

ISBN 5 – 900513 – 13 – 0

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

I

1996

МОСКВА

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

Сдано в набор 1.2.96. Подп. в печ. 5.3.96. Формат 60×90 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура «Таймс». Печать офсетная.
Усл.-печ. л. 10,0 Уч.-изд. л. 11,3. Тираж 3 000 экз. Заказ № 2388.
Отпечатано в ИПК "Московская правда"

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

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



Настоящий выпуск осуществлен при финансовой поддержке
Европейского Союза в рамках программы Тасис и
Института «ОТКРЫТОЕ ОБЩЕСТВО»

© НПА, 1996

СОДЕРЖАНИЕ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

Бред ревности. К вопросу: «развитие личности» или «процесс»? – Карл Ясперс	3
--	---

ПСИХИАТРИЯ И ПРАВА ЧЕЛОВЕКА

Психиатрия и права человека: фундаментальность связи, ситуация в России, позиция НПА – Ю. С. Савенко	16
Психотерапия, этика и права человека – М. Е. Бурно	20
Психиатрия и право: поиск места в меняющейся жизни – В. Е. Каган (СПб.)	23
Исправляя слова, исправляя миры – Карлос Е. Слуцкий (шт. Калифорния, США)	26

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Брожение умов – В. Г. Батаев	29
Диагноз от лукавого – В. Г. Батаев	29
Нерешенная проблема – Ю. С. Савенко	30

ЮРИДИЧЕСКИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ

Правовое регулирование отношений в сфере социального обслуживания пенсионеров и инвалидов – Ю. Н. Аргунова	32
Может ли лицо с психическими расстройствами быть... присяжным заседателем? – Ю. Н. Аргунова, С. С. Гурвиц	34

ПРОБЛЕМЫ СЕКСОПАТОЛОГИИ

Психосоматическая модель сексуальных расстройств – Л. М. Щеглов (Санкт-Петербург)	37
О транссексуальной защите – Фридеман Пфеффлин (Ульм)	38

ПСИХИАТРИЯ И РЕЛИГИЯ

Новая нозологическая единица и мышление по аналогии	47
Из хроники событий рубежа 1995 – 96 гг.	50

ХРОНИКА

VII-ой цикл образовательной программы НПА	55
Первые Консторумские чтения	55
Психология и патология творчества	55
Семинар для студентов кружка психиатрии Медицинского Университета	56
Важная инициатива	56
Проф. М. М. Кабанов – президент WADP	57

РЕЦЕНЗИИ И ОТКЛИКИ

Как избежать конфликта закона и этики – рецепт Ю. В. Попова	58
Недостойное манипулирование достойного журнала	59
Ответ на отклик на I ежегодник НПА	59
Оригинальный способ охраны психического здоровья нации	61

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

Болезнь Н. В. Гоголя и его путешествия к святым местам – В. Е. Лернер и Э. Вицтум (Беер-Шева, Израиль), Г. М. Котиков (Москва)	63
Ворота Расёмон – И. Б. Якушев (Северодвинск)	72

НЕКРОЛОГ	73
----------------	----

РЕКОМЕНДАЦИИ	74
--------------------	----

АННОТАЦИИ	75
-----------------	----

CONTENTS

URGENT PROBLEM OF PSYCHIATRY

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

PSYCHIATRY AND HUMAN RIGHTS

Psychiatry and human rights: fundamental importance of correlation, situation in Russia, attitude of IPA – Yu. Savenko	16
Psychotherapy, ethics and human rights – M. Burno	20
Psychiatry and law: search of a place in changing life – V. Kagan	23
Changing words, changing worlds – C. Sluzki (California, USA)	26

FROM AN EXPERT'S DOSSIER

Intellectual ferment – V. Bataev	29
Diagnosis from the Evil One – V. Bataev	29
Unsolved problem – Yu. Savenko	30

LEGAL COUNSEL

Legal regulation in the sphere of social service for pensioners and disabled persons – Yu. Argunova	32
Can a person with mental disorders be a juror? – Yu. Argunova	34

PROBLEMS OF SEXOPATHOLOGY

Psychosomatic model of sexual disorders – L. Scheglov	37
On defensive mechanisms of transsexuals – F. Pfefflin (Ulm)	38

PSYCHIATRY AND RELIGION

New nozological unit and thinking by analogy	47
From the chronicle of events in 1995 – 96	58

CHRONICLE

VII cycle of IPA educational program	55
The first Konstorum readings	55
Psychology and pathology of creativeness	55
The seminar for the students of the psychiatry circle of the Medical University	56
Important initiative	56
Prof. M. Kabanov – President of WADP	57

REVIEW AND COMMENTS

How to avoid the conflict between law and ethics? – Yu. Popov's recommendations	58
Unworthy manipulation of worthy journal	59
Reply to the comments on the first Yearbook of IPA	59
The original method of protection of the mental health of nation	61

PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS

The mental illness of Gogol and his trip to holy places – V. Lerner, E. Vitstum (Beer-Sheba, Israel), G. Kotikov (Moscow)	63
The Rassemont Gate – I. Yakushev (Severodvinsk)	72

OBITUARY	73
----------------	----

RECOMMENDATIONS	74
-----------------------	----

ABSTRACTS	75
-----------------	----

БРЕД РЕВНОСТИ

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

Карл Ясперс

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

С о д е р ж а н и е

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

1. Случаи бреда ревности как «процесса».

