятий против гипнотизма, против докторов, против пациентов, против невроза, словом, против всего, что составляет суть и ядро его жизни.

— Как ужасно наше ремесло, — говорит он. — Каждую минуту приходится убеждаться, что мы ничего не знаем, ничего не можем, что мы бессильны и беспомощны, как дети, что мы все до единого — шарлатаны и только шарлатаны. И хуже всего в нашем деле, что не знаешь, кому верить. Больные врут, у докторов у каждого свой конек. Вот, например, Шарко — великий человек, спору нет, а у него их целых два: гипнотизм и наследственность. До самого больного ему дела нет. положим, он девять раз прав, а на десятый возьмет да и подтасует факты. Прошу покорно, ну, как тут разберешься во всей этой путанице. Где кончается научная правда, где начинается надувательство? Гипнотизм — несомненно великое открытие, но, поверите ли, бывают минуты, когда самое слово гипнотизм выводит меня из себя.

— Но почему же вы не бросите это дело, не перестанете заниматься гипнотизмом? — спрашиваю я.

— О, я и брошу, непременно брошу, — отвечает он, — заработаю себе 150 000 франков (ведь это немного, неправда ли?) и потом уеду на юг, из этого ужасного Парижа, где вечно холодно (Берильон родом с юга, а нынешнее лето — особенно холодное в Париже, так что мы оба, несмотря на июль месяц, действительно мерзнем в эту минуту). Здесь нет ни одного здорового человека. Я поселюсь в деревне. Я не женюсь на приданом, как все это делают во Франции. Я выберу себе жену толстую, здоровую, лучше всего крестьянку, и у меня в деревне вырастут здоровые дети, которым не нужно будет думать о наследственности.

Говоря это, маленький, худенький д-р Берильон, с чахоточным румянцем на щеках, с восторгом впивает своею впалую грудью воздух Елисейских полей (до которых мы незаметно дошли разговаривая), как бы уже предвкушая будущее блаженство, ожидающее его в деревенской тиши, вдали от гипнотизма, гипнотизеров и гипнотизируемых.

*Софья Нирон*  
*Париж, 21-го июля 1888 г.*

<sup>16</sup> Которая пошла по дурному пути (франц.).

<sup>17</sup> Я так и знал! (франц.).

## Социальнопсихологические и патопсихологические феномены современной культуры

Е. В. Безносок, М. Л. Князева\*

Жизнь человека во все времена изобиловала стрессами, опасностями, была насыщена тревогами. Человек вынужден существовать и действовать в подчас неблагоприятных, довлеющих, а главное — не проясненных обстоятельствах. Беспокойство и тревога — неизбежный фон человеческого существования во все времена. Каждая эпоха была насыщена своими страхами и опасностями, каждый век боялся оказаться последним. Источников тревоги и страха было множество, но человечество прошлого, не имея современных фармакологических средств противостоять им, тем не менее справлялось с задачей избавления от гнета тревоги. У него были другие арсеналы поддержания и восстановления психологического благополучия личности, рода, этноса. Любая традиционная культура пропитана и насыщена наработанными веками способами, приемами, формами оптимизации психологического состояния человека — снятия стресса, тревоги, улучшения настроения.

Сводя искусство и культуру к сфере свободного времяпрепровождения, досуга и развлечения, современное общественное мнение, недооценивая мощные возможности воздействия ряда культурных феноменов на психику человека, его здоровье, всю его жизнь.

Культура есть отражение мировосприятия, мироощущения и всего психологического опыта нации, а еще точнее — это само мироощущение, психологическое наблюдение и действие в его непрерывном движении, самовоспроизводстве и самоопределении, это и набор способов эффективного воздействия на личность. Народная культура предлагала устойчивую позитивную версию мира и человека в нем. Культура всегда противостояла хаосу и деструкции мира. Среди функций культуры важнейшими всегда были сбегать и преумножить жизнь рода, этноса, семьи, сохранить человека здоровым, активным, оптимистичным. Можно говорить о народной психологии, характероведении, педагогике, психотерапии и психокоррекции, явленной в виде бытовых заклинательных формул, во всех видах заговоров, наговоров, ворожбы, за-

клиний и формул породнения, танцев, обрядов, ритуалов и праздников, сказок, песен, пословиц и поговорок.

В современной культурологии считается, что в основе культурной матрицы любой национальной культуры лежат “магические формулы”. С их помощью этнос и человек самоопределяется, потому что их образная метафорическая форма делает их смысл доступным обыденному сознанию (в отличие от научных истин).

Еще можно выделить психотерапевтический механизм, хорошо отработанный в народной повседневной культуре общения. Время от времени у каждого человека развивается состояние, связанное с дефицитом положительных эмоций и выражающееся в снижении настроения, активности и работоспособности, ухудшении самочувствия. Чтобы его преодолеть, в народных культурах развился такой механизм как приветствие, пожелание здоровья, т.е. все то, что в социальной психологии называется “взаимными поглаживаниями”. В настоящее время наши расспросы о делах и здоровье друг друга выродились в чисто формальную акцию. Но на протяжении многих столетий, эти приветствия играли роль повышения настроения, пополнения багажа положительных эмоций. И по сию пору в глубинке — процедура встречи и прощания представляет развернутый ритуал, довольно продолжительное действие, которое по своему состоянию и эмоциональному наполнению может быть сравним с тостом. Приветствуя Вас, или произнося добрые напутствия при расставании, какая-нибудь русская, алтайская или осетинская бабушка уверена, что делает *очень важное вполне реальное действие* — так сказать — наполняет вас доброй энергией, улучшает психологическую атмосферу. Эти приветственные формулы и представляли собой ежедневные психотерапевтические ритуалы, которыми любая народная культура помогала своим носителям пополнить недостающую положительную эмоцию, восстановить эмоциональный баланс, снижать уровень тревоги.

Т.о., культура — это не некое поле развлечения и досуга, это система мировосприятия и поведения, в которой не только присутствует психологическая составляющая (культура — задает те формы, в которые

\* Е. В. Безносок — зав. курсом психотерапии и клинической психологии ГММА им. И. М. Сеченова, Князева М. Л. — зав. отделением.

отливается личность), но и психопрофилактическая, психокоррекционная и психотерапевтическая система.

Одна из ценнейших и важнейших характеристик любой национальной культуры, как целостной системы — ее антиэнтропийная природа. Одной из функций культуры была реализация потребности человека в установлении гармонии с окружающим миром и с самим собой. Понятия энтропии и негэнтропии используются для характеристики меры неопределенности в информационных процессах, уровня хаотичности или порядка в процессах самоорганизации живых систем. Это понятие обозначает меру накопления ненужных веществ и энергии в системе, меру деградированной энергии или хаотичность информации. В динамических системах неживой природы энтропия неограниченно возрастает. Живым системам присущи информационно-энергетические процессы, противодействующие нарастанию энтропии. Наконец, на высшем уровне организации живых систем, когда появляется человеческое сознание, развиваются психические механизмы противодействия нарастанию энтропии.

Какими же путями движется современная нам массовая культура с точки зрения клинической психологии и психотерапии? Предлагая современному молодому человеку идеал — респектабельного господина, в эксклюзивном костюме и в очень дорогом автомобиле, направляющегося в ресторан или казино, либо руководителя фирмы или банка, российская реклама формирует, как нам представляется, социальный стереотип — и, тем самым, не только прогнозирует жизненный успех, или неуспех, но и закладывает, если уместно здесь так сказать, будущий невроз. Чуть ли не главной ценностью современного российского общества стал именно коммерческий успех, но ведь его процент ничтожно мал на фоне массового отчаянного выживания и бедности. И вот этот человек попадает в обычную жизненную ситуацию — неопределенную, плохо прогнозируемую. Его охватывает беспокойство. Он испытывает массу страхов. Он чувствует себя неуверенным в ситуации, которую не может оценить и которой не может управлять. Эта проблема стоит сегодня особенно остро. Современная социальная ситуация усиливает остроту и увеличивает частоту переживаемых стрессов. Стало, наконец, очевидным, что живем мы в эпоху иллюзий. Казалось, в значительной степени под настойчивым воздействием средств массовой информации, что степень свободы и возможностей выбора выросли. Обществу предлагается масса вариантов преуспевания, рекламируется легкий и быстрый путь к успеху. На деле, для большинства людей они недоступны, недостижимы. Средний человек не может ни поехать за рубеж, ни открыть свое дело без начального капитала и без прикрытия полукриминальными неформальными образованиями, ни купить достойное жилье, ни восстано-

вить свое здоровье, а подчас и приобрести здоровую и вкусную пищу. При этом в уязвимом положении оказываются люди нравственные, законопослушные, добрые, сострадательные, совестливые, т.е. большинство населения нашей страны. Именно они пережили и продолжают переносить огромные эмоциональные перегрузки и нравственные потрясения нашего времени. Именно они нуждаются в целенаправленной психологической поддержке. Современная медицина предлагает им, в первую очередь, психотропные препараты, и психотерапию — если человек догадается и сможет обратиться к специалисту.

Российский кризис, о котором так много говорилось, и который так больно по всем ударил, наступил не только в политике и экономике, но в душах людей. Рыночная система оказалась чревата целым рядом внутренних противоречий, саморазрушительных, глубинных конфликтов, и со всё большей очевидностью обнаруживают себя по мере её развития. Утрачена система прежних духовных ценностей и ориентиров, а новые так и не созданы. Как мы воспринимаем и переживаем мир, так и живем.

Сейчас обсуждаются различные подходы в науке к исследованию того, что происходит в людях и в обществе, различные стратегии и тактические пути реконвалесценции и реабилитации. Массовая псевдокультура, развившаяся как уродливое проявление технократической цивилизации, основанной на культе потребления, создает систему ложных ценностей, где почти не остается места здоровому человеку с благополучной семьей. Активно навязываясь в СМИ и рекламе, она болезненно искажает картину мировосприятия и мироощущения, патологически влияет на душу человека. В информационно-психологическом поле, как никогда прежде, сказывается зависимость каждого члена социума не только от информации, но и от тех эмоциональных потоков, которые несут СМИ. Тенденции работы СМИ сегодня — это отбор преимущественно отрицательных, сомнительных фактов, событий, связанных с разрушительными проявлениями, направленных на сильные переживания и острые отрицательные эмоции страха, ужаса, либо на шокирующие зрительные образы и описания, связанные с областью секса. Это отражает концепцию работы СМИ: информация должна вызывать очень сильный, резкий отклик человека, она должна его выводить из уравновешенного состояния, будоражить. Средства массовой информации фокусируются на деструктивных событиях насилия и разрушения. В результате создается ложная стрессовая реальность, виртуальный трагический мир, который насыщен опасностью, угрозой, агрессией. Эмоциональный спектр у человека складывается из ощущений угрозы, тревоги, страха, обиды, недоумения, бессилия, разочарования и зависти, провоцируемой скандальными сведениями о жизни сильных мира сего. Все это приводит к торможению интеллектуальной, творческой, нравственной,

активности человека, замедляет или искажает его личностный рост и формирование независимой индивидуальности. Таким образом, выполняется заказ на человека потребительской цивилизации — “невротизированного” человека, тревожного, постоянно чем-то неудовлетворенного, разбалансированного, завидующего и алчущего, — для того, чтобы он постоянно искал способы купирования духовной неустойчивости, которая в нем должна поддерживаться. Инстинкты должны не просто развязаться в человеке — они должны бушевать в нем, бороться, пожирать: жажда успеха, экзотических сексуальных впечатлений, напитков и продуктов, тяга к сверхкомфорту и погоня за модой. Идеальный потребитель для рынка — человек не просто мечущийся, потерянный в вихре неограниченных возможностей, а раздавленный и охваченный шквалом соблазнов — патологический — больной.

Культура есть система формирования потребностей. И высокая культура влияет на повседневность человека таким образом, что она сокращает, преобразует его физиологические потребности, развивая потребности информационные, эмоциональные, интеллектуальные, нравственные, эстетические и т.д. Культура работает как система трансформации потребностей, переводя потребности низшего типа, в более осмысленные, чисто человеческие потребности, из которых главная потребность быть и оставаться человеком. Многие потребности, развиваемые культурой, оказываются внебиологическими, культура высвобождает человека из плена инстинктов и вожделений, возводя его в сферу прозрений и сопереживаний. Многие культуры напрямую табуируют физиологическое потребление, вводя, например, посты или запреты на определенного рода еду, отношения, одежду или поступки.

Культура определяет человеку ритмы и виды потребления, задавая ему уже самим ходом календаря то, что он должен потребить, то, что должно стать излишеством и то, что он потребить не должен, уча его равно и роскоши, и аскезе. Так через создаваемые ею формулы потребления культура формирует гармонизированного, духовного человека и его здоровый образ жизни. Этот человек самодостаточен, уравновешен, внутренне комфортен, поэтому этот человек — мало потребляющий, или его потребление определенным образом ограничено и упорядочено. Прихоть подменена ритуалом, а желание организовано традицией. Такой самодостаточный, аскетичный человек в принципе не подходит цивилизации безудержного потребления, она вступает с ним в глубинное противоречие, поведенческий и ценностный конфликт.

Рыночной цивилизации нужен человек жадный и простодушный, завистливый и зависимый. Заведомо слабая духовно и пораженная физически личность будет рваться, чтобы купить то, чем хвастает более богатый и успешный. Реклама ведет такого человека к неистовому потреблению, постоянно превышающе-

му физиологические потребности и возможности организма. Такую цивилизацию совершенно справедливо назвать “индустрией инстинктов”, “фабрикой соблазнов”. Она — голосом и лицом рекламы — ежечасно призывает потребителя: ешь это, жуй то, запивай этим, отдыхай там-то, носи то-то. Человек мятущийся, взволнованный хаотично хватается то и это, всё пробует, ко всему стремится, мечется, разрываясь на части между желаниями и возможностями, снова и снова беря больше, чем ему нужно. Приобретая вещь или услугу, человек, тем самым, преодолевает свою тревожность. Э. Фромм, отметил, что “индивид оказывается “свободным” в негативном смысле, то есть одиноким и стоящим перед лицом чуждого и враждебного мира. Одним из механизмов “бегства от свободы” и подавления тревоги является “автоматизирующий конформизм”, “индивид перестаёт быть собой; он полностью усваивает тип личности, предлагаемый ему общепринятым шаблоном, и становится точно таким же, как все остальные, и таким, каким они хотят его видеть”. Другое название, которое можно дать современной российской псевдорыночной цивилизации — “невротическая” цивилизация: постоянная тревога, агрессия, неутолимое желание, ощущение упущенных возможностей, уходящего времени.

Современную деструктивную культуру можно назвать, вслед за Л. Н. Гумилевым, — “химерой” или “чёрной” культурой (по М. Л. Князевой) или культурой желтой прессы или псевдокультурой. Это не примитивные поделки, не ошибки, не художественная “халтура”. Это специально сделанные, грамотно выполненные произведения, создаваемые по определенным правилам, на базе определённых знаний и навыков. Это особый комплекс воздействий, в основе которых лежат, наш взгляд, несколько основных принципов.

Ориентация на личностную дисгармонию, на дисбаланс, на духовную и душевную анестезию искусственными способами, выраженная через лозунг “новизны”. Прокламация “новизны” как таковой — необходимость нарушить какие-то границы, выйти ещё в какую-то запретную зону, то есть, обязательно вызвать потрясение. Других существенных критериев в оценке произведений для представителей этого направления нет. Поклонение “новизне” как принципу: товар должен быть новым, произведение должно быть новым каждый день, должно происходить смещение во времени, то есть должна быть постоянная тотальная неустойчивость человека во времени.

Любая эстетическая и прочая ценность подменяется культом искусственности — сделанности — то, что обозначается как критерий “навороченности”. Не важно, насколько это удобно в употреблении, не важно, красиво — не красиво, злое это или доброе. Оценивается не смысл, не эстетическое или нравственное содержание, не духовная ценность произведения — все содержательные оценки здесь выражены минима-

льно, на первый план выходят оценки того, сколько средств вложено, какая техника задействована, сколько трюков исполнено — то есть важен объем усилий и технических навыков — сумма сделанного.

И, наконец, — это ставка на игру с дисгармонией и антиэстетикой, — что можно назвать критерием гадливости или тошнотворности.

Сама по себе система псевдокультуры или деструктивной культуры работает на нескольких принципах.

1. Подмена естественных форм реагирования. То есть, нарушение, разрушение естественной эмоциональности человека, его естественной контактности, разрушение естественных, органичных, природных эмоциональных связей. В этой культуре одобряется нарушение отношений между людьми, разрушение эмоциональной среды.

2. Любое произведение представляет собой структуру, которая построена определенным образом. Любое произведение искусства есть некая ловушка: человек должен войти в нее, пережить определенный эмоциональный и энергетический вираж, и выйти в другом состоянии. Это известный “катарсис”: очищение через сострадание. Некий эмоциональный сдвиг предполагается и в деструктивной культуре, но происходит он на другом механизме — эмоционального шока. Причем этот шок приводит не к очищению, а к очень сильному деструктивному переживанию. Самая яркая ситуация, которая передается в деструктивной культуре, — это бесконечные сцены драк, насилия, погонь, — ситуация, когда человек ставится в патовое положение. Например, на экране действуют двое — жертва и мучитель. Законом катарсиса человек должен отождествлять себя с кем-то. Зритель, который смотрит, как садист мучает жертву, не желает идентифицировать себя ни с тем, ни с другим, потому что он не хочет представить себя жертвой, и в то же время он не может стать палачом, потому что это жестоко, аморально и т.д. Человек переживает, не сопереживая, происходит эмоциональная сшибка. Эти произведения действуют как своеобразная анестезия — люди как бы глохнут, у них теряется чувство естественного резонансного взаимодействия.

3. Подмена материала изображения. Объектами воспроизведения оказываются маргинальные, криминальные или патологические обстоятельства: акты насилия, кровь, трупы — все эти зоны боли и смерти. Шоковые объекты переживания вводятся в повседневный оборот, неумеренно тиражируются, варьируются, приобретая всё более откровенный, то грубый, то изощрённый характер. Современный зритель видит сцены насилия около ста раз в сутки. Прицельная демонстрация ужасов и насилия приводит к тому, что можно обозначить как кризис сочувствия. Многожды перейдя порог восприимчивости, человек эмоционально оглушается, его запас эмоций истощён, он расстрачивает природную сострадательность, утрачивая жар живой реакции. Он становится не просто холоден,

но в него закладывается полное и глубокое равнодушие к проявлениям зла. Сам по себе множественный показ убийств и трупов, смерти — угроза для психического здоровья. Он подрывает уравнищенность психического состояния, смещая его в сторону тревожности, ощущения опасности, безысходности, подавленной агрессии. Суть деструктивной культуры — призыв к смерти, обесмысливание и обесценивание жизни, не просто массивное и безразличное тиражирование смерти, но культивирование этой идеи.

4. Патологическое воображение, болезненное видение. Демонстрируется бесконечное количество видений, напоминающих галлюцинации, бредовые переживания, то есть людей заставляют переживать состояния, схожие с продуктивной психопатологической симптоматикой и другими проявлениями, которые свойственны тяжелой психической патологии.

5. Отсутствие сокровенных вещей. Один из принципов, по которому развивается любая культура — тайнодействие. Любая культура основана на принципе тайных вещей, которые не могут быть предметом повседневного касания. Псевдокультура снимает все тайные покровы. Открытость и доступность всего приводит к таким вещам, как цинизм. Все дозволено, все открыто. Рядом с цинизмом присутствует такое качество, как аморализм. Хорошо то, что делает сильный, то есть, победитель. Поэтому часто элемент шока основан на том, что показывается победа вероломства. Воспеваются предательство — тот, кто стал более страшным хищником, тот и прав. Еще одно качество этой культуры — это эротизм и открытый показ, постоянная демонстрация интимных сторон человеческой жизни. Об этом писал О. Шпенглер в “Закате Европы”. Он говорил, что один из признаков кризиса и распада цивилизации — превращение всех сторон человеческой жизни в спорт. Политика — спорт, наука — спорт, любовь — секс, спорт. Интимные моменты человеческой жизни показываются, как спортивные фигуры.

6. Еще одно качество псевдокультуры — механистичность. Каждое произведение не является единственным, уникальным и неповторимым, органически выращенным произведением. Существуют некие принципы, по которым можно снять боевик, сериал и т.д. Он может быть сфабрикован поточным способом, и человек не ждет индивидуальной работы, а ждет новых комбинаций, узнаваемых блоков, которые будут бить по тем же точкам в его разрушающемся сознании. Связанный с этим серьезный момент — тенденция упрощения отношения к жизни, к людям, отказ от высоких чувств, высмеивание высоких переживаний. Сложные структуры человеческого сознания становятся не нужны. Происходит интеллектуальная редукция, огрубление, упрощение и уплощение сознания. И вместе с этим заложен большой заряд недоверия к интеллектуализму, к умным образованным

людям. Это культура, которая насмехается над ребенком, который хорошо учится.