Юлиус Клюг.

Макс Мор.

Общее в обоих случаях.

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

Понятия «процесс» и «развитие личности».

а. Понятия связей, возникающих путем «перемещения» (1. рационально; 2. посредством вчувствования) и «объективирования» с помощью процесса, лежащего в основе этого.

«Понимание» и «постижение».

«Развитие» и «процесс».

б. Отношение «процесса» к мозговому процессу.

в. Схематические выводы.

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

2. Случаи бреда ревности как «развития личности».

Клара Фишер.

Киприан Кнопф.

Общее в обоих случаях.

3. Сравнение с бредом кверулянтов.

Отношение к «раннему слабоумию».

Отношение к «сверхценным идеям».

Случай сверхценной идеи ревности при циклотии мии.

Схема различных понятий «сверхценной идеи».

4. Следующие случаи бреда ревности.

Михаэль Бауэр.

1-й случай Бри.

2-й случай Бри.

Суть «переходов» между «процессом» и «развитием».

В представленной здесь работе нашли отражение три взаимосвязанных момента. Во-первых, мы приводим несколько историй болезни ревнивцев, которые вне всякого сомнения страдали алкоголизмом, не были больны маниакально-депрессивным психозом и ранним слабоумием. Во-вторых, мы даем симптоматологический обзор структуры бреда ревности. И, в-третьих, нами высказаны соображения относительно нозологической сущности представленных случаев, во многом весьма сходных; в связи с этим мы специально рассматриваем понятия «процесс» и «развитие личности». При этом мы стремились дать как можно более четкие границы понятий, не вдаваясь в классификацию и не добиваясь формальной окончательной ясности. Мы старались также сохранять осознание неисчерпаемости и загадочности каждого душевнобольного, осознание, которое не должно нас покидать и в случаях, кажущихся весьма обыденными.

Я считаю необходимым (особенно учитывая объем двух первых, наиболее важных историй болезни) предпослать некоторые замечания относительно публикации историй болезни вообще и о написании моих в частности. В психиатрии невозможно обойтись без подробного описания каждого случая заболевания. Все эти случаи являются как бы краеугольными камнями, без которых распадутся наши понятийные структуры. Это проявилось и в безрезультатности некоторых прежних работ, авторы которых, надеясь

на то, что упоминаемые ими случаи, якобы, всем хорошо известны, отказывались от подобных описаний, которые к тому же отнимают очень много времени. Безусловно, можно обосновывать свои рассуждения, ссылаясь на приведенные в литературе истории болезни. Однако в тех случаях, когда таких описаний явно не хватает или они не вполне ясны для автора, он должен привести собственные описания, даже если он рискует сообщить нечто уже вполне «известное». Известным является то, что уже описано в литературе; все прочее является неизвестным, хотя посредством устной передачи также может получить весьма широкую огласку. Конечно, не следует основываться в своих суждениях на общих описаниях из учебников, значение которых в высшей степени эфемерно, поскольку в этих описаниях дается обобщенная характеристика психического состояния на основе отдельных случаев, которые при повторном изучении довольно часто оказываются неоднородными по своей сущности. Несмотря на многочисленный казуистический материал, собранный в психиатрических журналах и архивах, его все-таки еще явно недостаточно, чтобы заниматься теоретически какой-либо психопатологической проблемой или подобрать сходные случаи для сравнения с собственными наблюдениями. Но не всегда помогает и вполне достаточное количество материала, так как, к сожалению, большинство случаев наблюдается слишком кратковременно или неудовлетворительно. Как правило, психиатр большую часть своих больных наблюдает в течение непродолжительного времени. В этом отношении нам помогают накопившиеся в архивах клиник старые ис-