7. Важнейший момент — разрыв связи между поколениями. Поддерживается система подростковых субкультур, “тинейджерского” общения, особого жаргона — “слэнга”, которые делают эти группы обособленными, замкнутыми на себя, самодостаточными. Нередко подросток целенаправленно противопоставляется родителям. У нас звучала реклама “не говори родителям!”. Социальная политика во всех странах всегда противостояла тенденции отрыва детей от родителей, потому что эта связь — основа устойчивости государства и гражданского общества. Антикультура работает на поддержание подросткового нигилизма, более того, усугубляет его тем, что “тинейджерская” субкультура, которая формируется — в СМИ, и особенно в рекламе чрезвычайно затратна. Все атрибуты полноценности подростка в его среде, подчеркивающие его престиж, дорого стоят — дорогая одежда, дорогая обувь, дорогие игрушки. Это ставит подростка в конфликтное отношение с экономическим положением его семьи, когда самой дорогой статьей расходов становится не просто одевание ребенка — семья должна оплатить его место в социуме. Слабые в экономическом отношении семьи интеллектуалов, “бюджетников” оказываются самым уязвимым звеном, и их конфликт с подростками становится наиболее острым, поэтому подростки из семей рабочих госпредприятий и интеллигенции ситуативно оказываются во враждебной позиции к своим родителям. Это очень серьезный механизм подрыва не только естественного единства этноса, но и остановки или прерывания традиций, в том числе и духовных, препятствие к интеллектуальной преемственности поколений, когда быть сыном или дочерью образованных, порядочных, работающих — невыгодно и непрестижно.

8. Эта антикультура основана на принципиальном отсутствии низшего и высшего, отсутствии или извращении высших ценностей. Любая традиционная культура мира строится на системе вертикали. Есть обыденные вещи, есть низшие вещи, есть высшие вещи в структуре восходящей, работающей здоровой культуры. Антикультура не признает высших вещей в принципе. Всё, что находится выше уровня понимания “обычного”, “простого” человека, — смешно, недостойно. Поэтому обращение с высшими ценностями здесь высмеивается и опошляется. Эта культура вообще не предполагает высшего ранга человеческих отношений. Она создает клише поведения.

Говоря о росте культуры, З. Фрейд писал, что культура возникает между двумя полюсами, располагаясь между “табу” и “тотемом”. То есть, когда есть храм, куда человек может пойти, и есть то, чего он сделать не может, что запрещено.

9. Один из главенствующих принципов антикультуры — принцип тотального отторжения, дисгармонии: человека с человеком, человека с миром и чело-

века с самим собой. Любое культурное явление представляет собой самовоспроизводящуюся структуру, в основе которой лежит четкая система координат. В основе устойчивых, здоровых культур, лежат такие точки, как вера и любовь. В основе деструктивной культуры тоже есть реперные — опорные точки. Вместо веры — одержимость, вместо любви — удовольствие. Что получается результате таких подмен? Вера — в кого? Одержимость — чем? Любовь — к кому? Удовольствие — от чего? То есть, личностные отношения подменяются предметными. Не кто к кому, в кого, с кем, а кто — к чему, во что, с чем. Происходит подмена систем пассионарности. К чему она приводит? Вера и Любовь — это отношения, обращенные от человека к человеку, то есть они поддерживают устойчивую структуру целостной связи людей. Одержимость и удовольствие имеют иную природу — человек завязан на отделенном качестве или свойстве. Так происходит разодушевление мира и человека в нем. Создалась открытая структура, когда индивид сосредоточен на своем собственном отдельном состоянии, настроении или желании. Он всегда, постоянно будет неустойчивой конструкцией, поглощенной предметной средой, — значит, нуждающейся во внешней опоре.

Так формируется постоянно стрессированный человек, обладающий таким сочетанием качеств как незащищенность перед движением агрессивного мира и постоянной собственной внутренней неустойчивостью. То есть он тревожен, мнителен, подвержен страхам, с одной стороны, а с другой стороны — у него исчерпан кризис сочувствия, то есть он тотально безразличен и полон страхов и агрессии. Это сочетание качеств может быть отнесено к характеристике психологии раба. Таким образом, антикультура или псевдокультура — это особое явление в цивилизации, она формирует психологию раба вне социального рабства. Человек становится рабом своего состояния, своего положения, своего желания, своей прихоти и т.д. То есть это человек, которым можно управлять средствами создавшей его псевдокультуры и манипулировать с помощью множества социальных, психологических и информационных технологий.

В настоящий исторический момент информационная агрессия рекламы представляет собой национальную угрозу.

Очевидно, что реклама алкоголя и табака противоречит национальным интересам. Постоянная реклама пива формирует психическую зависимость от алкоголя: формирует стойкое убеждение, что любой отдых, встреча с друзьями, ожидание транспорта, спортивные игры, прогулки — все связано с пивом. В результате мы видим новый сформировавшийся стереотип подросткового поведения — бездумного, отупляющего, нетворческого, бездуховного, а часто и аморального и криминального. Последнее убедительное доказательство — массовая криминальная вспышка



при просмотре телевизионной трансляции футбола в Москве на Манежной площади в толпе, массивно алкоголизированной пивом, спровоцированная показом деструктивной антиобщественной рекламы поведения футбольных “фанатов”. Или вот еще реклама: двое мужчин сидят пьют пиво, а за окном женщина тяжело работает — пропалывает огород. Герои рекламного ролика передвигают бутылку так, чтобы не видеть работающую. Возможно, что кому-то становится весело. Но ведь веселые негодяи — все равно негодяи.

Менее очевидно то, что огромная часть рекламы “рекламирует” совсем не то, что она демонстрирует. Например: учитель спрашивает подростков: “Кто принес в класс бутылку с рекламируемым (кстати, безвредным) напитком? Кажется, что они все будут вставать и говорить: я! — Так как бутылка есть у каждого. И вдруг подростки стали вставать и говорить: “он, он, он”, показывая пальцем на попавшегося. Т.о. детей учат подличать, лгать, сваливать вину на другого, учат избегать ответственности. Это не реклама безалкогольного напитка, — это обучение модели аморального антиобщественного поведения. Еще пример: девушка летит в космической ракете, на нее нападают убийцы. Девушка зовет спасателей, но спасатели, услышав призыв о помощи, выключают экран, чтоб никто не мешал пить рекламируемый напиток. У любого нормального человека возникает естественное чувство негодования и протеста. Подросткам показывают, как профессиональные спасатели бросили человека в беде. Любой должен кинуться на помощь, а уж вооруженные специалисты — тем более: за неоказание помощи профессионалами следует уголовное наказание. Не товар рекламируют, а подлость. Что это: случайность, ошибка, халатность? Нет! Там, где действуют законы рынка, нет места “случайностям”. Видимо, целенаправленно изучалась результативность при помощи фокус-групп, маркетинговых исследований, и были предоставлены наблюдения и рекомендации, — чем ближе реклама к делинквентному, уголовному языку, поведению, мироощущению, сознанию, — тем легче попасть в резонанс с сегодняшними “тинейджерскими” особенностями психического восприятия. Или вот еще пример: командир экипажа идет в хвост самолета. Один из пассажиров спрашивает: “Все в порядке?” Вместо ответа летчик, улыбаясь, протягивает конфету и идет, как оказывается, прыгать с парашютом. Пассажиры остаются в счастливом неведении, но мысль летчика прозрачна — необходимо любым путем устранить препятствие для своих целей. Даже своеобразный гуманизм — можно не стрелять, а отвлечь конфетой, чтобы избежать паники. Неужели это реклама конфет? Может быть, так проявляется чувство юмора? Но ведь всегда были, как известно, неприемлемые — подлые шутки. Рекламы переполнены такими шутками. Постепенно после сотни повторений поднимается

порог восприятия — срабатывает защитный механизм. Так формируется толерантность к подлости. Телекомпании получают деньги только от рекламодателя. Его цель — продать как можно больше. Для этого нужно сделать так, чтобы всеобщим желанием стало съесть или выпивать как можно больше и чаще. Многочисленные опросы общественного мнения показывают: обществу хочется порядка. И вот на экране возникает чавкающая голова, а мужественный голос за кадром говорит: “Съел — и порядок”. Демонстрируются бесконечные сериалы, которые специально ориентированы на женщин в возрасте от 25 до 50 лет. Потому что они главные покупатели косметики, средств гигиены, стиральных порошков, продуктов быстрого приготовления. Вот такой критерий на телевидении решает судьбу художественных произведений для их публикации, и судьбу затрат времени зрителями и слушателями. Более того, хозяева телевидения заставляют всех смотреть всю рекламу. (Выключение звука неэффективная защита). Реклама забирает время — хоть смотри, хоть не смотри. Эти перерывы — потерянное в любом случае время. Дети, говорившие в России языком сказок, фразами Пушкина, теперь изъясняются безграмотными слоганами. Показывается реклама и вполне приемлемая по языку и по интонациям. Она внушает, что лучше пить и жевать, чем говорить. Руководители телевидения в “момент истины” — после аварии Останкинской телебашни заявили, что телевидение погибнет без рекламы, а оно многим людям доставляет огромное удовольствие. Но ведь наркотики, алкоголь, и проституции тоже многим людям доставляют постоянное и единственное удовольствие. С этим не мирится ни одна культурная страна! Постоянные показы “МММ”ов и прочих жульнических пирамид привели к огромному количеству депрессий, других психических расстройств и трагедий. Как следствие, в виртуальном мире нашего современного телевидения нет героев в прежнем понимании, общепринятом в мировой цивилизации. В этом мире нет чести, справедливости, достоинства, ума, сочувствия и сострадания. Человеческие добродетели отняты у людей и приписаны товарам. В зрительном ряду толпа с застывшими восторженными лицами идет за ними. Они ничего не читают, да и не работают. В значительной части рекламных роликов интонации не зависят от товара. Демонстрируется как будто бы краска для волос, вроде бы дезодорант, голова, жующая конфету или жвачку, а интонации, придыхания — эротические. Эти взгляды, улыбки, жесты, голоса не оставляют сомнений — это мягкое порно, а товар только декорация. Реклама показывается и звучит целый день. И дети перенимают не только убогие тексты. Они впитывают и язык интонаций и жестов. Кроме эротической самая употребляемая интонация — агрессивная. Мужской голос с угрожающей интонацией то предлагает товар, то анонсирует фильм. Рек-

ламируются не средства от перхоти, шампуни, лосьоны, рекламируется одна и та же совершенно примитивная модель: намажься этим дезодорантом, жуй (и молчи) — и все женщины (или мужчины) — твои. Вот такие низменные модели встраивает реклама в психику подростков. Предлагается не жвачка, и даже не золотой ключик, а воровская отмычка, которая откроет дверь в подростковое счастье (именно подростки жуют, пьют, и готовы любым способом добыть денег на эту отмычку). Им внушаются чудовищные вещи: модели подлого поведения и извращенный образ мыслей.

Псевдокультура направлена на разрушение традиционных устойчивых культурных форм и связей между людьми. Она воспитывает в человеке тревогу и многочисленные конкретные страхи и проистекающее из него равнодушие к жизни, хамство в поведении, грубость чувств, эмоциональную выхолощенность. То есть деструктивная культура нацелена на стагнацию личности, она заглушает и выжигает тонкие духовные движения, обездушивает человека, превращает в раба силы. Сочетание системы информационного давления и антикультуры формирует скрытым образом новый тип рабства — психическое рабство.

Опасность антикультуры состоит в том, что она претендует быть своего рода “идеологией”, предлагает свое объяснение мира и свою систему антиценностей, её версия жизни активно вторгается в сознание людей, тем самым расшатывая и разбалансируя их отношения друг с другом и равновесный гармоничный мир внутри сознания человека. На почве кризиса культуры развивается поляризация общества, усиливается его расслоение. Если этапы становления культуры проходят на чувствах восторга, восхищения, то этапы усталости и кризиса культуры развиваются как энергетика скепсиса, то есть культура движется как человек — от восхищения к иронии. Все, что делается в восходящей культуре, соотносится с понятием естественности, и культура здоровая воспринимает себя как активную созидательную силу трансформации человека. А вот культура, которая входит в фазу надлома, не работает с естественностью, не преломляет ее, она воспринимает ее как новую данность, то есть, происходит вторичная вандализация человека, вторичная варваризация общества как выход из общего и личного тупика. Декларируется превосходство естественности над культурностью. Одобряется высвобождение всех природных инстинктов, всей природной необузданности человека, разгул инстинктов и агрессии. Эта естественная природность воспринимается как сила доминирующая, универсальная, единственно верная. Идет своего рода фетишизация естественных склонностей, потребностей, отправления человека. Итак, происходит вторичное одичание человека, победа цивилизованного технократического варварства над культурным духовных творчеством

человека. Одновременно наблюдается следующая закономерность — рост мистического мироощущения, тяга к оккультным знаниям, из-за ощущения растерянности и невозможности познать законы, по которым ты живешь. И в какой-то момент может произойти разрыв духовного содержания посвященных и жизни масс. Катастрофы во многих цивилизациях произошли потому, что массы, потеряв связь с духовностью и истинными знаниями, сами отдавали свою культуру и страну другим культурам, гораздо ниже организованным сообществам, смысл действий которых им был более понятен и прост.

Любая жизнеспособная культура опирается на систему положительных ценностей. Кто бы с кем ни воювал, кто бы кому ни противостоял, но рост этноса становился возможным только на яркой пассионарной (по емкому определению Гумилева) позитивной идее. Любая устойчивая культурная модель базируется на позитивном образе человека и его устойчивых связях с миром. Основа такой модели — представление о достойном человеке, чья ценность постоянно демонстрируется и доказывается. В центре такой культуры оказывается герой-деятель. Она формирует множественную систему связей человека и мира, охватывающую его со всех сторон, создающую у него ощущение всеобщей защищенности и такой же включенности в мир. Отсюда следует вывод о ценности и устойчивости человека, о его необходимости, востребованности, применимости. Это важное звено в преодолении чувства одиночества, тревожности, зыбкости жизни.

Можно рассмотреть и обобщить ту систему идеальных условных позитивных модельных образов, психологических морально-поведенческих координат, реперных или опорных точек, которая повторяется в разных культурах.

Например, интересно, что в так называемой “советской” культуральной модели или матрице эти опорные узловые точки были учтены и представляли четкую структуру.

*Положительный добрый правитель — ОТЕЦ.* В советской “матрице”, последовательно адаптируясь к обстоятельствам, — от мифологизированного образа Ленина, до Брежнева.

*Круг поддерживающих и защищающих фигуру правителя позитивных сановников.*

*Фигура позитивного взрослого (член партии).*

Обязательный образ, на котором держится любая культура — это *положительная женщина — МАТЬ.* В советской культуральной модели — это Мать-героиня, Женщина-труженица.

*Положительный юноша (комсомолец).*

*Положительные дети (пионеры).*

*Пророки, предтечи, провидцы.* Тоже были продуманы и особым образом интерпретированы в “советской” структуре — литературный мифологизированный образ Льва Толстого — как “зеркала русской ре-

волюции”, вольнолюбивый Пушкин, мятежный Лермонтов — все работало на эту формулу.

Важнейшая точка координат, без которой невозможна полная система жизнеописания, — это т.н. *праотцы*. В “советской” матрице — это Маркс, Энгельс.

Следующий образ, без которого немислима полная, уравновешенная культурная модель, — это образ *искателя и носителя правды*. В современной матрице эта ниша была занята Максимом Горьким.

Обязательные фигуры любой культурной модели — *страстотерпец, страдалец, местной святой*. В этом разделе особенно значим образ погибшей за общее дело, жертвенно отдавшей себя за народ *Юной Девы*. Она, переживая тяготы и трагедии родного народа, считает их более значимыми, важными, чем собственную жизнь, и добровольно идет на заклание, отдавая свою нераскрытую женскую судьбу в фундамент будущего процветания народа. Это *Дева-Воительница, Дева-Спасительница*. На протяжении истории народов мы неоднократно видим проявление этого эпохального образа, сочетающего несовместное — хрупкую нежность, незащитность девичества и непобедимую волю, одержимость и негибимость мужества. Своим примером Дева-Воительница пробуждает к действию боязливых, вдохновляет равнодушных, укоряет трусливых.

В галерее юных девушек, готовых отдать свою жизнь за народ, наиболее ярко высвечен бессмертный образ — Жанны д’Арк. Простая, вышедшая из глубин народной жизни, она оказалась смелее аристократов и одержимее генералов, ее любовь к народу бесспорна, ее вера в победу абсолютна, она — избранница судьбы.

В советской культуральной модели это пламенный образ Зои Космодемьянской — девушки-партизанки, чье немислимое мужество и высокая стойкость породили немало подвигов не только во время Великой Отечественной войны, но стали образцом высокой самоотдачи и после нее.

Таким образом, положительные образы, ориентиры охватывают все стороны жизни человека, создают универсальную защитную структуру вокруг него, своего рода защитный покров. В основе формирования устойчивой культурной модели лежит внушающая — суггестирующая роль культуры.

Культура как моделирующая система дает человеку не только способы поведения, но и задает ему сами способы переживания мира, соприкосновения с миром, дает ему формулу, идею как его собственной личности, так и его народа. Сегодня мы живем в информационном пространстве, где точно не известно, что сейчас происходит. Картина, что мы получаем с экрана и из газет, — та самая стрессовая псевдореальность информационных программ новостей, создаваемая по определенным правилам. Еще один источник информации — это специально заказанные социологические исследования, завуалированная непрямая

реклама, которые отражают то, что было заказано, и за что было заплачено. Постоянно заполняющие эфир “ток-шоу”, и произведения массовой культуры. Наконец, как и в отдаленные времена, — общественное мнение в виде многократно повторенных устных пересказов событий, слухов, разговоров, ну и наш субъективный опыт. Он во многом структурируется на основе нашей личности и установок.

Всякое новое общество строилось на великих, героических идеальных моделях. Когда западная цивилизация строила рыночную экономику, основой или матрицей была идеальная модель. Когда у нас была взята идеальная модель рыночной экономики, пошло строительство криминальной системы, и реализован лозунг: *обогащайтесь!* После советской модели (своеобразного царства Божьего на земле) уместно было бы построить другую великую идею. У нас была выдвинута плоскопрагматическая идея. Не была учтена и еще одна закономерность построения модели общества. Была выдвинута фигура героя нашего времени — “нового русского”. Человек, который себя реализует в прагматической сфере и достигает финансового успеха. Когда западный мир строил свою цивилизацию, там существовала фигура буржуа, но он не был носителем идеи — знамени, он скромно двигался в тени. В западном обществе были идеалы героя — “рыцаря, то есть человека чести, для которого интересы его личного достоинства стояли на первом месте. Рядом с ним существовала фигура героя тоже не утилитарных целей, не земных интересов — монаха, ученого — философа — алхимика. Идея свободной торговли, была сращена с идеей Мастерства, Ремесла, Искусства. Критерий высокого профессионализма, профессиональной состоятельности, гордости, профессионального достоинства — вот что было ключом к рынку. Рынок, как побуждение к развитию навыков и умений, искусств и ремесел, как торжество искусности, обученности, умелости, как соревнование мастеров — вот что в конечном итоге стимулировало рост и развитие европейской цивилизации. Таким образом, на Западе у рынка было два лица: с одной стороны — это лицо товара, а с другой — лицо Мастера. Ценность товара и авторитет Мастера.

Этот комплексный, системный подход не был даже провозглашен “реформаторами” в России. Никто из них не выдвинул положения о том, что здоровое развитие рынка сплетено с идеей обязательного развития Умения, что рядом с властью капитала должен встать авторитет Мастерства. Говоря о торговле, не говорили об искусности, умелости, честности, ответственности, профессиональном совершенстве национального производства. Однобокое идейное построение породило убогую практику: вместо фигур Мастера и Купца на социальную арену вышли спекулянт и мошенник — грубые, неразвитые, необученные, лживые, вероломные. Взамен защитника-воина или благородного разбойника — вооруженный палач,

“криминальный авторитет”. Такова в народном сознании картина героев нашего времени.

Любое представление и описание социальной действительности, ее объяснение, даже самое рациональное, в виде схем или цифр социологического исследования — в психологическом аспекте является мифологическим, потому, что воспринимается прежде всего эмоционально и семантически, исходя из уже существующих в нашем сознании привычных сюжетно-ценностных сочетаний, формирующих объяснительные системы, отражающие доступным для понимания образом прошлое и настоящее, т.е. мифов. Она и создается с учетом этих мифов. Это происходит как сознательно — в ходе срежиссированных кампаний, так и бессознательно — в ходе повседневного “обсуждения”, отбора и создания информационных материалов, написания текстов сценариев телефильмов и программ теле и радиопередач. Воспринимается и передается по каналам общественного опыта не весь текст, а его семантический пласт. Это и есть собственно миф. Все остальные особенности текста — оболочка и несущая конструкция мифа. Преобладающая в обществе мифология позволяет судить о специфике самосознания и умонастроения народа и, соответственно, о специфике ментальности и национальной идентичности. Анализ мифов направлен на распознавание смысловых конструкций и выявление ценностных структур, которые воплощены в текстовых стереотипах, что позволяет судить о формировании отношения к себе и к жизни, о формировании способа восприятия и способа переживания, прогнозировать социальное поведение.

Ответственность за распространение тех или иных ценностных ориентиров, моделей поведения несет инициатор и заказчик — телевизионный и шоу-бизнес, может быть несколько менее издательский бизнес, превратившие в индустрию создание и распространение общественных мифов. Так как коммерческая мотивация оказалась сильнее идеологической, то вместо декларируемых норм жизни и ценностей свободного либерального цивилизованного общества реально тиражируются совершенно другие социально-психологические и культуральные модели и социальные мифы — т.е. системы, задающие, объясняющие и передающие способы понимания, переживания и действия. Все это ярко отражено в семантике и лексике языка. Стремление расширить рынок привело к примитивизации языка текстов, выхолащиванию содержания понятий и идей и к вторичному одичанию потребителя. Здесь особенно важно вспомнить, что создатель направления “структурного психоанализа” Жак Лакан подчеркивал ключевое значение именно символической, языковой проработки внутреннего опыта, его “обозначения”, то есть включения внешнего “хаоса” субъективности в символический порядок, опосредованный языком. Изменился язык — меняет-

ся мировосприятие, мышление, иерархия ценностей, система целеполагания, поведенческие паттерны.

Одна из закономерностей культурного движения заключается в том, что процессы распада, кризиса культуры и становления новой культурной модели происходят одновременно, параллельно, но не связано друг с другом. Они идут невидимыми друг для друга потоками. В нашей сегодняшней реальности существуют три тенденции: первая — это элементы кризиса, вторая — движение национального возрождения, и третья — моменты становления новой культурной матрицы, культурного роста.

Самым реальным моментом для всех нас стало создание мирового информационного пространства, появление людей, которые живут не столько в своих городах, квартирах, и семьях сколько в Интернете. Как заметил В. Франкл, “у каждого времени свои невроты — и каждому времени требуется своя психотерапия”. В период поиска новой культурной модели происходит расширение горизонта, возникает новое культурное поле. Такой момент был описан Бахтиным, который писал, что для того, чтобы культура совершила новый виток развития, она должна сделать кольцо и вернуться к началу. Она исходит из начала, но идет к новым руслам. Вот этот виток развития — необходимое звено для появления новой культурной модели. Создание новой культурной модели никак не сводимо к выдвиганию простой идеи или насущного лозунга. Наоборот, если существует тенденция или сила, пытающаяся разрушить нацию, этнос, уничтожить государство, то одним из направлений следует признать работу разрушения сакральной сложности национальной матрицы, подмену ее утилитарной простотой и идеологической примитивностью.

Движение культуры выглядит как модификация когнитивного стиля, в рамках новой культурной формулы происходит новое взаимодействие психологических элементов, определяющееся новыми соотношениями сложного и простого, старого и нового. Культура России всегда развивалась по принципу синтеза, трансформации, впитывания и переработывания разнообразных импульсов. Такая модель развития культуры в нашей стране и сейчас представляется тем перспективным началом, при котором можно говорить не только о ее жизненности, но и о ее большом стратегическом значении в новом времени, в новой ситуации. Именно этот путь ведет к сохранению национального самосознания, духовного и душевного здоровья народа. Блестящий пример успешного встраивания в современную мировую культуру с достойным, бережным и любовным отношением к национальной культуре показывает современное японское общество во всех слоях населения. Что касается наших национальных традиционных культур и современной массовой псевдокультуры (или антикультуры), — они могут только противостоять друг другу.

Философ и культуролог Ортега-и-Гассет писал: “Огромное большинство европейского человечества жило для культуры. Наука, искусство, право казались самодовлеющими величинами; жизнь, всецело посвященная им, перед внутренним судом совести оставалась полноценной”. “...Неужели теперь мы перестали верить в эти великие цели?” — спрашивает он и сам отвечает признанием факта, что вера осталась, но изменился её характер. Из глобальной, наделяющей существование смыслом и целью, стала частной, необязательной, ничего не обещающей и не гарантирующей ни всечеловеческое, ни индивидуальное спасение. В то же время, Л. Н. Толстой написал: “Ученый ... не имеет ответа на главный вопрос всякого разумного человека: зачем я живу и что мне делать?” Задачей психотерапии является помощь человеку в создании своего собственного жизненного пространства, в строительстве своего собственного дома в мире культуры, в реализации себя и своих возможностей обрести новый опыт, в т.ч. — опыт переживания. Отсутствие понятного человеку безусловного смысла существования и жизненных целей требует от каждой человеческой личности поиска смысла и самовоплощения, каждодневного ответственного выбора, способности понимания и приятия своих подлинных переживаний и потребностей, автономного смыслопорождения, целеполагания и претворения действительности. Сегодня этот процесс призвана направлять и поддерживать психотерапия. В отличие от религии, психотерапия никогда не претендует на создание законченной аксиологической системы, усваиваемой в акте рациональной веры или мистического откровения. “Цель психотерапии — исцеление души, цель же религии — спасение души... Психотерапия не должна также вступать на почву веры в божественные откровения” (В. Франкл). В противном случае психотерапия не становится новой религией, а превращается в истово охраняемый культ, включающий в себя догму, создателей, учеников и пациентов.

Цели, пути и средства у психотерапии, искусства и культуры — очень близки, а в значительной степени и совпадают. Восприятие событий, описываемых в произведениях искусства, их эмоциональная оценка не связаны с удовлетворением витальных или социальных потребностей. Соответственно, не происходит активизации соответствующих мотивационных процессов у воспринимающего индивида, ибо он непосредственно не участвует в изображаемых событиях. Эмоции, как реакция на возможность (или невозмож-

ность) удовлетворения потребности, отсутствуют. Интенсивность субъективного переживания определяется главным образом чувственно-когнитивными процессами, которые только моделируют эмоциональные переживания изображаемых лиц. Например: отрицательные эмоциональные состояния, испытываемые героем художественного произведения, сопереживаются воспринимающим индивидом, но при этом они, как правило, не носят неприятного, фрустрирующего характера, от которого хотелось бы избавиться, и даже безобразное воспринимается прежде всего с эстетической точки зрения. Чувственно-когнитивная модель эмоциональных переживаний есть организованная и организующая структура более высокого уровня психической регуляции. Будучи своего рода надстройкой, она начинает определять особенности личности, ее жизненный путь. Чувственно-когнитивные процессы, согласно Л. С. Выготскому, “экономизируют” психическую силу и упорядочивают “душевное хозяйство”; т.е. являются негэнтропийным и антистрессовым фактором. Трансформация эмоциональных переживаний в чувственно-когнитивные процессы наиболее полно реализуется посредством искусства. Суть такой трансформации — более глубокое осознание, нахождение обобщенного личностного смысла своим собственным эмоциональным переживаниям в контексте более широкого понимания их социальной сущности, гармонизация процесса переживания, связанного с переоценкой ценностей. “Искусство систематизирует совсем особенную сферу психики общественного человека — именно сферу его чувства” (Л. С. Выготский). В отличие от искусства психотерапии не свойственна категория самоценности. Она является средством, а не целью. Произведения, возникшие в процессе терапии искусством, заведомо не рассматриваются как творения, имеющие самостоятельную эстетическую ценность, — в противном случае, как заметил К. Юнг, они бы потеряли своё психотерапевтическое значение. Искусство способствует формированию навыков канализирования энергии эмоций, в результате чего образуются высшие, чувственно-когнитивные структуры (модели). С другой стороны, чем сложнее и богаче такие структуры, тем легче происходит канализирование энергии эмоций. Аналогичным образом можно проанализировать катарсические функции религии, науки и других сфер человеческой деятельности, также как их гедонистические и компенсаторные функции.

## Психопатологические аспекты жизнедеятельности в сети "Интернет"

### Программный сценарий исследования

О. В. Одаренко (Киев, Украина)

Глобальная компьютерная сеть "Интернет", первоначально замышлявшаяся как информационная сеть, созданная Пентагоном для военных нужд, а в последствии переданная научному сообществу с целью глобализации научного обмена и при условии отказа от коммерциализации, в настоящее время превратилась в место жизнедеятельности различных компьютерных сообществ, численность которых все возрастает, а структура и направленность приобретает все новые и новые оттенки. В связи с этим становится возможной дискуссия о стилях и формах поведения в Сети, дублирующих или же наоборот, резко контрастирующих с поведением людей в реальной действительности.

Виртуальные сообщества образуются, исходя из различных критериев, будь-то поиск новых форм коммуникации или же возможность достаточно свободно реализовать маргинальные желания. В свою очередь, пользователи компьютеров также делятся на ряд групп в зависимости от форм и способов реализации ценностно-нормативной системы, положенной в основу жизнедеятельности пользователя в Сети.

Так или иначе, уже сейчас мы можем констатировать довольно серьезную "обжитость" отдельных участков (сегментов) глобальной информационной сети "Интернет", а также наличие малопосещаемых "закоулков" электронной Вселенной, что дает, например, право говорить о зеркальном отображении реального географического пространства с его развитыми и заброшенными территориями.

Мир электронных сетей становится все более структурированным, приобретая черты упорядоченного универсума и вырабатывая, порой насильственным путем, правила поведения в таком универсуме. Логичным будет предположить, что все попытки отклониться от уже устоявшихся норм, окажутся непонятыми и даже приобретут характер патологии в глазах как "добропорядочных" пользователей "Интернет", так и лиц, к компьютерам отношение не имеющих. Кстати, для последних, сам факт увлечения виртуальными объектами может уже быть патологичным, ибо делает "кибернавтов" (термин, потихоньку набирающий популярность) выпадающими из традиционной поведенческой логики.

Следует сказать, что исследования патологий, возникающих при погружении в виртуальную реальность, уже предпринимались. Другой вопрос, что до сих пор, несмотря на все более активное распространение информационно-коммуникационных техноло-

гий, они носили бессистемный и далеко не целостный характер. Особенно характерно это для публикаций в периодической печати, целью которых зачастую является погружение читателя в состояние шока от прочитанного, но не объективное исследование явлений определенного рода.

На наш взгляд, исследования патологий, возникающих при погружении в виртуальную реальность, необходимо осуществлять на основании кросскультурных подходов, а также с учетом самых разнообразных характеристик социокультурного контекста, в котором данные патологии развиваются и функционируют. С этой целью мы предлагаем своего рода сценарий исследования таких патологий, реализация которого должна пройти несколько этапов.

Прежде всего, необходимо определиться с рядом понятий, фиксирующих патологические изменения соматического рода, а также изменения в психике, возникающие при погружении в виртуальную реальность. Отличительной чертой такого набора понятий является смешение их объемов и неразличение сферы функционирования, что приводит к неправомерному использованию терминологического ряда в публикациях, по жанру диаметрально противоположных друг другу.

Следующим этапом является исследование самой возможности возникновения таких патологий у различных категорий компьютерных пользователей. На наш взгляд, исследование не должно ограничиваться какой-либо одной категорией лиц, а создать максимально полную картину патологических изменений.

Прояснение необходимых условий возникновения патологий является важнейшей частью исследования, как впрочем, и сравнительный анализ взглядов на данную проблему различных авторов, будь-то профессиональных психиатров или же психологов, а также философов, культурологов и т.д. Необходимость привлечения к дискуссии специалистов различного рода обусловлена тем, что до сих пор однозначно не установлено, ограничиваются ли патологии указанного рода проявлением уже известных психических заболеваний, их новым витком, или же здесь появляются также совершенно новые, ранее неизвестные психические расстройства. Кроме того, может оказаться, что данные патологии могут вовсе не носить характера психических расстройств.

Необходимо также установить, имеют ли патологии, возникающие при погружении в виртуальную реальность, тенденцию к структурным изменениям, а

также, является ли решенным вопрос о классификации таких патологий.

Кроме того, важным представляется ответ на вопрос, имеют ли данные патологии национально-культурные особенности, как скажем шизофрения, или же они носят универсальный характер, ибо вызваны "глухой" к национально-культурным различиям виртуальной реальностью.

Как продолжение данного направления исследования можно поставить вопрос о том, имеют ли подобные патологии возрастные и половые отличия, а также каковы способы их лечения. Должны ли они носить медикаментозный характер, или же можно использовать "свое иное", то есть методы компьютерной терапии, актуализирующие подавленные эмоции и желания и т.д. и т.п.

В связи с последним, весьма актуальным представляется необходимость специальных классификационных критериев и тестов, при помощи которых

патологии, возникающие в результате погружения в виртуальную реальность, можно классифицировать и определять как объект, требующий пристального изучения, в том числе разными науками. Необходимо проанализировать уже существующие тесты подобного рода и установить, насколько универсальными они являются для всех проявлений психопатологий в Сети, а также для всех категорий пользователей.

По нашему убеждению, изложенная целостная программа исследования патологий, возникающих при погружении в виртуальную реальность, может быть дополнена и расширена, учитывая поступательный прогресс в информационно-коммуникационных технологиях и постепенную смену отношения к ним от безразличного, или же восторженно-удивленного, до рассудочно-оценочного, предусматривающего трезвый взгляд на сетевую Вселенную и применение аналитических подходов при анализе ее самых разнообразных проявлений.

6-ой конгресс по объединению Восточной и Западной психиатрии

### **ТРАВМА И ЕЕ ИЗЛЕЧЕНИЕ**

*9 – 12 октября 2003 г., Ереван*

**E-mail: [dasho@mail.lviv.ua](mailto:dasho@mail.lviv.ua)**

**<http://www.psyter.org>**

VIII Международный конгресс

### **“КОНСТРУКТИВИЗМ И ПСИХОТЕРАПИЯ”**

*14 – 18 июня 2003 г., Бари (Италия)*

**Fax +39 0805240797**

**Региональный конгресс**

### **Всемирной психиатрической ассоциации:**

*2 – 4 октября 2003 г., Каракас (Венесуэла)*

**Prof. Edgard Belfort, Fax: (58-212) 232-1104, 763-1184,**

**E-mail: [secretariaapal@cantv.net](mailto:secretariaapal@cantv.net), [belfort.ed@excite.com](mailto:belfort.ed@excite.com)**

## III Всемирный конгресс по психотерапии

III Всемирный конгресс по психотерапии под девизом “Душа мира — путь к глобализации” состоялся летом 2002 года в Австрийской столице, городе Вене. И это не случайно, ведь современная психотерапия во многом происходит из этой европейской столицы. В конгрессе участвовали более пяти тысяч психотерапевтов из 80 стран, Конгресс констатировал завершение первого этапа объединения психотерапевтов — формирование Всемирного Совета психотерапии. Избрано правление Всемирного Совета психотерапии в составе 24 человек. Президентом ВСП вновь избран профессор Альфред Притц (Австрия), одним из вице-президентов — профессор Виктор Викторович Макаров (Россия). Внедрены образовательные стандарты Европейского сертификата психотерапевта, которые приняты также в Японии и Китае. Открыт диалог между израильскими и палестинскими психотерапевтами, направленный на нормализацию ситуации в регионе. Отмечено, что главная особенность современной психотерапии — взаимное признание и уважение представителей всех ее вариантов и школ, открытое общение и взаимодействие между людьми и между культурами.

В программе конгресса было прочитано 237 пленарных лекций; состоялись секционные заседания, мастерские, круглые столы, презентации — всего 792 мероприятия. На них освещались: теория психотерапии, организация психотерапии, образование в области психотерапии, модальности, формы патологии и группы клиентов, симптомы расстройств, прочие разделы психотерапии (всего 134 раздела).

Генеральная ассамблея Всемирного Совета по психотерапии (ВСП) работает на средства, поступающие от проведения Всемирных конгрессов. Организация проводит и планирует проводить много континентальных и межконтинентальных конференций и конгрессов. В Европе их проводят организации, входящие в Европейскую Ассоциацию психотерапии, объединяющую психотерапевтов 42 стран этого континента.

Азиатская Ассоциация психотерапии развернула в Индии дискуссию о взаимоотношениях психотерапии западного мира и традиционных практик Индии. В январе 2003 года в Индии состоится континентальная конференция на эту тему. Интенсивно развивается психотерапия Японии. В настоящее время в стране уже более 20 ассоциаций по различным модальностям психотерапии. Континентальная конференция в

Японии состоится в 2006 году. Не менее интенсивно современная психотерапия развивается и в Китае. Большая статья на эту тему опубликована в специальном выпуске Профессиональной психотерапевтической газеты. Здесь ограничимся сообщением, о том, что развитие психотерапии в Китае и России имеет много общего. И изучение китайского опыта поможет нам осознать дополнительные грани нашей национальной ситуации. V Всемирный конгресс по психотерапии будет проходить в Пекине в 2008 году. Кстати, Европейский сертификат психотерапевта шагнул за пределы континента и получил признание в Японии и Китае. Наша страна с текущего года также получила прописку в Азиатской ассоциации психотерапии и континентальный конгресс Азиатской ассоциации психотерапии запланирован в России в мае 2007 года.

За три года, истекшие после II Всемирного конгресса по психотерапии, во всех странах Латинской Америки сформировались национальные ассоциации психотерапии. Все они объединились в континентальную Латино-Американскую Ассоциацию психотерапии. Именно в столице Аргентины, Буэнос-Айресе в 2005 году будет проводиться IV Всемирный конгресс по психотерапии. На Северо-Американском континенте, как в США, так и в Канаде, происходит процесс изучения и осознания новых инициатив, исходящих из ВСП.

Интенсивно развивается и психотерапия Африканского континента. Здесь в ряде стран складываются национальные ассоциации. То же можно сказать об Австралии и Океании. Важно отметить, что объединения профессионалов в области психотерапии складываются не только по принадлежности к странам и континентам. Единые культурные и языковые корни повели к консолидации в единую ассоциацию стран Арабского мира. Наша Профессиональная Психотерапевтическая Лига фактически стала объединением профессиональных психотерапевтов и консультантов не только России, но и всех бывших республик Советского Союза. Нас объединяют общий язык, общие культурные корни, менталитет наших клиентов, полученное образование, возможности создания общего пространства для практики и развития. Нам ещё предстоит рассмотреть русскоязычную психотерапию и консультирование в контексте мировых тенденций развития наших специальностей.

На Всемирном конгрессе были представлены все важнейшие модальности Ощущение единения, при-



сущее любому собранию людей, стремящихся понять друг друга, наглядно демонстрировало движение нашего профессионального сообщества от периода разбрасывания камней, который часто превращался в забрасывание камнями друг друга, ко времени собирания камней и профессионального конструктивного диалога. Так, например, вместо того, чтобы наклеивать на всё, что непонятно, ярлык шарлатанства, быть может, мы сможем увидеть за непонятной формой крупницы бесценного опыта, выраженного не наукообразным языком, но сотканным из тонкой материи фольклора и метафор. Важно перевести язык традиционных целителей на язык, понятный современному человеку. Если разобраться, мы работаем в области, которая еще только развивается и зачастую параллельна традиционному целительству. А во многом является его прямой родственницей и наследницей.

А. Притц говорил в одном из своих выступлений, что именно сотрудничество — это то, что всегда обеспечивает будущее и развитие, и что когда мы теряем способность меняться, исчезает наша способность к психотерапии.

Конгресс — это всегда возможность взглянуть на развитие различных методов психотерапии в различных странах и научиться чему-то для себя совершенно новому.

Erving Polster в пленарной лекции “Путь к соединению: терапевтическая карта” говорил о том, что рассказывать правильные психотерапевтические истории трудно. Люди рассказывают неправильные истории и неправильным способом. С его точки зрения не обязательно быть в контакте с конкретными людьми, важно иметь контакт с культурой. К такому выводу пришёл автор, обсуждая границы контакта психотерапевта и пациента. Автор задался вопросом. Какой бы была мировая психотерапия, если бы не было религии?

В пленарной лекции “Четыре пути к взаимосвязанности: терапевтическая карта” он говорил о том, что человеку важно чувствовать взаимосвязанность различных аспектов его жизни, чтобы уметь выбирать, куда двигаться дальше. В лекции о важности историй в жизни человека Polster остановился на том, что крайне важно рассказывать истории и обучать этому своих пациентов. Психотерапевт подобен писателю, он выбирает терапевтически правильную историю из огромного разнообразия возможностей. Здесь можно руководствоваться лишь собственным ощущением правильности. Никаких рецептов и рекомендаций по выбору истории нет. Чаще всего те истории, которые представляют наибольшую важность для рассказчика, послужат основным целям психотерапии.

Лекция Nancy Amendt — Lion посвящена теории и креативности в гештальт-терапии. Автор считает, что для удерживания высоко уровня творчества в гештальт-терапии важно избегать развития скуки, а для

этого использовать новые интервенции, работать с клиентами, отличными от привычных для вас пациентов. Очень важен игровой опыт, создание атмосферы возможности игры, определение рамок игры. Артистизм и игры дают больше чем диалог. Важно употребление метафор, юмора, парадоксов, маленьких катастроф, стимуляция воображения и интуиции. Новые подходы складываются из явлений культуры, психологии и других наук. Гештальт-терапию автор понимает широко, как науку, искусство и образование. Опасно застыть в устоявшихся формах. Ведь психотерапия всегда в движении.

Лекция основоположника позитивной психотерапии Носрада Пезешкиана была посвящена позитивной транскультуральной психотерапии. Книги этого известного психотерапевта уже переведены на 22 языка, что больше, чем у кого-либо из ныне действующих психотерапевтов. Его лекция как всегда была насыщена метафорами и цитатами.

Позитивная психотерапия была широко представлена на конгрессе: предконгрессная мастерская Н. Пезешкиана “Потеря, смерть и горе в различных культурах — пять стадий работы с горем в позитивной психотерапии”, ключевая лекция “Соберите позитивные моменты своей жизни и сохраните их на чёрные времена. Личный опыт дорог. Чужой опыт полезен”, 12 лекций, 3 мастерских и круглый стол. География секции впечатляла: Германия, Австрия, Россия (буквально от Москвы до Владивостока), Румыния, Болгария, Чехословакия, Украина, Индия, Боливия, ЮАР

О том, что школа Н. Пезешкиана, завершив этап становления и формирования, уверенно шагнула в пору зрелости, ясно свидетельствовали доклады о работе его учеников: исследования эффективности метода при различных нозологиях, эксперименты в сочетании позитивной психотерапии с арттерапией и психодрамой, смелые инновационные техники и теоретические исследования, оптимизация процесса подготовки специалистов, связь психотерапии с религией — вот далеко не полный перечень тем представленных в секции. Только в России за последние два года было защищено 3 кандидатских и одна докторская диссертации, в т.ч. одно из первых в мире исследований влияния супервизии на терапевтическую практику.

И, как всегда, работа этой секции была не просто обменом опытом. Это феерическое, весёлое общение большой семьи, открытой и хлебосольной. Пезешкиан говорит и в шутку и всерьёз, что, если вы не смеётесь с пациентом во время сессии хотя бы несколько раз, то терапия будет не качественной. О качестве работы секции можно было судить по регулярно раздававшимся из аудитории взрывам смеха.

Лекция Gunthard Weber касалась семейной психотерапии по Б. Хеллингеру. Этот метод пока имеет много противников. Журнал “Шпигель” опубликовал

острую статью, обвинив Б. Хеллингера в психологическом насилии.

Использованию семейной психотерапии по Хеллингеру была посвящена и лекция Franz Ruppert "Когда душа в замешательстве: как секреты могут превратиться в психоз". Он считает, что можно подойти ближе к раскрытию тайны внезапного возникновения психоза, используя теорию связей, теорию травмы и идею Хеллингера о системных чувствах, передающихся через поколения. Автор предполагает наличие семейного бессознательного, отличающегося от индивидуального или коллективного бессознательного, так называемой "общей семейной души".

Magia Ammon посвятила свою лекцию "Психотерапия шизофрении с точки зрения динамической психиатрии" теме психотерапии психозов. Автор описывает шизофрению как симбиотическое нарушение развития личности, превратившееся в длительный симбиоз, или "симбиотический комплекс", обычно складывающийся с матерью.

При психотерапии шизофрении важно войти в симбиоз с пациентом, принять психотический трансфер, взять на себя вторичные функции Эго за пациента и гибко отграничивать симбиотические потребности пациента.

Тема психотерапии психозов прозвучала и в докладе Zoran Dujovic "Психодрама в группе женщин с психозами". Он использует психодраму в работе с больными шизофренией, когда больные пробуют вести группу, выполняя роль психотерапевта, или меняются собственными ролями.

Профессор Heinz Katschnig в своем докладе "Будущее психотерапии шизофрении" остановился на основных принципах помощи этим больным. Наилучший вариант, по его мнению, заключается в правильном сочетании фармакотерапии, психотерапии и социальной работы.

По этим принципам построена работа с больными шизофренией в университетской клинике, которую он возглавляет.

Лекция Stephan Nau под названием "Сновидений не существует" обобщает опыт работы института психоанализа во Франкфурте-на-Майне. Автору сновидения представляются процессуальными событиями, которые постоянно изменяются.

Теме сновидений также была посвящена лекция Maurizio Gasseau "Групповая работа со снами: откуда приходят наши сны?" Автор выделил несколько категорий снов: символические сны, пророческие сны, священные сны, кошмары, просоночные сны, возвращающиеся сны и сны, имеющие социальное значение для группы. Автор предполагает существование социальной матрицы снов и что сны работают как на персональном, так и на социальном уровне.

Лекция Sylvester Walch посвящена трансперсональному, спиритуальному и персональному подходам в измерениях человеческой души. Автор поставил во-

просы. Откуда мы и куда идём? Какой смысл в катастрофах и кризисах? Можно ли быть довольным собой и своей жизнью на протяжении длительного времени? Психология и психотерапия избегают спиритуальных проявлений жизни, для избежания упреков в ненаучности.

Известный семейный психотерапевт Mony Elkaim из Бельгии в своей пленарной лекции "Системный подход к чувствам психотерапевта" постарался дать почувствовать каждому из слушателей, что наш опыт в психотерапии не только связан с нашей личной историей но и несёт определённую функцию в целостной терапевтической системе. Используя чувства психотерапевта, автор продемонстрировал, как исследование функции и значения этих "резонансов" на терапевтическую систему может открыть новые пути изменений.

Профессор Jerzy Aleksandrovicz из Польши продолжил дискуссию о разделении функций и ответственности врача-психотерапевта и психолога, говоря о том, что, несмотря на то, что порой мероприятия, проводимые психологами, приводят к излечению определённых современной психопатологией заболеваний, лечение должно оставаться прерогативой врачей, т.к. медицинские знания необходимы для адекватной оценки и понимания состояния, динамики, прогноза и лечения патологических состояний. Одновременно подчёркивается роль психолога в работе с практически здоровыми людьми в области образования, развития, оптимизации общения и "субъективного качества жизни", в реабилитации соматических пациентов и адаптации пациентов с психическими расстройствами и их семей.

Из лекции Yuli Sasaki мы узнали, что психотерапия в Японии развивается столь бурно, что если в 1993 году было 400 направлений психотерапии, то теперь их уже более 500. Автор выделил 8 моделей понимания человека: биосоциальную; психосоматическую, биопсихосоциальную, системную, экзистенциальную, гуманистическую, религиозную, трансперсональную и интегративную. Обобщая сказанное, автор сообщил, что важно работать во всех моделях одновременно.

Лекция David Schnarch "Исследование терапии пар" была посвящена новому подходу в лечении сексуальных нарушений в семье, основанному не на поиске патологии, а рассматривающему интимные отношения как подсистему в системе семьи.

Лекция Yurg Willi "Личностное развитие через бессознательно затрудненные жизненные обстоятельства" пользовалась огромной популярностью. Автор развил идеи экологической системной психиатрии. Он считает, что в жизни каждого человека важную роль играет окружающая среда, чтобы развиваться, надо получать позитивную реакцию от окружающей среды. А она не всегда даёт позитивный ответ, тогда появляется напряжение. Часто нам страшно

проявлять себя, так как мы боимся, что нас не примут. Поэтому мы выбираем себе таких же тревожных людей и создаем нездоровые отношения. Вопрос состоит в том, как долго будут длиться эти отношения.

Лекция Judy Kuriansky “Секс, любовь и терроризм” была связана с последствиями событий 11 сентября 2001 года. Лектор отметила, что после террористического акта в Нью-Йорке резко возросли продажи психотропных препаратов и сотовых телефонов, так как люди хотели активнее поддерживать связь друг с другом. Американцы стали активнее беспокоиться о своем микрокосмосе. Они значительно острее стали воспринимать насилие в своей семье и конфликтовать с терроризмом дома. Возросло количество разводов и новых браков, так как многие решили, что перед лицом брэнности существования не хотят до конца жизни оставаться с тем, с кем были.

Пленарная лекция Paul Roazen — исследователя из США уже в течение 40 лет занимающегося историей психотерапии касалась победителей и проигравших в истории психотерапии. Автор ставит вопрос, кто выигрывает и занимает доминирующее место в истории психотерапии, кто остаётся, а кто предаётся забвению? Может быть выигрывает сильнейший? Увы, ответ автора неутешителен. Автор считает, что З. Фрейд через сто лет возможно будет занимать один абзац в учебнике психотерапии. А сегодня он — ключевая фигура в интеллектуальном развитии человечества. Иное дело К. Юнг, подробная биография которого начала публиковаться только в последние годы. История изменяет представления о выдающихся фигурах психотерапии. Так Ференци длительное время считали сумасшедшим психоаналитиком. Теперь основное внимание обращают на его выдающуюся интуицию и силу клинического подхода. Локан в начале пятидесятых годов прошлого столетия был изгнан из международного общества психоаналитиков. Он стал известен как психоаналитик во Франции и во многом определил развитие психоанализа в своей стране. Известная жёсткая полемика Мелани Кляйн и Анны Фрейд завершилась победой М. Кляйн. Она выдвинула идею о необходимости проведения психоанализа всем детям. Тогда как, по мнению автора А. Фрейд была слишком альтруистичной и не знала пути прихода к власти.

Многие основоположники весьма популярных сегодня идей просто забыты.

Автор приходит к выводам, что того, кто не создаёт школу, забывают. Даже фанатизм автора и его сторонников оправдывает себя в будущем. С другой стороны и конформизм может привести к успеху. Ведь он нравится бюрократии. А бюрократия будет вечно.

София Фрейд в своей лекции затронула тему поклонения фальшивым пророкам. Она отметила, что важно стимулировать критическое мышление и внимательно рассматривать тех, кого пытаются поднять

на пьедестал. Существуют знаменитые личности, которых не обязательно считать пророками. Например, Фрейд, Юнг, Э. Эриксон не начинали как пророки. Просто позже они не смогли противостоять соблазну, так как восхищение легко портит характер. В их теориях отразилась их личная жизнь. Фрейд и Юнг считали женщин неполноценными, однако, они испытывали сильнейшую привязанность к своим матерям. В их жизни постоянно участвовали женщины. Э. Эриксон разработал теорию личности, основанную на его личной жизненной истории. Автор считает, что лучше защищаться от пророков. Или как говорил Ницше: “если на улице встретишь Будду — убей его”.

Доктор из Соединённых Штатов Susanne Maria Jensen в пленарной лекции утверждает, что психотерапия является базовой необходимостью для человека, ссылаясь при этом на саму этимологию слова “психотерапия” (лечение души — греч.). Она говорит: “человеческие существа на протяжении жизни переживают психологические травмы. Это так же относится к “кризисам” развития, как и к внешним и внутренним событиям. Поэтому целительный опыт и переживания необходимы для продолжающегося здорового развития и поддержания общего благополучия”.

Ещё большее расширение в социо-историческом видении миссии психотерапии было представлено в выступлении Nicole Aknin, психотерапевта из Франции. В своей лекции “Единство в разнообразии” она говорит о естественных страхах, рождаемых неотвратимостью глобализации и объясняемых незавершённостью индивидуализации. Автор предлагает увидеть в глобализации замечательную возможность прожить свою собственную уникальность вместе с глобальной тенденцией к уникальности: “...процесс индивидуализации, который мы предлагаем нашим клиентам имеет уникальную цель привести планету к глобализации.” Предполагается, что после того как мы сможем воссоединить противоречия в себе, нам легко будет уладить внешние противоречия. Так мы откроем путь к разнообразию. Иными словами она предлагает: “вместо того, чтобы видеть в ситуации дуальность выбора ЭТО или ИНОЕ, ... расширить соучастие (взаимодействие, взаимодополнение) ЭТОГО и ИНОГО”.

В завершении хочется поделиться с Вами мечтой, а быть может и пророчеством бывшего президента новозеландской ассоциации психотерапевтов Roy A. Bowden. В своей лекции “Есть ли фундаментальная психотерапия для нового мира?” он говорит, что настало время оставить в стороне определения и оценки и поощрять развитие любопытства и интереса, открытий, которые заставят нас пересмотреть такие понятия как “диагноз”, “лечение”, “анализ” и т.д., время, в которое психотерапевт сможет жить с вопросами, а не с ответами, когда уверенность в себе будет возможна на основе того, что мы о себе знаем и не потребует су-

жения взглядов, достигаемого смотрением через линзу любимой теории или модальности.

Таковы некоторые субъективные впечатления авторов данной статьи о Всемирном конгрессе. Мы во все не настаиваем, что это самое важное и самой главное из того, что происходило на конгрессе. Это то, что мы услышали и запомнили. А ещё была большая культурная программа. В том числе коктейль в музее З. Фрейда, бал в Венской ратуше и т.д.

Выпущен фундаментальный том, вышедший к III Всемирному конгрессу, "Глобализация психотерапии".

Принято решение печатать Журнал Европейской Ассоциации Психотерапии на 4 языках, издания Профессиональной Психотерапевтической Лиги (элект-

ронные и на бумажных носителях: "Профессиональная психотерапевтическая газета"; "Журнал ментальной медицины и экологии"; выходящий в свет с начала 2003 года журнал "Психотерапия"

Всемирный конгресс всё больше походит на огромный декадник по психотерапии. Теперь Всемирные конгрессы покинут старый свет. IV Всемирный конгресс по психотерапии планируется в 2005 году в Буэнос-Айресе, Аргентина. V Всемирный конгресс — в 2008 году в Пекине, Китай. Когда-нибудь. Всемирный конгресс по психотерапии пройдёт и в нашей стране!

**В. В. Макаров, И. О. Кириллов, И. К. Чобану**

*Рекомендуем:*

*Исаак Беккер.*

**Не остуди свое сердце...**

Записки врача-психиатра.

— Набережные Челны, 2002 (500 экз.)

*Рекомендуем:*

*И. И. Щиголев.*

**Частная психиатрическая помощь в России из XIX в XXI век.**

— М., 2002 (500 экз.)

*И. И. Щиголев.*

**Отечественный психиатр П. И. Якобий. Ч. 1.**

— Брянск, 2001 (500 экз.)

## Воспоминания-размышления о поездке в Вену на психотерапевтический конгресс

3-й Всемирный конгресс по психотерапии, организованный Всемирным Советом по Психотерапии (The World Council for Psychotherapy), происходил в Вене с 14 по 18 июля 2002 года. Девиз Конгресса: "Anima Mundi — The Challenge of Globalisation" ("Мировая Душа — Требование Глобализации").

Тут необходимо сделать разъяснение (прежде всего, мне — себе самому), поскольку входим в трудно понимаемую область сегодняшней глобализации. Глобализацию (сравнительно новое слово, понятие) обычно каждый сейчас понимает по-своему, и я смогу здесь сказать лишь то, как сам понимаю это. Исторический процесс глобализации (от лат. globus — шар; глобальный — охватывающий весь земной шар, мир, всеобщий, универсальный) необходим и мало от нас зависит. Он происходит как бы сам собою, напоминая о себе то всемирной компьютеризацией, то вездесущим английским языком и т.д. Мы живем в этом процессе глобализации, ему способствуем и сопротивляемся ему. Глобализация — это наполнение, охваченность мира чем-то часто необходимым для жизни Человечества, но и более или менее универсальным, приемлемым большинством людей мира, понятным этому большинству, как, например, арифметика. А универсальность — всегда есть некоторое механическое однообразие чувств, переживаний для многих людей, которые хотят быть собою. Так, английский язык воспламеняет душу тех, кто им живет, дышит, а других, с иной природой души, способен утомлять, эмоционально напрягать-выхолащивать. Поэтому невозможны универсально-всемирные порождающие творческое вдохновение у всех людей мира язык, искусство, литература, наука, природа, психотерапия. Поэтому по-русски более понятно было бы перевести девиз Конгресса, по-моему так: "Как соединить, слить Мировую Душу (организующий принцип, всеоживляющий двигатель мира, в сущности, изначальное творчество-Платон, Плотин, Бруно, Гете, Шеллинг) с нивелирующей, деперсонализирующей, но необходимой миру, Человечеству глобализацией, которой надобно способствовать?" Может быть, я не прав, но нигде не мог я найти более понятного мне объяснения.

Это был Конгресс психотерапевтов (из 80 стран, более 5 тысяч участников) — про все на свете в Психотерапии. Сонмище лекций и мастерских (воркшопов) одновременно во множестве залов и комнат. Одних только "ключевых лекций", то есть торжественно-часовых, дообеденных, с 9.00 до 14.00 (Keynote Lectures), было за 4 дня около двух с половиной сотен. Первый день (14 июля) — мастерские Преконгресса (30 мастерских одновременно) и открытие Конгресса. А послеобеденных лекций и мастерских (Lec-

tures and Workshops), с 15.00 до 19.00, было за 4 дня более восьмисот.

Поэтому и смогу рассказать здесь кратко свои впечатления-размышления лишь о самом духе Конгресса, о том, что затронуло меня в некоторых выступлениях психотерапевтов, на которых удалось присутствовать, о самом путешествии в Вену.

Самое существо атмосферы Конгресса, как думаю и чувствую, состояло в том, чтобы показать-доказать Человечеству: разнообразнейшая Психотерапия поистине вышла за ворота Медицины и, помогая по-своему людям Земли, особым образом наполняет собою (глобализирует) весь мир. Если первые три Всемирных Конгресса по психотерапии (1996, 1999, 2002) произошли в Вене (Австрия) — городе великих европейских психотерапевтов, — то следующие два (2005 и 2008) предполагаются уже в Буэнос-Айресе (Аргентина) и Пекине (Китай). Том работ всемирно известных психотерапевтов мира о психотерапии в своих странах, о психотерапевтических подходах (методах, модальностях), выпущенный в свет в этом году в Вене под редакцией Президента Всемирного Совета по Психотерапии профессора Альфреда Притца, так и называется — "Globalized Psychotherapy" ("Глобализированная Психотерапия"). "Глобализированная", думается, именно в том смысле глобализационных трудностей, о котором уже сказал. Есть в этом томе и главы профессора В. В. Макарова о российской психотерапии и об особой Мультимодальной психотерапии в России. Заведующий кафедрой психотерапии, медицинской психологии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования, президент Профессиональной Психотерапевтической Лиги, вице-президент Европейской Ассоциации Психотерапии Виктор Викторович Макаров избран теперь и вице-президентом Всемирного Совета по Психотерапии. Насущно и созвучно девизу Конгресса (в том его понимании, которое я здесь предложил), насущно в этом сегодняшнем организованном наполнении мира Психотерапией бережное отношение организаторов всемирной психотерапевтической помощи к самобытности психотерапии каждой страны, каждого народа. Подлинная психотерапия народа, страны глубоко национальна, как и всякая другая личностная, духовная работа (например, литература, искусство). Несомненно, непередаваемо-национальны сами духовные, гуманистические психотерапевтические ценности-основы в каждой стране. Это они окрашивают в национальный цвет местной версии даже методы технической психотерапии, применяющиеся в данной стране. Однако, конечно же, психотерапевтические техники, по большей части, действительно, более универсальны, как, например, и хирурги-

ческие операции, фармакологические назначения. В известной мере всемирная универсальность затрагивает психоаналитические и экзистенциальные подходы (хотя и здесь обычно с национальной окраской). Клиническая же (прежде всего, своим клиническим, одухотворенно-реалистическим мироощущением) психотерапия несет в себе особенную малопередаваемую для других народов духовную самобытность, как и русская реалистическая художественная литература, проникнутая чаще не столько психологическим анализом, сколько психологическим переживанием. Кстати, подтверждают это и беседы на Конгрессе с уехавшими жить на Запад российскими психотерапевтами: в основном, они, вполне владея языком своей новой страны, по-настоящему психотерапевтически способны помогать лишь тоже российским эмигрантам. Исключение составляют разве психотерапевты, работающие преимущественно с больными истерией, не равнодушными к психотерапевтической “экзотике”.

Совершившемуся сегодня многогранно-красочному объединению громадного количества психотерапевтов мира с сохранением особенностей психотерапии каждой страны, каждого народа, каждого психотерапевта (особенностей, отвечающих национальным душевным, духовным свойствам наших пациентов и клиентов) мы обязаны прежде всего Президенту Всемирного Совета по Психотерапии профессору Альфреду Притцу, его замечательной психотерапевтической эрудиции, его пленительной энергии, рабочему вдохновению и душевному теплу. Уже много лет неутомимо навещает Альфред Притц большие и малые страны, изучает, рассматривает там психотерапевтическую работу, собирая, объединяя самобытных, интересных, живущих психотерапией специалистов, помогает им рассказать коллегам мира о своей психотерапии, познакомиться ближе с созвучными им специалистами. В этом, кстати, и состоит главный смысл конгрессов, симпозиумов, конференций. Этот неустанный кропотливый, хотя, в тоже время, и вдохновенный, труд Президента, его помощников и был, по-моему, ключевой основой нынешней глобализации Психотерапии, становления Всемирной Психотерапевтической Души. Прежде всего, именно этим Альфред Притц, для меня, уже сегодня ярко вошел в историю мировой психотерапии. Помню, как в самом конце прошлого века сказал Альфреду Притцу о том, что в России, стране Достоевского, Толстого и Чехова сложится в будущем достойная ее духовности великая психотерапия. Альфред Притц горячо согласился со мной.

Вот то, что было мне, в соответствии со всем этим, созвучно в выступлениях на Конгрессе.

Хорошо известный у нас своими книгами Носсрат Пезешкян — Nossrat Peseschkian (15.07.2002) рассказывал в своей лекции (о собирании и хранении в себе своих позитивных ценностей на черный день), что

когда-то “подходил к психотерапии как хирург”. Только со временем он “увидел психотерапию позитивно, то есть увидел всю ее целостность”. Это произошло благодаря тому, что, переехав в молодости жить из Ирана в Германию, постепенно осознал важность для психотерапии “изучения психотерапии в различных культурах”. Так, например, в Германии заболевший человек не хочет, чтобы его, больного, навещали знакомые, друзья. “На Востоке заболевший был бы оскорблен, если бы его не навещали”. “Если на Западе люди часто отходят от того, кто тяжело заболел, у кого горе, то на Востоке — наоборот”. Так, в сравнении, возможно помочь человеку целостно (позитивно) увидеть светлое в своих огорчениях-трудностях. Все тяжелое имеет какой-то свой светлый смысл, потому что в любом человеке живет способность к любви и “возможно каждого, казалось бы, ничемного человека рассматривать как брошенную шахту, в которой таятся драгоценные камни” (в соответствии с духовно наполняющей Позитивную психотерапию единой для Человечества верой бахаи). Мне созвучна некоторыми своими гранями Позитивная психотерапия: созвучна своим душевным светом и способностью психотерапевтически относиться к переживаниям человека сообразно его особенностям, помогая ему искать в себе свое светлое, драгоценное. Конечно, если не перебарщивать. Ведь всяким перебарщиванием можно глубоко обидеть человека, которому хотим помочь. Например, чеховским смешным утешением: “Если жена тебе изменила, то радуйся, что она изменила тебе, а не отчеству” (юмореска “Жизнь прекрасна! (покушающимся на самоубийство)”). Моя Терапия творческим самовыражением (ТТС), основываясь на особенностях природы человека, помогает ему посылно изучить эту природу (характер, структуру хронической депрессии, деперсонализации), чтобы с помощью этих природных ориентиров войти в свое неповторимое целебное творческое вдохновение, несущее в себе любовь и смысл. ТТС идет не от разницы культур, а, прежде всего, от разницы характеров людей, изучая эти характеры. У нас, в одной нашей российской культуре, многие люди психастенического или аутистического склада, заболев, не хотят, чтобы их навещали, а синтонные, циклоиды будут расстраиваться и обижаться, если их часто не навещают — и не только близкие. Еще я, конечно, хотел бы верить, что в любой брошенной шахте таятся драгоценные камни, но мое клиническое мироощущение мешает этому.

Лекция Вальтера Пирингера — Walter Pieringer называлась “Gnothi Se Auton — познай самого себя” (16.07.2002). Это известное греческое изречение в храме Аполлона в Дельфах чаще встречается у нас по-латыни, а не по-гречески, как здесь. “Nosce te ipsum” — лат. Конечно, меня сразу втянуло в эту лекцию молодого, по-видимому, австрийского, исследователя: “познай самого себя” (как изучение собствен-

ных болезненных расстройств, своего характера) — одна из основ Терапии творческим самовыражением. И здесь лектор тоже говорил о психотерапевтическом познании своих особенностей и особенностей других людей, но основываясь лишь на четырех древнегреческих темпераментах (сангвиник, холерик, флегматик, меланхолик). Например, человек с истерическим складом для него — сангвиник. Лектор кратко отметил “нейробиологическую основу” каждого темперамента (“в соответствии с современными биохимическими концепциями”, упоминал серотонин, норадреналин и т.п.) и полагал, что эти четыре темперамента есть четыре основных типа мышления, мировоззрения в мире. Это — четыре способа познания себя, познания в том смысле, как это предполагалось в храме Аполлона: познание в себе Бога и, стало быть, своего пути к исцелению. Таким образом, каждый из нас видит лишь одну (из четырех) сторону действительности и подобен этим платоновскому закованному человеку-узнику в пещере спиной ко входу. Каждый из нас не способен видеть, постигать действительный мир в его целокупности. Каждый из нас несет в себе лишь одно измерение: к примеру, холерик не понимает флегматика. Поэтому необходимо на основе учения о четырех темпераментах и платоновского “образа пещеры” проникнуться учениями, аксиомами, которые дали миру Святой Августин, Юнг, Франкл, Роджерс, Адлер, Фрейд, Морено, проникнуться герменевтикой как учением о понимании (Дильтей, Хайдеггер). Вальтер Пирингер убежден в том, что “познай самого себя” есть “основное положение психотерапии”. Оно объясняет “невозможность создания единой системы психотерапии”, но “способно помочь человеку понимать других людей”. Конечно же, мне многое здесь созвучно, хотя и отличаюсь от лектора естественнонаучным мировоззрением. Я, кажется, понимаю, что религиозность Вальтера Пирингера помешала ему войти в современную классическую характерологию исследователей с естественнонаучным мировоззрением (Эрнст Кречмер, Петр Ганнушкин). Впрочем, покойный религиозный психиатр-психотерапевт Вольфганг Кречмер, преклоняясь перед учением своего отца, Эрнста Кречмера, подробно рассматривал в своих публикациях и наших беседах природные характеры людей как именно душевно-биологические структуры, по-разному, более или менее улавливающие, постигающие Божественное, сообразно своим особенностям.

Важной была для меня и лекция Герхарда Геллера — Gerhard Heller (18.07.2002), изучавшего целительство в Индии (с интереснейшим фильмом). Молодые современные целители-шаманы в этом фильме, в сущности, погружали словами и пассажами в целительный гипнотический сомнамбулизм душевно страдающих (но явно без каких-то духовных, личностных сложностей) простых людей Индии разного возраста, прямо на улице. Целители-шаманы похожи на сту-

дентов или молодых врачей. Видимо, они по опыту знают, в каких случаях могут помочь, а в каких человеку необходимо обратиться к врачу. Измученные женщины просыпались просветленными и благодарными. Так ясно виделось из лекции и фильма, что формы психотерапии диктуются нам теми, кто нуждается в психотерапии. И если эти люди верят в чудо целительства, нужно, чтобы они получили то, во что верят. Вспомнились наши 300.000 официально зарегистрированных целителей — против нескольких тысяч российских психотерапевтов. Видимо, в сегодняшней России все так и должно быть при том условии, что именно врач направляет человека к целителю, как делается это уже в московском Целительстве под руководством профессора Якова Гальперина. Естественно и справедливо в этом отношении то, что многие целители встали под оберегающее их и врачебно-консультативно помогающее им крыло Профессиональной Психотерапевтической Лиги.

И еще на этом Конгрессе я окончательно понял, что Гештальт-терапия как метод, помогающий человеку быть счастливым самим собою, существенно отличается от Терапии творческим самовыражением тем, что не опирается на целенаправленное целебное естественнонаучное изучение вместе с пациентом природы его характера или хронических душевных расстройств, не опирается на какие-то специальные способы творческого самовыражения (сообразно своим душевным, характерологическим особенностям). Все тут происходит практически технически-интуитивно, хотя и целостно, душевно-телесно. И “осознавание” здесь — именно “awareness” (прежде всего, телесное “осознавание” без погружения в размышление, “осознавание”, присущее и животным), а не рефлексивное, сугубо человеческое осознание (“consciousness”). В недавно опубликованной в “Профессиональной психотерапевтической газете” (№ 2(3) июль, 2002) лекции французского гештальт-терапевта Сержа Гингера “Женский мозг и мужской мозг” рассказывается о мужских и женских душевно-телесных особенностях для того, чтобы помочь психотерапевту по-разному работать с мужчинами и женщинами. Может быть, некоторые гештальттерапевты уже и рассказывают своим пациентам, клиентам об их душевно-телесных особенностях, дабы помочь себе их “осознавать”? Впрочем, может быть, это уже слишком “awareness” для гештальттерапии?

Испытываю духовное созвучие и с итальянским психотерапевтическим направлением “София-Анализ”. На Конгрессе с лекцией об этом направлении выступили Бруно Бонвекки и Омбретта Джапини (Bruno Bonvecchi, Ombretta Giapini): “Есть ли Душа у Психотерапии? Ответ от Софии-Анализа: миф в Космо-арте”. (“Does Psychotherapy have a Soul? A reply from Sophia-Analysis: The Cosmo-art myth”). Перед закрытием Конгресса состоялся яркий спектакль (Италия-Россия), которым Институт Экзистенциаль-

но-аналитической психотерапии г. Асколи Пичено (Италия) как часть Римского Университета Софии вместе с Профессиональной Психотерапевтической Лигой ответили на девиз Конгресса о Мировой Душе и глобализации (Ведущие спектакля-воркшопа: Италия Габриелла Сорджи (Italia Gabriella Sorgi), Виктор Макаров, Андрей Ермошин). Название спектакля: «От утраченной красоты к красоте артистического действия: “Поиск Грааля”». София-аналитический театр в начале этого года был уже в Москве по приглашению Профессиональной Психотерапевтической Лиги. Был он в гостях и у нашего Реалистического психотерапевтического театра (частица Терапии творческим самовыражением). О Софии-Анализе постараюсь рассказать подробно в будущем.

Поскольку давно уже живу в Терапии творческим самовыражением и, в частности, в терапии творческим общением с природой, в терапии творческими путешествиями, в терапии ведением дневника и записных книжек, — приведу несколько записей из записной книжки, которые делал в этом сравнительно недорогом (благодаря Лиге) путешествии в Вену. Путешествие началось на Белорусском вокзале в Москве. Два вагона были наполнены российскими психотерапевтами — участниками Конгресса.

*10 июля 2002г. Поезд “Москва-Прага”.*

За окном Белоруссия. Серые деревянные домишки без ставен. Заросли крупного лилового Иван-чая. Мягкое утреннее солнце. Пар над травой. Березы, сосны. Воздух чудесный в приоткрытое окно. Картошка цветет. Косарь в поле.

*11 июля 2002г.*

*Поезд “Москва-Прага”.*

Едем по Польше. Природа тут как бы посеревшая, без белорусской сочности. Но так заметна аутистически-красивая аккуратность полей, польских изящных снопов, заботливо-затейливо увязанных друг с другом, красивая готичность в белых домах и в природе.

Подъезжаем к Праге. Черепичные крыши. Костёлы.

*Прага.*

Экскурсия по Праге. Экскурсовод-чешка рассказала, что Чехия — малорелигиозная страна. Половина жителей по анкетам не имеют отношения к религии. Объяснила это тем, что чехи природой своей тянулись к протестантизму. Еще Ян Гус боролся против католичества, а позднее Австро-Венгрия, частью которой стала Чехия, приказала всем чехам католичество и сжигала на кострах еретиков. Собор Святого Витта. Улицы, дома — чувствуется пост-социалистическая потертость, “неотремонтированность”.

*Автобус в Вену.*

На автобусе из Праги — в Вену. Моравские холмы, пирамидальные тополя, красная черепица, скошенное сено. Красная живая черепица — не пластмассовая,

дышит природой. Черепица, которую, наверно, тот платоновский герой одухотворенно-сосредоточенно нюхал. Уже появились по-западному цветы на внешних подоконниках. Поля подсолнечника, виноградники, белая акация.

Въехали в Австрию — и сразу же в домах, автобусах, полях подсолнечника, виноградниках, в той же черепице засветилось подчеркнутое, готическое, ярко-праздничное, окончательно западное, не славянское изящество.

*12 июля 2002г. Вена.*

Разноцветные, как игрушечные, дома. Уютные, как игрушечные, трамваи. Как в детской книжке с цветными картинками. Людей не так много. Синтоноподобная, доброжелательная аутистичность австрийцев. В трамвае как будто бы не знакомые друг с другом прежде интеллигентные люди могут как бы задушевно-искренне тихо смеяться в разговоре между собою. Все это подчеркнуто “как бы”, готически-красиво подчеркнуто — в сравнении, например, с истинно синтонной, мягко-шумной Одессой.

Недалеко от Гостевого Дома, где живу, в скверике с яркими цветочными клумбами, пожилые грубоватые австрийцы азартно играют за столом в карты, как у нас во дворе в домино. Вход собакам воспрещен.

По улицам Вены извозчики позапрошлого века везут в своих старинных экипажах желающих погрузиться в прошлое.

*13 июля 2002г. Вена.*

Музей истории искусства. Рассматривал картины Брейгеля. Тщательная, но задушевная выписанность. Иная, нежели у учителя (Босх), сообразная своей, доброй, теплой природе. Не чувствуется зловещенки или воспаленной сказочности творческого схизиса. Грустное полнокровие жизни с гульфиками.

Фотографировал на Burggasse (Городская улица), по которой долго медленно шел. Множество антикварных лавок с предметами прежних, ушедших времен — старинные кофемолки, посуда, фигурки и прочее.

Здесь все-таки встретишь на улицах и мусор, и окурки, и собачий помет, но все это какое-то не свое.

Старики и старушки в шортах на улицах, со взбухшими венами на ногах напоказ. Должно быть туристы.

*14 июля 2002г. Вена.*

Подвальное кафе в сравнительно дешевом Гостевом Дворе. Доброжелательный худощавый негр в окошке. Стандартный скромный завтрак входит в стоимость комнаты. Две круглые маленькие булки, холодное молоко в общем кувшине (наливай себе в стакан), кусочек масла в серебре, джем в коробочке, чай с лимоном или кофе. Вокруг улыбки, многоговение с красиво-манерной жестикуляцией, желание



таким образом мягко проникнуть друг в друга, до известной черты.

Воскресная утренняя Вена. Церковный колокол. Цветущий олеандр в больших горшках на узкой старой улице.

*17 июля 2002г. Вена.*

Теплый дождь из серо-черной лохматой тучи и снова жарища-духотища. Довольно чистая вода в Новом Дунае.купаются там люди и торжественно плавают белые лебеди. Но и Старый Дунай не грязен тут: утки у берега, цветущая пижма на берегу. На Старом Дунае привязан у берега старый корабль "Bertha von Suttner" ("плавучая средняя школа"). В нем, в душноте, происходит часть Конгресса. Но большая часть Конгресса — в прекрасных прохладных помещениях Конгресс-Центра Медицинского факультета Венского Университета, в Главном Венском госпитале. Это — громадное, геометрически-сложное, многоэтажное строение, в котором перемешаны врачи, пациенты, их родственники, студенты, участники разных Конгрессов.

*18 июля 2002г. Вена.*

Вчера — роскошный ночной бал в ратуше. Вальсы Штрауса. Поначалу в бальных нарядах танцевали те, кто умеет это делать классически. Потом — все желающие. Сбоку от танцевального пространства — столы. Изысканные кушанья и напитки.

Вероника Львовна Казарновская (психолог, работали вместе в молодости в нашей клинике психотерапии неврозов в 12-й больнице — Покровское-Стрешнево) рассказывала, что уже 5 лет живет в германском городке, где психотерапевтически помогает русскоязычным пациентам, клиентам ("их множество в Германии"). "С немцами мы не можем работать, — рассказывала Казарновская. — Не прощают погрешностей в языке. Вообще у немцев иной ход мысли. Не получается психотерапевтического взаимопонимания, даже у тех наших психотерапевтов, которые очень хорошо знают язык. В Германии в душевном смысле все строже, холоднее. Здесь, в Австрии, теплее, как-то ближе к дому. Попалась мне статья Бунина о том, что русская эмиграция несет свою миссию по оживлению-просветлению, согреванию западноевро-

пейской души. Мы много здесь об этом говорим. Да, в Европе удобнее, чище, сытнее-вкуснее, но к этому быстро привыкаешь."

Вспомнил. Мой знакомый, давно уже живущий в Германии, изучавший, изучающий там психологию, знающий язык в совершенстве, рассказывал, что все равно, когда говорит с немцем, чувствует, что немец не то и не так хотел бы от него услышать.

*19 июля 2002г. Вена.*

Русская маленькая харчевня "Valeria". Борщом и пельменями под магнитофонные русские песни кормит там, в основном, земляков (туристов, русских студентов и т.д.) пожилая, часто немного хмельная Лиля, мать предпринимательницы Валерии. Именем дочери и названа харчевня. У входа в харчевню мелом на доске латинскими буквами написаны слова — "борщ", "рассольник" и т.д. Знакомые и не знакомые друг с другом земляки здесь душевно здороваются и прощаются.

*20 июля 2002г. Поезд "Прага-Москва".*

Едем по Польше. Здесь уже нет виноградников. Голубеет цикорий.

В заключение этого очерка отмечу то главное для меня, что еще яснее стало мне во время и после поездки в Вену. У каждого народа, в каждой стране, своя самобытная психотерапия, свои самобытные психотерапевты. Так и у нас. Потому что по-русски самобытны многие люди, нуждающиеся, как и в нашей, родной, российской психотерапии, так и в нашей российской духовной культуре вообще. Истинная психотерапия народа, отдельных психотерапевтов всегда одухотворенно-человечна, а значит, самобытна, и только гранями созвучия благотворно, взаимообогащающе, соприкасается с психотерапиями других народов, других психотерапевтов. Самобытностью психотерапий разных стран, народов, психотерапевтов, уникальностью-самобытностью этих психотерапий, дружественно связанных между собою нравственной основой, какими-то общими чертами, гранями созвучия, — и живет, питается Мировая (глобализированная) Психотерапевтическая Душа.

М. Е. Бурно

## Серьезное обоснование практических мер реформирования организации психиатрической помощи

*Казаковцев Б. А., Сидоркова Л. Ф., Моисеенко А. П.* Организация и проектирование психиатрических стационаров в регионах России. — М., 1997. — 297 с.

*Казаковцев Б. А., Сидоркова Л. Ф., Мурашева Е. И., Моисеенко А. П., Толмачева М. В.* Организация и проектирование внебольничных учреждений и подразделений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь в регионах России. Реконструкция крупных психиатрических стационаров. — М., 1999. — 304 с.

Научной литературы по планированию организации психиатрической помощи недостаточно. Этот пробел восполнила серия монографий главного психиатра Минздрава РФ Б. А. Казаковцева с соавторами, сотрудниками ГИПРОНИИЗДРАВа. Мы остановимся на двух книгах из этой серии. Исследование выполнено в рамках реализации Федеральной целевой программы “Неотложные меры по совершенствованию психиатрической помощи (1995 – 1997 годы)”.

В монографиях впервые приводится подробный анализ существующей сети психиатрических учреждений с учетом технического состояния зданий, оснащенности их инженерными системами, обеспеченности площадями для оказания психиатрической помощи. Данные представлены как по типам психиатрических учреждений (стационарные, внебольничные), так и в разрезе регионов России. На основе анализа авторы делают неутешительный и справедливый вывод о критическом состоянии материально-технической базы стационарных и амбулаторных психиатрических учреждений и видят необходимость реконструкции этой базы в условиях реформирования службы.

Исходя из потребностей в психиатрической помощи и разнообразных конкретных особенностей территориальных факторов (численность и возрастная структура населения, радиус обслуживания) методом кластерного анализа произведено построение модели организации стационарной психиатрической помощи для каждого региона России (главы 5, 6, 7). В результате, выделено шесть типов регионов по особенностям планирования и организации сети стационарных психиатрических учреждений. Даны конкретные рекомендации по каждому типу территории Российской Федерации с указанием профиля и количества общепсихиатрических и специализированных коек. Важно, что авторы опирались на современную идеологию децентрализации и приближения к населению психиатрической помощи. Авторы предлагают одно-, двух- и трехступенчатые сети психиатрических стационаров с широким исполь-

зованием стационарзамещающих форм помощи (дневной стационар) и межрайонных психиатрических отделений ЦРБ. В каждом типе обсуждаются нетипичные, “выпадающие” регионы со своими особенностями организации помощи (Магаданская и Тверская области, Республика Хакассия).

В главе 8 приводится номенклатура психиатрических учреждений и подразделений с учетом тенденций развития психиатрической помощи:

1) от закрытых психиатрических больниц “общего” типа к разнопрофильным учреждениям (детская психиатрическая больница, психиатрический стационар с психотерапевтическими отделениями, больница с лечебно-реабилитационными отделениями);

2) сближение общесоматической и специализированной помощи (психосоматические и общепсихиатрические отделения в составе многопрофильных больниц);

3) приоритетное развитие полустационарных и внебольничных форм обслуживания с уменьшением доли крупных психиатрических стационаров.

Авторы приводят основные требования к проектированию психиатрических стационаров — ограничение этажности, обеспечение многообразия пространства и повышенной потребности пациентов в движении, безопасность пребывания пациентов, взаимоиоляция помещений. Подробно описано влияние различных методов диагностики и терапии на функционально-планировочную структуру различных отделений психиатрической больницы с акцентом на реализацию реабилитационных подходов. Для сравнения приведены планы зарубежных психиатрических клиник. Сформулированы общие характеристики блок-модульного проектирования психиатрических стационаров.

Интересно и по-дизайнерски точно написана глава 4, посвященная организации и оформлению интерьеров психиатрических стационаров. Практически важно, что все интерьерные составляющие (внутренняя отделка, мебель и оборудование, освещение, цветное решение, декорирование, озеленение) рекомен-

дованы с учетом приказа Минздравмедпрома России от 11.04.95 г. № 92 “Об утверждении правил “Больницы психиатрические. Правила устройства, эксплуатации и охраны труда”.

Во второй монографии, посвященной организации и проектированию амбулаторных психиатрических и психотерапевтических учреждений и подразделений, формирование их сети рассматривается на основе потребности в помощи и разделения контингентов различных возрастных групп (пациенты трудоспособного возраста, старших возрастных групп, дети и подростки). Для каждой группы подобраны и функционально прописаны основные виды подразделений во внебольничной сети:

- кабинеты (психиатрический, психотерапевтический, соматогериатрический);
- диспансерное отделение;
- кабинеты поликлинического соматического приема;
- полустационары (дневной, ночной);
- лечебно-производственные подразделения;
- подразделения социальной адаптации;
- общезития для лиц, утративших социальные связи.

Авторы делают вывод о большом разнообразии учреждений и подразделений, оказывающих внебольничную психиатрическую и психотерапевтическую помощь, и предлагают различные решения ее организации. Отмечены относительно новые современные формы помощи как за рубежом, так и в России: консултации, клубы, центры, стационар на дому.

В главе 7 даны конкретные рекомендации по формированию внебольничной сети в городах с различной численностью населения (от малых до сверхкрупных) с организацией работы участкового психиатра, врачей-психотерапевтов, медицинских психологов, реабилитационных и полустационарных подразделений, других специализированных служб, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь. При анализе градостроительных ситуаций выделена универсальность трех мощностных типов ПНД (на два, пять и десять кабинетов) для целей приближения внебольничной помощи к населению.

Вторая часть книги посвящена функционально-планировочным решениям амбулаторных психиатрических подразделений. Многочисленные схемы и рисунки различных помещений (кабинет участкового психиатра, процедурная, комната ожидания, кабинет психотерапии, палата дневного стационара и др.) позволяют визуально спланировать их на существующих площадях в амбулаторных психиатрических учреждениях. При описании методики модульного проектирования внебольничных ЛПУ обсуждаются трудности реализации типовых проектов и преимущества принципа унификации (функционального модуля).

Третья часть книги “Реконструкция крупных психиатрических стационаров” логично завершает исследовательскую работу коллектива авторов и напи-

сана в развитие одного из основных направлений по совершенствованию психиатрической помощи. **Разукрупнение психиатрических больниц предлагается проводить на основе следующих принципов: децентрализации, территориальности, интеграции (в общее здравоохранение), преемственности, дифференциации, оптимизации (прежде всего, распределения ресурсов).** В качестве основного подхода к реорганизации сети психиатрических учреждений предлагается использовать региональную программу развития службы с пообъектными предложениями по использованию и реконструкции существующего фонда. Предложена методология составления схемы развития и анализа материально-технической базы, указаны нормативы рабочих площадей по СНИП. В качестве примера приведена краткая оценка зданий Тамбовской областной и Казанской республиканской психиатрических больниц. **Продуктивность методологического подхода проиллюстрирована** авторами на примерах одного представителя из каждого типа регионов (Республика Карачаево-Черкессия, Чукотский автономный округ, Республика Северная Осетия, Новгородская область, Тульская область, Челябинская область).

Обсуждаемые здесь две книги — центральная содержательная часть четырех томов, первый из которых был посвящен истории организации психиатрической помощи в России, а последний представляет АЛББОМ научно-проектных решений для строительства и реконструкции психиатрических и психотерапевтических стационарных и внебольничных помещений в различных градостроительных условиях и стратегию их развития (А. П. Моисеенко, Л. Ф. Сидоркова, П. А. Панов, Б. А. Казаковцев). Важной и обнадеживающей является установка авторов, а в лице Б. А. Казаковцева — главного психиатра Минздрава России, на разнообразие регионов, разнообразие режимов пребывания, разнообразие возрастных групп и, конечно, на уменьшение размера палатных отделений.

Значительным достоинством монографии является **адекватная корреспондентность с нормативно-правовой базой** в части оказания психиатрической помощи (должности, штаты, правила и пр.), а также **обширный список нормативных документов** и литературных источников после каждой части.

**Выводы и предложения авторов по каждому региону могут стать “точкой роста” и быть использованы при планировании региональных программ с учетом их реального финансирования и правила “не разрушать старое, пока не создано новое”** (стр. 177).

Остается надеяться, что это тщательное, с учетом последних новаций убедительно составленное обоснование не постигнет судьба федеральной программы “Неотложных мер по совершенствованию психиатрической помощи (1995 – 1997 гг.)”.

А. Богданов (Архангельск)

## Ловушка доктора Сосланда

(из отчета членов аналитической очернительской группы начальнику АИДА-13).\*

“...вначале книга “Фундаментальная структура психотерапевтического метода, или как создать свою школу в психотерапии”\*\* вызвала у нас неподдельный энтузиазм: автор откровенно заявил, что не может принять “ту, весьма распространенную, но крайне сомнительную точку зрения, что теория в психотерапии предназначена в первую очередь для уяснения действительного положения дел и преследует цель сделать тот или иной объект понятным и сподручным в смысле оказания на него того или иного воздействия”. “Психотерапия... — пишет он на странице 101, — сфера реализации идеологически-нарцисстически-харизматических желаний терапевта”. Преуспевание в этой профессии, следовательно, зависит не только от достоинств психотерапевтического метода, но и от “коммивояжерско-миссионерско-конкистадорско-рекламной активности” психотерапевта. Да, доктор А. И. Сосланд честно признал, что и такие дискурсы, как “любовь”, “истина”, “смыслы” есть не более, чем орудия влияния, орудия соблазнения учеников и пациентов! Это по-нашенски! Приятно читать о соблазнении гедонизмом, об “удовольствиях” и о неуспехе морально-дидактического подхода: “...какое-нибудь “воспитание воли”...лишено перспективы”. Да мы же давно об этом говорим, еще с начала времен!

Автор помогает психотерапевтам осознать свои эгоистические экспансионистские желания; психотерапия подана как практика реализации некоей власти (стр. 52) — это то, что нам нужно! Умный автор удачно скрывает факт полимотивированности психотерапевтической деятельности, дабы какие-нибудь там мотивы состязания, спортивного азарта от борьбы (не с конкурентами, а с болезнью пациента, с собственным незнанием и неумением) и, тем паче, все эти дурацкие бескорыстные мотивы личностного роста психотерапевта, альтруизма и т.д. и т.п. не могли придти в голову читателей сей полезной книги.

Доктор Сосланд хорошо затемняет вопрос о научной базе психотерапии. Психотерапия как гуманитарная наука, полагает он, получает “вызовы” из гуманитарной сферы: “от философских, мировоззренческих систем, социологии, филологии... сфер искусства”. Влияет на психотерапию и дух времени (стр. 14). Автор не случайно забыл такую гуманитарную науку, имеющую некоторое отношение к душе и психике, как научную психологию! -Это тонкий и дальновидный ход господина Сосланда: успехи психологии, разработка теории личности, понятий “психическое развитие”, “деятельность” и пр. и пр. могли бы внести некий, нежелательный для нас, порядок в рыхлое и пестрое психотерапевтическое тело — полигон для нарцисстических игр психотерапевтов.

Но, увы! Кажется, нашему автору удалось самостоятельно внести порядок в сие грузное тело. С молодым нахальством, позабытым в здешней культуре, он разработал ни менее, ни более, как нотную грамоту на манер Н. Хомского, введя в научный оборот совершенно новые понятия, устрашающие читателя звонкой латынью (транстерминация, дизвинкция, эксквиция и пр.). Можно заметить, что в совокупности эти конструкты — фундаментальная структура психотерапевтического метода — способны образовать новое, осмысленное и изящное тело психотерапевтической теории, призванной преобразовать полушарлатанский промысел, ловко избегающий контроля над эффективностью своих методов, — вотчину властолюбивых нарциссов — в почти приличное, освящаемое авторитетом объективной науки занятие.

Строго говоря, это пахнет нешуточным переворотом, кардинальным прорывом в данной отрасли. Скромный автор об этом догадывается и своей догадкой делится с читателями: “Ежели, однако, не удастся сделать так, чтобы обучающийся одновременно совершенствовался в критике того, чему учится, то уж хотя бы пусть время ученичества обогатится основательным и добросовестным изучением исследования под названием “как создать свою школу в психотерапии...”. Это будет разумно и справедливо” (стр. 95).

В числе “подарков нашему читателю” заботливый автор предлагает психотерапевтам и составные части блестяще разработанной им теории — “приманки для возможных последователей”, и “материал для сооружения собственных конструкций”. Он даже помещает в конце книги образцы новых (еще не существующих в природе), но теоретически возможных психотерапевтических школ, наглядно и убедительно демонстрируя возможности разработанной им методологии. И это уже не нотная грамота, а, извините, целые музыкальные пьесы! (Уж не драматург ли в душе этот самый А. И. С.?).

Итак, стоит побеспокоиться о том, что интеллектуальные забавы доктора разовьют не только теорию, но и практику: хотя автор не признает прогресс в сфере психотерапии и даже намекает о возможном конце ее истории (достойное дело!), он вынужден упомянуть о “постоянном движении в сторону либерализации как техники терапии, так и системы взаимоотношений пациент/терапевт” (стр. 36).

Досадное противоречие? — Увы, гораздо хуже! Повторяем: это хорошо продуманная тактика вовлечения читателя в опасное по своим последствиям дело построения системы психотерапевтических знаний, по-новому освещающих известный омут — отстойник бесчисленных психотерапевтических методов и методик.

Исподволь, прикрываясь шутками и прибаутками, равно как и экскурсами в историю, автор вооружает своих читателей мощным инструментарием: начав с невинного перечня способов развить столь необходимую любому психотерапевту харизму и дойдя до составных частей психотерапевтической акции и пиршеств виртуальной психотерапии.

Книга Александра Сосланда “открывает в нашей науке серьезные перспективы”. Одни синхронический и диахронический разделы чего стоят! В частности, в последнем (так называемом “празднике абстрактного мышления”) читателя не может не соблазнить внутренняя логика развертывания составных частей психотерапевтических теорий. “Архиниция” — первоисточник развития личности, “эвольвенция” — стадии развития, “купидо” — влечения, их судьбы и превращения, “обстанция” — фактор или сумма факторов, выступающих в качестве препятствия на пути желаний индивида, “дефект” — патологическая структура, “рефекция” — умозрительный проект терапевтической акции, “идеал” — благая цель терапевтической практики. — Все они есть средства упорядочить наши представления о тайных пружинах психотерапии, о зверях, пасущихся и сражающихся на полях психотерапевтических игрищ.

Теория действенного терапевтического вмешательства также разработана господином Сосландом не без изящества. Читателей встречают здесь такие составные части, как “игра” — создание параллельной реальности, “консоция” — особая связь между терапевтом и пациентом, “эксквиция” — процесс определения объекта приложения терапевтических усилий, “транстерминация” — часть акции, направленная на изменение состояния сознания пациента, “конвинкция” — формирование неких связей и “дизвинкция” — их разрыв, “меситация” — сподручное опосредование терапевтической процедуры и “сопротивление” пациента. Дух захватывает от предчувствия, что за этими понятиями может скрываться некая реальность.

И ведь найдутся такие упорные, что (ежели их не испугнет обширная библиография использованных источников — жгучий коктейль несопрягаемых имен: вдохновителя структурализма, фольклориста В. Я. Проппа, позабытого философа Р. Авенариуса, писателей С. Цвейга и В. Набокова, тьмы и тьмы всяческих психиатров и психотерапевтов, эстетика М. Бахтина и театроведа П. Пави) прочитают книгу “Фундаментальная структура...” до конца, освоят ее содержимое и внедрят новаторские разработки господина Сосланда в собственную практику!

Таким манером книга доктора, того и гляди, поможет и неофитам, и умудренным опытом мастерам с уверенностью и знанием дела не только погружаться в глубины пресловутого мусорного ведра человеческой души, но и производить в его ароматных недрах столь пугающую нас всех ассенизаторскую работу!

...да, чем дальше, тем больше тускнеют наши первоначальные восторги от книги эрудита А. Сосланда. Настало время сказать начистоту: книга оказалась ловушкой для доверчивого читателя! Вместо ожидаемого авангарда, выворачивающего наизнанку так называемые вечные ценности, вместо обещанного рецензенткой из “Независимой газеты” “подмигивания” (на нашей любимой тринадцатой странице, в статье “чувствуется подмигивание: русский прорыв на психотерапевтическом фронте”) мы имеем вредоносную (издевательскую по сути) продукцию изощренного психотерапевта, “вызов и провокацию”, по словам все той же рецензентки.

Ухмылки, ирония автора (знаменитый докторский цинизм) не способны долго скрывать сверхзадачу своего высоконаучного творения. Автор проговаривается сам (ага!): “При этом мы, разумеется, не забываем ни на минуту, что психотерапия является на самом деле высокоэффективным видом помощи. В конечном итоге наш проект направлен на то, чтобы она утвердилась именно в этом своем качестве...”

Можно ли выразиться однозначней?!

Будут наивны те, кто посчитает “избыточность риторических оборотов и слов-паразитов (это при том, что в целом стилистический уровень превосходит многое из того, что публикуется в научной литературе)”, равно как и тот факт, что, по словам рецензентки, книга “написана достаточно легковесным языком, густо усеянном элементами разговорно-бытовой речи” недостатком сего труда! Это, не устаем повторять, тонкий и коварный ход искусителя-Сосланда. Словечки-паразиты (все эти “натурально”, “понятное дело”, “это, знаете ли”, “честное слово”, “не подарок”, “что мы видим на каждом углу” и т.д.) введены им в текст не случайно. Слова-психотерапевты, знаете ли, ни больше, ни меньше!

Мы, понятное дело, готовы подтвердить это с фактами на руках: некая ученица А. И. Сосланда, аккуратно выписав из означенной книги сии слова-паразиты, получила, натурально, поразительный (нет, паразитительный) эффект: в ее собственном, псевдохудожественном тексте они стали, честное слово, презентировать очень опасную для нас реальность теплых, домашних — добродушных или иронических — отношений (“человеческое, слишком человеческое”, как предупреждал бдительный Фридрих Н.).

Дальше. “Нет крупного персонажа в истории психотерапии, — пишет все та же рецензентка из “НГ” о докторе Сосланде, — которого он не задел и не высмеял. Объектом иронии (зачастую достаточно злой) становятся Фрейд и Юнг, Виктор Франкл и Карл Роджерс, Дж. Морено и Станислав Гроф”. Радоваться надо, а нам плакать хочется. Ибо книга-перевертыш, книга-провокация, что мы видим на каждом углу! На поверхности злая ирония, в глубине — подозреваем — то самое, поганое чувство, что на букву “л”... не сухой псевдонаучный труд, а, извините, проза. Философст-

вание. (Сами понимаете чем это грозит, искусство и философия!).

Слышали, что следующая книга доктора именно и будет философской (с психотерапией разделался, принялся, понятное дело, за старушку-философию). “Смерть от скромности нашему автору не грозит”, прозорливо пишет рецензентка. Естественно.

С неизбывной печалью и тревогой догадываемся, что неискушенному читателю труд “Фундаментальная структура психотерапевтического метода, или как создать свою школу в психотерапии” захочется перечитать, а то и сделать своей настольной книгой. И

это будет большой удар нашему черному делу (во всяком случае, знаете ли, не подарок, честное слово).

...в виду особой вредоносности указанной книги для здоровья читателей — членов нашей аналитической очернительской группы просим разрешить не дочитывать сей труд до конца, а также предоставить внеочередной дополнительный отпуск всем, участвовавшим в акции”.

Резолюция на отчете: “1. Черти — лентяи! Прикрывают нерадение идеологическими соображениями. 2. С автором книги плотно поработать. Начальник АИДА -13”.

\* Глава из книги Полины Кратовой “Дети небес”.

\*\* Монография А. И. Сосланда, вышедшая в издательстве “Логос” (Москва, 1999 г.), рекламировалась в “Независимом психиатрическом журнале”, 1999, II, 51.

**От редактора.** Это прекрасно, когда работа, полная юмора, вызывает ответную реакцию в том же стиле. В конце концов, это психотерапия самого нашего предмета, давно нуждающегося в такого рода помощи. Но для этого надо пойти и дойти до психотерапевта, т.е., надо прочесть книгу, толстую и сложную, полную незнакомых слов, подчас специально выдуманных. Таким образом, надо еще и понять этот юмор, а значит быть на уровне текста. Помилуйте, на кого, на какую аудиторию рассчитывал автор? Кто сейчас оторвется от детектива, погоды или политики? Откуда такое самомнение? Пожелав посмеяться над другими, не посмеялся ли автор над собой, оказавшись в пустом зале? Так думал я, только перелистывая этот фолиант. Но по мере того, как я читал его, я утвердился во мнении, что книга

нашла своего потребителя, более того, что она и была написана в соответствии с неудовлетворенным спросом. Ее читателями и пользователями оказались “психотерапевты-психологи”, т.е., многочисленная категория лиц, привлеченная сознательной наживкой подзаголовка этой книги — “как создать свою школу в психотерапии”. Автор нажал на самую заветную болевую струнку, которая является иной раз чуть ли не отличительным свойством этой профессии. Читая рецепты автора, я узнал не менее дюжины авторов, которые явственно пользовались его советами, хотя, конечно же, они стали бы утверждать обратное: что это они его консультировали. Я так же почувствовал в себе, — в явной связи с чтением этой книги — необыкновенную легкость и изобретательность и, наконец, понял, какая серьезная вещь — юмор.

Международная конференция

## ДИАГНОЗ В ПСИХИАТРИИ: ИНТЕГРАЦИЯ НАУК

19 – 22 июня 2003 г., Вена

E-mail: [wpa2003vienna@icos.co.at](mailto:wpa2003vienna@icos.co.at)

<http://www.wpa2003vienna.at>

## Патография Гамлета. Две версии

Марк Евгеньевич Бурно

Произведение мирового искусства эпохи Возрождения, изобразившее великую “силу слабости” дефензивной (меланхолической) натуры, — шекспировский “Гамлет” (1601).

Принц Гамлет проникнут щепетильно-нравственным, болезненно-тревожным анализом в ущерб решительным действиям при ясном самобичующем понимании этой своей “практической” слабости, несвободы. Сравнивая себя с чувственно-художественными актерами, завидуя им Гамлет клянет себя за жухлость чувственности под гнетом дряблой воли, неуверенности, нерешительности, аналитических сомнений-размышлений мирового порядка. Он даже (понимая умом свою “трусливую” нерешительность) пытается растравливать свое чувство позора, мести.

Но не способен этот нравственно-аналитический, робкий в делах насилия человек к быстрой, решительной мести убийством. Зато способен едко издеваться над собой за то, что не такой, как многие другие, и постигать невидимые этими многими другими (решительными) людьми скрытые сложности мира, чтоб открывать их людям. Вот он говорит, например, про церемонно-демонстративного Озрика: “Он, верно, и материнской груди не брал иначе, как с расшаркиванием. Таковы все они, нынешние. Они подхватили общий тон и преобладающую внешность, род бродильного начала, и оно выносит их на поверхность среди невообразимого водоворота вкусов. А легонько подуть на них — пузырей как не бывало”<sup>1</sup>.

Нерешительность Гамлета в отношении кровной мести новому королю, дяде, за убийство отца во многом обусловлена “боязнью страны, откуда ни один не возвращался”, то есть боязнью соприкоснуться с таинственной смертью, а может, и попросту боязнью погибнуть, мстя за отца. Размышления Гамлета о тайне смерти материалистически-остроумны, философически-искрометны. Вот, например, место из разговора Гамлета с Горацио на кладбище:

“Гамлет. До какого убожества можно опуститься, Горацио! Что мешает вообразить судьбу Александра праха шаг за шагом, вплоть до последнего, когда он идет на затычку пивной бочки?”

*Горацио.* Это значило бы рассматривать вещи слишком мелко.

*Гамлет.* Ничуть не бывало. Напротив, это значило бы послушно следовать за их развитием, подчиняясь вероятности. Примерно так: Александр умер, Александра похоронили, Александр стал прахом, прах — земля, из земли добывают глину. Почему глине, в которую он обратился, не оказаться в обмазке пивной бочки?

Истлевшим Цезарем от стужи  
Задельвают дом снаружи.  
Пред кем весь мир лежал в пыли,  
Торчит затычкою в щели”.

Гамлет все мучается нерешительностью, робостью, сомнениями и клеймит себя за эту “слабость”, как сегодняшний человек с дефензивными душевными трудностями.

“Ну и осел я, нечего сказать!  
Я сын отца убитого. Мне небо  
Сказало: встань и отомсти. А я,  
Я изошряюсь в жалких восклицаньях  
И сквернословьем душу отвожу,  
Как судомойка!”

Итак, подходим вплотную к главному для нас вопросу: почему Гамлет — такой робкий, нерешительный человек, не способный совершить по тем временам простое и благородное дело: убить убийцу отца<sup>2</sup>, — почему он находил и находит глубокий отклик, уважение, восхищение у цивилизованных народов?

Тургенев, Толстой не могли ответить на этот “гамлетовский” вопрос и не одобряли Гамлета.

И. С. Тургенев в публичной речи “Гамлет и Дон Кихот” (1860) не может не отметить, что Гамлет образован, тонко размышляет, скептически анализирует, отличается “почти непогрешительным” вкусом<sup>3</sup>. Однако, по Тургеневу, “Гамлет при случае коварен и даже жесток” — “вспомните устроенную им гибель двух посланных в Англию от короля придворных, вспомните его речь об убитом им Полонии”. Тургене-

<sup>2</sup> Во всяком случае, Гамлет не способен это сделать без долгой проволочки: измучившись нерешительностью, он, как это случается с нерешительными людьми, в конце концов взорвался и заколот и Полония, и короля.

<sup>3</sup> Тургенев И. С. Собр. Соч. В 12 т. — М: Госиздат худож. лит., 1956, т. 11, с. 168 — 187.

<sup>1</sup> Шекспир Вильям. Гамлет / Пер. с англ. Б. Пастернака. — М: Художественная литература, 1964. — 256 с.

ву больше по душе Дон Кихот, действующий, жертвуя собой ради Добра. Гамлет “не будет сражаться с ветряными мельницами, он не верит в великанов (...) но он бы и не напал на них, если бы они точно существовали”. “Гамлеты точно бесполезны массе; они ей ничего не дают, они ее никуда вести не могут, потому что сами никуда не идут. Да и как вести, когда не знаешь, есть ли земля под ногами?” “Дон Кихот не занят собою и, уважая себя и других, не думает рисоваться; а Гамлет, при всей своей изящной обстановке, нам кажется, извините за французское выражение, *ayant des airs de parvenu*<sup>4</sup>; он тревожен, иногда даже груб, позирует и глумится”.

Тургенев тем не менее диалектически чувствует природную необходимость гамлетовской “косности”, “консерватизма”: “...Гамлеты суть выражение коренной центростремительной силы природы, по которой все живущее считает себя центром творения и на все остальное взирает как на существующее только для него (так комар, севший на лоб Александра Македонского, со спокойной уверенностью в своем праве, питался его кровью, как следующей ему пищей; так точно и Гамлет, хотя и презирает себя, чего комар не делает, ибо он до этого не возвысился, так точно и Гамлет, говорим мы, постоянно все относит к самому себе). Без этой центростремительной силы (силы эгоизма) природа существовать бы не могла, точно так же как и без другой, центробежной силы, по закону которой все существующее существует только для другого (эту силу, этот принцип преданности и жертвы, освещенный, как мы уже сказали, комическим светом — чтобы гусей не раздражить, — этот принцип представляют собою Дон Кихоты). Эти две силы косности и движения, консерватизма и прогресса, суть основные силы всего существующего. Они объясняют нам растение цветка, и они же дают нам ключ к разумению развития могущественнейших народов”.

Таким образом, для Тургенева Гамлет — сугубо эгоистическая, консервативная сила.

Л. Н. Толстой в работе “О Шекспире и о драме (критический очерк)” не видит никакой ценности в образе Гамлета. Это — “характер человека, не имеющего характера”<sup>5</sup>.

Толстовская неприязнь к Шекспиру объясняется, по-моему, прежде всего тем, что для Толстого солнечно-мудрый Шекспир был недостаточно серьезным, религиозным, педагогически-нравственным в художественном изображении важнейших человеческих поступков, событий. Педагогически-нравственного, религиозного напряжения не чувствовал Толстой и в Чеховских пьесах, считая, что они еще хуже, чем у Шекспира<sup>6</sup>.

<sup>4</sup> Похож на выскочку (франц.).

<sup>5</sup> Толстой Л. Н. Собр. соч. в 20 т. — М: Художественная литература, 1964, т. 15, с. 320.

<sup>6</sup> Бунин И. А. о Чехове // Собр. соч. в 9 т. — М: Художественная литература, 1967, т. 9, с. 207.

В подобном духе возмущались Гамлетом также многие наши и заграничные врачи в конце прошлого<sup>7</sup> века. Например, д-р В. М. Б-р (полную фамилию установить не удалось), очарованный “нравственной красотой” Гамлета, “не досчитывается” в его характере “многого из того, что есть, например, у Лассалья, Мюнцера, Магомета и пр.”: принц “ограничивается только (...) колебаниями, не может подвести итог им, дабы уже действовать в твердой вере; потому это “неполный” характер, лишь “подтип”<sup>8</sup>. Французский психиатр А. Кюллер полагает, что “истерический” Принц Датский отразил в характере своем тогдашнюю смутную, беспокойно-нерешительную эпоху<sup>9</sup>. Но Кюллер хотя бы не имеет к Гамлету претензий.

Зловеще, по-своему, демонически-потусторонне понимал Гамлета Ф. Ницше (1872). “Учение Гамлета” для него не “дешевая мудрость Ганса-мечтателя”, не способного действовать от “избытка рефлексии”. “Истинное познание, прозрение страшной истины перевешивает всякий к поступку побуждающий мотив”. Гамлету “противно” действовать, потому что его “поступки ничего не могут изменить в сущности вещей”, в этой стихии бытия (“всюду только ужасы и абсурды бытия”)<sup>10</sup>.

Гете, Белинский, Гюго восхищались Гамлетом.

Гете-олимпиец не мог, понятно, считать нерешительного Гамлета героем, то есть воинственным, волевым практиком жизни. Но Гете явно ощущает иную, непрактическую, но прекрасную, “драгоценную” силу Гамлета, которой назначена иная участь. Гете не может ясно выразить, в чем она, эта сила, состоит, однако восторгается ею. “Здесь дуб, — пишет Гете (1795), — посажен в драгоценный сосуд, которому назначено было лелеять в своем лоне только нежные цветы; корни растут и разрушают сосуд”. И продолжает устами Вильгельма Мейстера: “Прекрасное, чистое, благородное, высоконравственное создание, лишенное силы чувств, без коей не бывает героев, гибнет под бременем, которое ни нести, ни сбросить ему не дано; всякий долг для него свят, а этот тяжел не в меру. От него требуют невозможного, не такого, что невозможно вообще, а только лишь для него, Как ни извивается, ни мечется он, идет вперед и отступает в испуге, выслушивает напоминания и постоянно вспоминает сам, под конец почти теряет из виду поставленную цель, но уже никогда больше не обретает радости”<sup>11</sup>.

<sup>7</sup> XIX

<sup>8</sup> Б-р В. М. Гамлет Шекспира с врачебно-психологической точки зрения // Арх. психиатрии, неврологии и судеб, психопатологии. — 1897, т. XXX. — № 2, с. 39 — 107.

<sup>9</sup> Кюллер А. Границы сумасшествия // Арх. психиатрии, неврологии и судеб, психопатологии. — 1889, т. XIV. — № 3, с. 95 — 104.

<sup>10</sup> Ницше Ф. Происхождение трагедии / Пер. с нем. — СПб.: Императ. Акад. Наук, 1903, с. 57 — 58.

<sup>11</sup> Гете И. В. Собр. соч. в 10 т. Т. 7. Годы учения Вильгельма Мейстера / Пер. с нем. — М: Художественная литература, 1978, с. 199.



В. Г. Белинский (1837) соглашается с Гете в том, что идея “этого гигантского создания Шекспира” — “слабость воли при сознании долга”. Гамлет “в порыве взволнованного чувства (...) клянется и небом и землею лететь на мщение как на свидание любви — и вслед за этим сознает свое бессилие выполнить и долг и клятву... отчего в нем это бессилие? — оттого ли, что он рожден любить людей и делать их счастливыми, а не карать и губить их, или в самом деле от недостатка этой силы духа, которая умеет соединить в себе любовь с ненавистью и из одних и тех же уст изрекать людям и слова милости и счастья, и слова гнева и кары; повторяем: как бы то ни было, но мы видим *слабость*”.

Но отчего же тогда это “зрелище человеческой слабости и ничтожества” не возбуждает “чувство отчаяния, отвращения у жизни?” Оттого, что “от природы Гамлет человек сильный, его желчная ирония, его мгновенные вспышки, его страстные выходки в разговоре с матерью, гордое презрение и нескрываемая ненависть к дяде — все это свидетельствует об энергии и великости души. Он велик и силен в своей слабости, потому что сильный духом человек и в самом падении выше слабого человека, в самом его восстании”<sup>12</sup>.

Замечательно видится здесь, как мучается мысль великого критика, духовно созвучного с дефензивным переживанием, поведением Гамлета. Совестьливая, нравственно-аналитическая натура, он не способен презирать гамлетовскую слабость, чувствует в ней большое, заключает, что эта слабость — есть “распадение”, то есть свойство уже не младенчески-бессознательной гармонии, а свойство дисгармонии, предшествующей новой более зрелой, мужественно-сознательной гармонии. Явно пытается Белинский оправдать особым качеством гамлетовскую “слабость”, страдает вместе с ним за его нерешительность и радуется, когда, наконец, принц действует оружием. При всем этом остается в стороне смысл этой особенной “слабости”.

Смысл этот для меня как клинического психиатра-психотерапевта заключается в том, что решительно убивать в подобном положении — это не его, Гамлета, удел, в том, что по законам характерологии без этой “слабости” не было бы философски-тонкого, нравственно-глубокого понимания мира с разъяснением его сложностей другим людям.

Гамлет перешагнул свое время, поскольку его душевная организация — это уже сложность таких меланхоликов, “слабых”, чудаков, как Белинский, Дарвин, Чехов, Павлов, а также сегодняшних истинных интеллигентов, которых уже трудно упрекнуть за нерешительность в подобном положении. Дарвин вооб-

ще не умел от робости выступать перед аудиторией, но это и ему не помешало открыть “связь времен”.

Таким образом, Гамлет есть нравственный мыслитель, первый классический образ истинного, дефензивного интеллигента, способного своими глубинными обобщениями соединять времена, подвигать человечество вперед. А интеллигентность вот так, по-своему, слаба, непрактична, проникнута дефензивным конфликтом. Вот в чем, по-моему, эпохальность Гамлета. И если б он и не отомстил в конце концов королю смертью, он не был бы ниже в наших глазах. Потому что, возвращаясь к прозорливому предположению Белинского, “он рожден любить людей и делать их счастливыми, а не карать и губить их”. И зрелая, “мужественно-сознательная гармония”, о которой пишет Белинский, есть умудренное понимание законности, необходимости этой своей “дисгармонии”, убежденность в том, что для каждого свое, с умением заставить себя действовать (когда это нравственно-необходимо), в том числе и физически решительно.

“Чувствительному” (по Я. Я. Рогинскому) Гамлету, думаю, гораздо легче было бы решиться на необходимую по тем временам и обычаям месть, если бы он отчетливо понимал все это.

Гамлет нужен людям своими углубленными сомнениями и нравственными исканиями (речь идет не только о науке, искусстве, но и о его повседневном общении с людьми, раскрывающем людям то, что они без него не открыли бы вокруг себя). А действовать практически-решительно, делать то, что с легкостью сделают волевые, деятельные натуры, любой солдат Фортинбраса, — это не его удел, это то, в чем он слаб взамен своей чувствительной нравственной философичности. Но когда понимаешь это отчетливо, тогда легче заставить себя вершить то, к чему мало способен, но что необходимо делать, например, защищая Родину.

При всей своей нерешительности (раздражающей многих) Гамлет восхищает и этих многих во все времена тем, что будит совесть и раскрывает глаза на тайны жизни: они не могли бы этого без него так остроумно-явственно узнать, понять, но зато теперь, поняв это, они могут действовать, делать то, что ему гораздо труднее, чем им. Гамлет же в своем смятении хочет быть насквозь другим, подобно “дремучему” дефензивному юноше, который остро завидует своим агрессивно-стеничным приятелям и клянется, например, за то, что тоже не ввязался в драку.

Убежден, что А. П. Чехов складом своей души ощущал созвучие с Гамлетом, улыбался его слабостям как своим, но чувствовал их силу и чудесно изображал современных ему Гамлетов. Г. П. Бердников, отмечая особый интерес молодого Чехова к указанной выше публичной речи Тургенева, считает, что Платонов (из ранней пьесы без названия) и Иванов (пьеса “Иванов”) созданы по “тургеневской схеме

<sup>12</sup> Белинский В. Г. Гамлет, драма Шекспира. Мочалов в роли Гамлета // Собр. соч. в 3 т. Т. 1. — М: Госиздат худож. лит., 1948, с. 338 — 339.

Гамлета”, что Чехову “явно импонировал тургеневский Дон Кихот и в то же время Чехов был холоден к его нетрезвой философии, выразив его честную, горячую прямолинейность в образе доктора Львова (“Иванов”). Но, думается, сильнее всего говорит об отношении Чехова к Гамлету следующий момент: Чехова пугало, что Львова могут воспринять как положительного героя, а Иванова посчитают “подлецом”<sup>13</sup>.

Нравственную силу гамлетовской “интеллигентской” слабости высоко оценивает Д. С. Лихачев, вспоминая созвучное ему стихотворение Давида Самойлова: “А Гамлет вовсе не слаб: он преисполнен чувства ответственности, он колеблется не по слабости, а потому что мыслит, потому что нравственно отвечает за свои поступки.

Врут про Гамлета, что он нерешителен.  
Он решителен, груб и умен,  
Но когда клинок занесен,  
Гамлет медлит быть разрушителен  
И глядит в перископ времен.  
Не помедлив, стреляют злодеи  
В сердце Лермонтова или Пушкина...

(Из стихотворения Д. Самойлова  
“Оправдание Гамлета”)<sup>14</sup>.

Виктор Гюго (1864) сближает Гамлета с дюреровской “Меланхолией”: “Как и большую аллегорическую фигуру Альбрехта Дюрера, Гамлета можно было бы назвать “Меланхолия”. У него над головой также мечется летучая мышь со вспоротым брюхом; у ног его — наука, глобус, циркуль, песочные часы, амур, а позади, на горизонте, огромное страшное солнце, от которого словно почернело все небо”<sup>15</sup>.

Рассказываю пациентам, что для меня Гамлет — натура законченная, одухотворенная, занимающая при всей своей внешней слабости *свое*, необходимое и важнейшее место в природе, истории, жизни общества именно своими углубленными сомнениями, сложным самоанализом и нравственными исканиями, раскрывающими перед людьми жизненные сложности и свое сердце. Это тот необходимый вклад, та насущная дефензивная работа не только великих, но и

простых “чувствительных” людей — не только в науке, искусстве, но и в обыденной человеческой жизни, которую в таком просветленно-тонком и кропотливом виде нередко не способны совершать “волевые” и “рассудочные” натуры.

Вся эта “чувствительная” работа, необходимая для создания и укрепления нравственного согласия, солидарности людей, понятно, особенно важна в наш ядерный век. Не существует абсолютной гармонии, царствует принцип дополнительности Нильса Бора, для каждого свое. Достаточно вдуматься в значение жизни для человечества таких сомневающихся, внешне не деятельных людей, как Руссо, Дарвин, Чехов, чтобы ощутить героизм в их инертности (“косности”, “консерватизме” — в смысле отсутствия активной внешней решительности-деятельности). в этом, думается, и заключена тайна того, что Гамлет, при всей своей бездеятельности, так восхищает, притягивает к себе людей всех времен. Он восхищает именно необходимым для понимания жизни и дальнейшего действия глубинным анализом сквозь сомнения, к которому не способны многие другие.

Впрочем, Гамлет, как это бывает с дефензивными людьми, в глубине своей неуверенности понимающих свою незаурядность, сам подчеркивает великую суть:

“...Порвалась дней связующая нить.  
Как мне обрывки их соединить!”

(перевод Б. Пастернака, с. 61).

В переводе М. Лозинского эти строки звучат так:

“...Век расшатался — и скверней всего,  
Что я рожден восстановить его!”<sup>16</sup>

В переводе А. Кронеберга:

“Ни слова боле: пала связь времен!  
Зачем же я связать ее рожден?”<sup>17</sup>

<sup>13</sup> Бердников Г. Чехов. — М: Молодая гвардия, 1974, с. 40, 204 – 205.

<sup>14</sup> Лихачев Д. С. Заметки о русском. — 2-е изд., доп. — М: Советская Россия, 1984, с. 16.

<sup>15</sup> Гюго В. Вильям Шекспир // Собр. соч. в 15 т. — М: Художественная литература, 1956, т. 14, с. 291.

<sup>16</sup> Шекспир Вильям. Гамлет, Принц Датский. Король Лир. — Минск, Народная Асвета, 1972, с. 41.

<sup>17</sup> Шекспир, т. III. Изд-е Брокгауза-Ефрона. — СПб, 1903, с. 93.

### Александр Юрьевич Магалиф\*

Ровно 400 лет трагедия великого В. Шекспира “Гамлет” не сходит со сцен театров мира. Гений драматурга создал возможность разных трактовок образа принца датского, имя его стало нарицательным. Нам знакомы в основном два его образа. Один — благо-

родный, одухотворенный, противоречивый, страдающий от невозможности, используя “запрещенные” методы, отомстить за отца. Другой — бунтарь, обличитель коварства, несправедливости, аморальности, поднявший голос против того, что “весь мир — тюрь-

ма”. Всё это, конечно, справедливо. Однако не будем забывать, что в пьесе красной нитью проходит и некое психическое расстройство, которым страдает Гамлет. Расстройство или притворство? А может быть симуляция? Какую роль это сыграло в судьбе самого Гамлета и судьбе всех, кто его окружал, а может быть и в судьбе государства, к правящей элите которого он принадлежал? Что, если мы возьмём на себя смелость провести Гамлету медицинскую экспертизу? Ведь Шекспир потому и велик, что описывал своих героев, их чувства, поступки и обстоятельства, в которых они действовали, такими, какими они могли бы быть в реальной жизни. А время над законами жизни, как известно, не властно.

Итак, представим себе, что желание родственников Гамлета определить его психическое здоровье осуществилось. Начнём с того, с чего начинают все психиатры: с оценки личности пациента и всего, что его окружает. Заметим, что наши рассуждения основаны только на сведениях, содержащихся в пьесе.

Нам известно, что Гамлету 30 лет, он худощав, ловок, прекрасно образован, учится в лучшем немецком виттенбергском университете. Таким образом, он не юноша, а зрелый мужчина (особенно по тем временам). Непосредственно на родине Гамлет не живёт и участия в управлении государством не принимает. Он эмоционален, впечатлителен, возможно, несколько наивен, любит театр, верен дружбе, пользуется популярностью у простолюдинов. Гамлету присущи черты, которые через столетия назовут интеллигентностью, а тягу к справедливости и оппозиционность к государственной машине — диссидентством. В какой же стране он живёт и наследником какого престола является? Дания (по пьесе) — могущественное государство: Англия платит Дании дань.

Отец Гамлета (покойный король Гамлет — жёсткий правитель, воин и завоеватель) отобрал у Швеции часть земель и восстановил тем самым против себя наследника шведского престола Фортинбраса. Его с трудом приходится удерживать от реванша. Дядя Гамлета Клавдий, нынешний король, убийца брата — хитрый, властолюбивый царедворец, умный политик, быстро нашедший дипломатические пути, усмирившие шведского недруга. Мать Гамлета, королева Гертруда, отнюдь немолода, ей около 50 лет, более 30 лет она на троне. Судя по всему, отношения её с покойным мужем, вопреки мнению Гамлета, утратили былую нежность, больно холодно она восприняла смерть супруга. Внезапная кончина короля нанесла сильный удар по трону, сразу же оживились недруги Дании. Новый король ещё себя не проявил, ему была нужна поддержка, и Гертруда (ничего не зная об убийстве мужа) делает рискованный политический ход: жертвуя своим репутацией, она всего лишь через месяц после похорон выходит замуж за нового короля, кстати, косвенно прикрывая этим и Гамлета, как наследника престола.

А что же Гамлет? Он, конечно же, ничего не понял, ведь он не был политиком, никогда не участвовал в управлении государством, не нёс ответственности за него. Горе от потери отца значительно усугубилось аморальным, с его точки зрения, поступком матери и сильно подорвало его психическое здоровье.

Впервые Гамлет предстаёт перед нами в депрессивном состоянии. Он мрачен, слезлив, исхудал, у него хриплое, прерывистое дыхание, он сожалеет, что религия запрещает самоубийство. Своим видом он вызывает жалость и сочувствие окружающих. Ему пытаются помочь, подбодрить, утешить. Король и мать просят его не уезжать в Виттенберг. В этот момент Гамлет узнаёт об обстоятельствах смерти отца, о коварстве дяди. Потрясение, наслоившись на депрессию, вызывает у него шок, острую эмоциональную реакцию. Офелия встретила Гамлета в изодранной одежде, трясущимся так, что слышно, “как стучит коленка о коленку”, растерянным “как будто был в аду”. Все, кроме Офелии, сначала решили, что Гамлет сошёл с ума от любви. Это подчёркивает, что близкие относились к нему не как к зрелому мужчине (несмотря на его возраст), а как к юноше, инфанту. С этого момента Гамлет резко изменился: депрессия сменилась тотальной подозрительностью, настороженностью. За редким исключением он всех зачислил в стан врагов. Он говорит иносказательно, насмешками, отвечает вопросом на вопрос, дерзит и хамит самым близким ему людям. Как это часто бывает в психопатологии, душевная травма дала толчок развитию сверхценной моноидеи — паранойе, захватывающей человека полностью, практически не поддающейся разубеждению и коррекции. При этом оценки всех людей и событий теряют полутону, всё становится предельно ясным и контрастным, любая, с точки зрения Гамлета, несправедливость гипертрофируется. Так, например, “предательство” матери распространяется на всех женщин, не исключая и возлюбленную, лояльность его друзей к королю и королеве сразу же причисляет их к сообщникам. Как и свойственно параноику, Гамлет даже не задумывается о том, что об убийстве отца знает только нынешний король. По его мнению, виновны все, кто приближен ко двору. Стержнем идеи Гамлета является внушённая ему призраком мысль о мести. При этом, вопреки желанию покойного короля, Гамлет мстит и матери, мстит жестоко, но, правда, словесно. Главная же цель мести — убийство дяди — никак не осуществляется. Эта якобы нерешительность Гамлета стала хрестоматийной, дескать, принц слабовольный, тряпка. Призрак даже вынужден побудить Гамлета к действию. Считается, что интеллигентность ядра личности Гамлета заставляет его сомневаться, требует доказательств. Доказательство он получает с помощью психодрамы. Однако не всё так просто. Паранойя постепенно меняет личность Гамлета: он становится жестоким и расчётливым. Он хладнокровно, как бы мимоходом

убивает Полония — отца своей невесты и её брата Лаэрта, с которым был дружен. Убивает по ошибке, но не случайно: он думал, что убивает короля. Где же тут его нерешительность? Совершив убийство, Гамлет ничуть не сожалеет об этом, называет труп Полония потрохами и мешает его захоронению. Гамлет наслаждается мстостью, предстоящее убийство короля даже смакуется им. Имея лёгкую возможность убить короля во время покаянной молитвы, он откладывает казнь, чтобы убиенный не попал в рай. Он собирается убить его так, чтобы король перед смертью помучился, как и отец, и чтобы прямиком отправился в ад. Как параноик, называемый преследуемым преследователем, Гамлет становится расчётливым и коварным. Он абсолютно убеждён, что его школьные друзья Розенкранц и Гильденстерн находятся в заговоре против него и знают содержание сопроводительного письма, данного им королём, где имеется приказ о его убийстве. Ничего не выясняя, Гамлет совершает подлог и отправляет друзей на смерть.

Естественно, что нелепое для окружающих поведение Гамлета убеждает всех, что он психически болен. Версия о любовной страсти отпадает и становится ясно, что притворяется Гамлет или нет, но он опасен для трона, а, следовательно, для государства и должен быть удалён подальше, заключён под стражу и даже убит (довольно универсальный для всех времён алгоритм поведения власти).

Так симулянт ли Гамлет? В психиатрии известен феномен симуляции душевнобольными психических болезней. Делается это с той же целью, что и здоровыми: уйти от ответственности за проступок или получить выгоду. Гамлет — преступник, он совершил убийство и должен понести наказание. Однако его поведение до и после преступления неизменно, т.е. явной симуляции нет. В то же время Гамлет использует мнение о себе как о сумасшедшем для прикрытия своих вольнодумских высказываний, как бы подстраи-

ясь под образ юродивого. И всё же он конечно болен! Паранойяльная идея, постоянно расширяющаяся и усложняющаяся, остаётся вне критики. Его травмирует то, что его считают сумасшедшим, что за ним наблюдают. А как же сомнения и нерешительность Гамлета, как знаменитое “Быть или не быть”? Ведь паранойя и сомнения несовместимы. Во-первых, Гамлет не типичный пациент психиатрической клиники, а сценический герой, поэтому противоречия возможны. Во-вторых, паранойяльное развитие бывает не обязательно только у паранойяльных или эпилептоидных личностей. Под влиянием обстоятельств, сверхценная паранойяльная идея и даже бред могут развиваться и у неустойчивых личностей (например, бред ревности, месть за гибель близкого человека).

К какому же результату пришёл Гамлет в своей борьбе? Много жертв, в том числе невинных или недостаточно виновных: кроме короля, мать, канцлер Полоний, друг Лаэрт, возлюбленная Офелия, друзья Розенкранц и Гильденстерн. Главное же, паранойяльная деятельность Гамлета разрушила государственную власть, а возможно и мощь государства Дании. Во всяком случае, королём Дании по совету Гамлета становится реваншист швед Фортинбрас, сын побеждённого отцом Гамлета шведского короля.

Представим себе другой финал. Гамлет осуществляет свою главную цель: убивает короля Клавдия и остаётся жив. В качестве единственного наследника он становится королём Дании. Какой это был бы правитель? Изначально (преморбидно) эмоционально неустойчивый, склонный к рефлексии, депрессиям, не владеющий навыками управления, в дальнейшем ставший подозрительным, коварным, жестоким, познавшим безнаказанность убийства, Гамлет, скорее всего, превратился бы в тирана. Ведь фактически Гамлет стал таким же, как, по его мнению, и те, против которых он боролся.

\* Выступление на одном из ежемесячных семинаров НПА России в Преображенской психиатрической больнице (19 ноября 2002 г.).

## Майя Захаровна Дукаревич

14.05.1925 – 16.08.2001

Майя Захаровна Дукаревич — это пример возможности и в тоталитарную эпоху оставаться собой, идти собственным путем и — в нарушение всех принятых ритуалов обюрокраченной науки — достичь такого профессионального уровня и такого неформального статуса, которые ставили ее — лаборанта “с неоконченным высшим образованием” — на уровень многих “лидеров предмета”. Майя Захаровна Дукаревич сыграла пионерскую роль в возрождении в нашей стране после почти 35-летнего идеологического проклятья и запрета тестологии, особенно проективной личностной техники и, прежде всего, самых сложных из них — теста Роршаха и Тематического Аперцептивного Теста. Это она превратила методику “пиктограмм” из теста на мышление в проективную личностную методику, как и мн. др.

Свой яркий талант она предпочитала вкладывать в людей, которых любила и, — совершенно не заботясь о собственном честолюбии, — в филигранное исполнение психологических исследований. Во многих научных работах 60–80 гг. она реальный соавтор. Майя Захаровна, пожалуй, наиболее высокое воплощение той категории людей, для которых такого рода деятельность стала профессией. Нетипичным был ее волонтерский характер и высочайший уровень исполнения. В конце концов, феодальные отношения в советской науке, то есть, работа целых научных коллективов на шефа, были заурядным явлением. Здесь перед нами качественно другие масштабы и личности, и весомости вклада, и контраста с социальным положением.

Майя Захаровна родилась в 1925 году в Москве в семье заместителя наркома С. Орджоникидзе, с гувернанткой — немкой, благодаря чему воспринимала немецкий язык как такой же родной как русский, черпая силы в поэзии Рильке. Отец был расстрелян в 1938 г., мать пережила его на несколько лет. М. З. была исключена из Московского университета, когда ей оставалось доучиться год на факультете француз-



ской филологии, который она так и не закончила, несмотря на незаурядные успехи. Незаконченное высшее образование и, в силу этого, положение лаборанта, вопиющим образом противоречащее уровню ее деятельности, ценилось и упорно удерживалось ею как способ полной независимости: за такого сотрудника все боролись, хотя он был с норовом, разговаривая с любым начальством на равных и создавая множество всевозможных казусов. После первоначально неудачного опыта трудовой деятельности (выживание из школы за чрезмерный энтузиазм в работе, попытка вербовки на телефонной станции) и последовавшего

за этим душевного кризиса, Майя Захаровна нашла себя на поприще психологии. Она работала в психологической лаборатории ЦНИИ судебной психиатрии им. В. П. Сербского (зав. Н. Н. Станишевская), в психологической лаборатории МНИИ психиатрии МЗ РСФСР (зав. Б. М. Сегал), затем в генетической лаборатории этого Института (зав. В. П. Эфроимсон), затем — и уже до конца — в суицидологическом научном центре и его кризисном стационаре (зав. А. Г. Амбрумова), совмещая это с работой в созданном ею на собственном энтузиазме и скудные средства реабилитационном центре для одиноких людей “Свеча”, где ее неумная творческая натура реализовалась в оригинальных методах арт- и социотерапии.

От Майи Захаровны не осталось научных работ. Парадоксальным образом, в единственной работе, где фигурирует ее имя, она не принимала участия. Но эта моя попытка подать пример называть таких авторов как Майя Захаровна ни к чему не привела. Однако нельзя сказать, что деятельность Майи Захаровны канула в Лету: ее часто приглашали вести семинары в самые различные подчас неожиданные места, и все, кому посчастливилось соприкоснуться с ней, сохранили о ней благодарную и восхищенную память.

*Ю. С. Савенко*

# РЕКОМЕНДАЦИИ

*Леопольд Блауштайн.* Избранные сочинения (Учение Гуссерля об акте, содержании и предмете представления, и др.) — М., 2002.

*Эрнст Кассирер.* Философия символических форм. В 3 томах. — М. — СПб., 2002.

*Карл Поппер.* Объективное знание. — М., 2002.

Теоретическая социология. Антология в 2-х томах. — М., 2002 (Новые переводы Э. Дюркгейма, М. Вебера, В. Парето, М. Шелера, Т. Парсонса, Н. Лумана и др.).

*Германн фон Кайзерлинг.* Америка. Заря Нового мира. — СПб., 2002.

*Поль Рикер.* Конфликт интерпретаций. — М., 2002 (полный перевод).

\* \* \*

*Гордон Олпорт.* Становление личности. (Избранные труды) — М., 2002.

*Альфред Адлер.* Практика и теория индивидуальной психологии — М., 2002.

*Жак Лакан.* Семинары, книга 5. Образование бессознательного — М., 2002.

*Е. Мира-и-Лопес.* Графическая методика исследования личности — СПб., 2002.

\* \* \*

*Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В.* Психосоциальная аддиктология — Новосибирск, 2001.

*Ада Тадевосян.* Стрессология — Ереван, 2002.

*Фил Бейкер.* Абсент — М., 2002.

*Такала И. Р.* Веселие Руси. История алкогольной проблемы в России — СПб., 2002.

\* \* \*

Феноменология смеха (ред. В. П. Шестаков) — М., 2002.

*Григорий Крейдлин.* Невербальная семиотика — М., 2002.

*Анна Вежбицкая.* Сопоставление культур через посредство лексики и прагматики — М., 2001.

*Фрумкина Р. М.* Психолингвистика — М., 2001.

\* \* \*

*Габричевский А. Г.* Морфология искусства. — М., 2002.

*Жан Старобинский.* Поэзия и знание (История литературы и культуры) в 2-х томах — М., 2002 (Всемирно известный швейцарский историк культуры. Автор докт. дисс. "История лечения меланхолии").

*Сесил Морис Боура.* Героическая поэзия — М., 2002.

*Айван Моррис.* Благородство поражения (Трагический герой в японской литературе) — М., 2001.

*Жак ле Гофф.* Другое средневековье. — Екатеринбург, 2002.

Антропология культуры. Вып. 1 — М., 2002.

Армариум. — М., 2002.

*Григорий Ревзин.* Очерки философии архитектурной формы — М., 2002.

*Роже Шартье.* Культурные истоки Французской революции — М., 2001.

\* \* \*

*Николай Костомаров.* Скотский бунт — М., 2002.

*Литвак Б. Г.* Парадоксы российской историографии на рубеже эпох — СПб., 2002.

*Ольга Адамова-Слиозберг.* Путь — М., 2002 (Воспоминания о пути по тюрьмам и лагерям. Одна из вершин русской мемуаристики XX века.).

\* \* \*

*Чегодаева М. А.* Там за горами горя... — СПб., 2002.

*Ефим Бершин.* Дикое поле — М., 2002.

*Йохен фон Ланг.* Протоколы Эйхмана. Магнитофонные записи допросов в Израиле — М., 2002.

\* \* \*

*Владимир Жаботинский.* Пятеро. Роман, рассказы — М., 2002.

*Мартин Бубер.* Гог и Магог. Роман — СПб., 2002.

# ABSTRACTS

## On borders between mental norm and pathology

S. Yu. Tsirkin

Subjects with mental pathology and psychological problems differ prognostically and should be managed in different ways. The importance of discrimination between mental pathology and psychological problems becomes more prominent along with the development of psychiatric services (such as liaison and emergent psychiatry). The current definition of mental health is discussed as invalid. It is proposed to define mental pathology as (1) a significant change of mental functioning that is out of

keeping with situation, patient's age or his personal peculiarities; and (or) (2) permanent signs that are qualitatively identical to the changes mentioned in point one. In accordance with this definition different types of mental pathology are analyzed. One of the sequences of such approach is the exclusion of some categories from the list of psychiatric disorders. As purely psychological (not pathological) syndromes paranoid personality and posttraumatic stress disorder are assessed.

## Socio-psychological and pathopsychological phenomena of contemporary culture

E. V. Beznosyuk, M. L. Knyazeva

Many phenomena of culture such as games, rituals, fairy tales represent psychotherapeutic scenarios, which had been crystallized during the centuries.

The mass culture, which had been developed as an ugly manifestation of technocratic civilization based on the culture of consumers society creates the system of false values, is a pseudoculture.

Considered as valuable things are neither sense, nor aesthetic or moral content or spiritual value of a produc-

tion, but in the foreground are placed monetary considerations, technical performance and tricks. The situation of absorbing a person by article environment is being created a person in need of external support, who can be manipulated by means of its creator-pseudoculture is being moulded.

All those phenomena are vividly reflected in semantics and vocabulary of modern language — semi-official slang "novo-yaz".

### WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry

*Edited by Mario Maj & Norman Sartorius*

**Vol. 1 — Depressive Disorders**

**Vol. 2 — Schizophrenia**

**Vol. 3 — Dementia**

**Vol. 4 — Obsessive-Compulsive Disorder**

*John Wiley & Sons, Ltd*

*Chichester — New York — Weinheim — Brisbane — Singapore — Toronto*

*Вы можете заказать эти книги по адресу:*

**John Wiley & Sons, Ltd.**

**Baffins Lane, Chichester, West Sussex, PO 19 1UD, UK**

**E-mail: [cs-books@wiley.co.uk](mailto:cs-books@wiley.co.uk)**

**[Http://www.wiley.co.uk](http://www.wiley.co.uk)**

Благодаря поддержке Института “Открытое Общество” в рамках программы дестигматизации психически больных НПА России осуществила издание популярных буклетов для бесплатного распространения среди населения из серии

**“Что нужно знать о психическом здоровье”**

по следующим темам:

*Когда нужен психиатр?*

*Душевнобольной в семье*

*Психическое здоровье пожилых людей*

*Расстройства пищевого поведения*

*Шизофрения*

*Маниакально-депрессивные расстройства*

*Депрессия*

*Фобии*

*Панические расстройства*

*Посттравматические стрессовые расстройства*

Цель издания —

преодолеть недоверие населения к психиатрии и психиатрам,  
развенчать мифы об особой опасности,  
несостоятельности и неизлечимости психически больных.

По Вашему запросу будет выслан комплект изданных брошюр, которые можно использовать как образец для издания в Вашем регионе. Мы планируем продолжить издание популярных брошюр для населения и будем благодарны за предложение новых тем и участие в их разработке.

**ПРИНИМАЮТСЯ ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА РОССИИ:**

**ПРИЛОЖЕНИЯ**

**к «НЕЗАВИСИМОМУ ПСИХИАТРИЧЕСКОМУ ЖУРНАЛУ»**

1. С. Н. Шишков — «Судебно-психиатрическая экспертиза (понятие и типы)»  
(Учебное пособие)
2. I-е Консторумские чтения. «Психотерапия малопрогредиентной шизофрении»
3. О краткосрочной терапии творческим самовыражением и клиничко-психотерапевтическом театре в психиатрии. (Учебное пособие)
4. II-е Консторумские чтения. «Клиническая психотерапия и феноменологическая психиатрия»
5. III-и Консторумские чтения. «Психотерапия тревожных и депрессивных расстройств»
6. IV-е Консторумские чтения. «Терапия духовной культурой»
7. А. И. Ойфа — «Патологическая анатомия мозга» (методические рекомендации)
8. V-е Консторумские чтения. «Клиническая психотерапия»

**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

- 1991, I: Устав НПА — Антипсихиатрия сегодня — О психической заразительности.
- 1992, I–II: Проблема предмета советской психиатрии — Начальное бредообразование — Затухание бреда — Доклад комиссии ВРА о визите в СССР в 1991 г.
- 1992, III–IV: Герои и антигерои советской психиатрии — Дело генерала Петра Григоренко.
- 1993, I–II: Интрацепция и ипохондрия — Проблема идентификации — Практика и техника психоанализа.
- 1993, III–IV: Взгляд на американскую психиатрию XX века — Границы шизофрении.
- 1994, I: Нелекарственная терапия психозов — Выбор приоритетов — Типология деперсонализации.
- 1994, II: О бреде — Феноменология меланхолии.
- 1994, III: Деятельность НПА за 1989–1993 гг. — Ответственность за незаконное стационарирование — Врачебная тайна — О школе Столбуна.
- 1994, IV: Психоанализ в противоречиях — Биографический метод — Терапия смыслоутраты.
- 1995, I: О вялотекущей шизофрении — О диагностике — Митрополит Антоний о медицинской этике.
- 1995, II: Об институциональной психотерапии — О границах психотерапии — Об этнопсихиатрии — Дело АУМ.
- 1995, III: DSM-IV — Бенедетти о психотерапии шизофрении — Психология свидетельских показаний.
- 1995, IV: Гематологическая психоонкология — Психохирургия — Представительство интересов психически больных — VII съезд НПА и XII съезд РОП.
- 1996, I: Ясперс о бреде ревности (1) — Психиатрия и права человека — О мышлении по аналогии.
- 1996, II: Ясперс (2) — Психиатрия и нейрофизиология — Психиатрия в III Рейхе/ГДР и СССР/России — Обращение в Думу и Правительство.
- 1996, III: Ясперс (3) — Клинический разбор — Образ человека и мозг — Правовые казусы — О психоанализе.
- 1996, IV: Ясперс (4) — Конгресс в Мадриде — Психиатрия и религия — Памятка для пациентов об их правах.
- 1997, I: Интуиция в психиатрии — Новая парадигма. I — Ответ д-ру С. Глузману.
- 1997, II: Предложения к Закону — Метод идеальных типов — Новая парадигма. II — Психиатрический ГУЛАГ.
- 1997, III: Сто лет психоанализа — Новая парадигма. III — Психиатрия и религия.
- 1997, IV: Гуссерль и Ясперс — Новая парадигма. IV — Юбилей Бехтерева — Патографии Ленина и Хрущева.
- 1998, I: Гуссерль и Ясперс — Новая парадигма. V — Законы о наркотиках — Экспертиза Бехтерева по делу Бейлиса.
- 1998, II: Деятельность НПА в 1997 г. — Развитие психиатрической помощи в России — Основы этических стандартов в психиатрии — Детская психиатрия.
- 1998, III: Структура идентичности и психоз — О предмете социальной психиатрии — “Тирания психиатрии” и “тирания права” — Питирим Сорокин об основной ошибке русской интеллигенции.
- 1998, IV: Концепция психопатологического диатеза — Poleмика о путях борьбы с наркоманиями — Психиатрия и религия — Курт Гольдштейн: Принцип целостности в медицине.
- 1999, I: Курт Шнайдер. Религиозная психопатология (1) — Психотерапия — Экспертиза “Свидетелей Иеговы” — Басня о психотронном оружии
- 1999, II: Шнайдер (2) — Социальная психиатрия — Психотерапия — Всероссийский семинар к 10-летию НПА.
- 1999, III: Шнайдер (3) — Тенденции российской психиатрии — Экспертиза сайентологов.
- 1999, IV: Кризис современной психиатрии — ЭЭГ при молитве и голодании — Психиатрия и религия — Дело Платона Обухова — Этика экспертизы.
- 2000, I: О Рильке — Объединения родственников больных — Poleмика — Проект Закона.
- 2000, II: Кассирер: Техника политических мифов — “Открытый диалог” — Экспертиза парасуицида — Корсаковская экспертиза — Дело Шмита (1).
- 2000, III: Критика МКБ-10 — Психофармакология — Социальная и судебная психиатрия — Дело Шмита (2).
- 2000, IV: X-ый съезд НПА России: Проблема доверия — Обсессивный синдром — Опасные действия психически больных — Ганнушкин — Зейгарник — XIII съезд психиатров России.
- 2001, I: X съезд НПА России — проблема доверия — Дискуссия о судебно-наркологической экспертизе — Парадоксы невменяемости — Концепция brainwashing “промывания мозгов” — фальшивка ЦРУ — Об экспертизах саентологов и иеговистов
- 2001, II: Экзистенциальный анализ восприятия князя Мышкина — Психопатологический диатез — О психическом здоровье и состязательной экспертизе — Экспансия идеологии на психическое здоровье
- 2001, III: Крепелин — Нет — метадону — Признаки упадка отечественной психиатрии (1) — Эпическая терапия — Дело Столбуна
- 2001, IV: Кронфельд — Психология в психиатрии — Признаки упадка отечественной психиатрии (2) — Положение психически больных в регионах России — Психиатрия и религия
- 2002, I: Русский Пинель — Саблер

Материалы для публикации присылать по адресу:

125581, Москва, ул. Ляпидевского, д. 18, кв. 41, Ю. С. Савенко; E-mail: ipar@aha.ru

Статьи следует сопровождать резюме для перевода на английский язык

Телефон редакции (095) 291-9081, факс (095) 291-8469

Москва, Новоарбатский пр., 11-1922

Адрес для корреспонденции: Москва 103982, Лучников пер., 4, подъезд 3.

Российский исследовательский центр по правам человека. НПА России