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

тории болезни и особенно судебные акты (бракоразводные, по осуществлению опеки, персональные и др.). Оценка материала судебных актов впервые систематизированно была произведена Вильмансом в его работе о бродяжничестве. Стремление получить наиболее полные сведения о всей жизни больного, которых всегда требовал Крепелин, является основой эмпирически-клинического изучения. Учитывая нынешнее состояние наших взглядов, нам безусловно необходим биографический материал, который должен быть пригодным не только для обоснования собственных концепций, но и для других исследователей, а также более подробное описание симптоматики, насколько этого возможно добиться в процессе наблюдения за больным. Очевидно, что получение хорошего биографического материала является далеко не простым делом; во многих случаях мы ограничиваемся довольно скудными данными. Кроме того, несомненно, что, если время от времени и появляются такие биографии, то они обычно намного превышают обычный объем истории болезни. При этом такой объем связан вовсе не с тем, что ради какого-то удобства или «псевдоточности» эти биографии были напечатаны в полном соответствии с тем, как они были первоначально написаны. Для биографий, соответствующих нашему пониманию, мы отнюдь не стремимся собрать материал в большем объеме, чем тот, который мы публикуем. К тому же подбор наиболее существенных данных делает возможным даже некоторое сокращение публикации, хотя она и остается после этого достаточно объемистой, что мы рассматриваем как преимущество по сравнению с прежними, подчас весьма краткими публикациями, которые непригодны для какого-либо изучения. Поэтому мы надеемся, что, даже если изменятся взгляды и концепции, этот материал все-таки сохранит свою ценность. Несмотря на нередко встречающееся пренебрежение обширными историями болезни, в составлении их мы вовсе не усматриваем недостаточность владения материалом или даже некую тривиальность, а наоборот, воспринимаем их как материал, служащий основой для всех концепций. В этом плане краткие истории болезни в большинстве своем оказываются лишенными какой-либо ценности.

Что касается построения материала в каждом случае, то в связи с неизбежной фрагментарностью его, разными источниками информации и другими причинами строгое следование принципу классификации и достижение четкости и единообразия во всех случаях оказываются невозможными. Вероятно, во многих отношениях было бы правильнее представить, по примеру историка, четкий понятный текст с примечаниями. Но, поскольку примечания едва ли будут читать, а материал важен сам по себе с точки зрения психиатрии, мы ограничились только выводами в конце каждой истории болезни. В изложении материала в каждом случае хронологическое описание неоднократно дополняется сопоставлением некоторых подробностей и указаниями на происхождение полученных данных. Хотя здесь, в отличие от исторического исследования, нет необходимости в строгом уточнении источников, общий характер их, однако, должен быть очевидным.

Мы еще раз подчеркиваем, что истории болезни ни в каком плане не обрабатывались для замкнутых теоретических построений. Мы прежде всего преследовали цель дать в них объективный материал, который может быть использован и другими исследователями, независимо от тех или иных концепций. Мы рассматривали как преимущество тот факт, что истории болезни не просто иллюстрируют определенную точку зрения. Они составлены прежде всего в соответствии с высказыванием Крепелина: «Добросовестное расщепление формы на ее мельчайшие и, казалось бы, самые незначительные проявления становится неизбежным предварительным

этапом в процессе получения цельной картины заболевания, соответствующей его природе».

Прежде чем представить описание двух первых случаев, мы хотим дать в сжатой форме обзор современного учения о бреде ревности, каковым оно представляется в свете клинических наблюдений и данных литературы.¹

Здесь необходимо указать на некоторые различия (отчасти сами по себе очевидные), для того чтобы иметь достаточно четкое понимание своеобразия каждого случая ревности, совершенно независимо от диагностических соображений. Мы последовательно представим симптоматологические различия; непосредственное или косвенное отношение к соматическим обстоятельствам; появления бреда ревности при определенных (нозологических) формах в системе психозов.

Исследуя симптоматику, мы обнаруживаем в одних случаях нестойкие идеи ревности, которые «питаются» из разных источников, временами как бы забываются и исчезают, а затем вновь формируются, обосновываясь то одним, то другим образом. В других же случаях наблюдается более или менее быстро создаваемая система ревности с годами существующими принципами доказательства, которые, как правило, не забываются, а лишь постоянно умножаются. Этим самым мы получаем возможность различать психологическую и болезненную ревность (с наличием оснований или без них, но всегда с более или менее сохранной критикой), бредоподобную ревность (*Wahnhafte Eifersucht*) (широко распространенные идеи, наблюдения, которые могут исчезать и вновь формироваться, как указывалось выше, но без всякой критики) и бред ревности (*Eifersuchtswahn*) (систематизированный бред; при этом не всегда ему сопутствует стойкий аффект ревности).

Кроме того, в одних случаях мы обнаруживаем возникшее сначала подозрение, которое первоначально подвергается критическому рассмотрению и лишь затем обосновывается, а в других случаях одновременно с появлением представления сразу же устанавливается «факт». В соответствии с этим одни лица пытаются вести наблюдения с желанием и надеждой опровергнуть свои подозрения, переживая состояния депрессии и страха, если это им не удается, в то время как другие лишь с явным удовлетворением подкрепляют своими наблюдениями несомненный для них факт.

Что касается происхождения бреда ревности, то он, конечно, связан со всеми возможными психотическими симптомами, соответственно той клинической картине, в рамках которой он существует. В тех случаях, когда бред ревности не маскируется множеством других симптомов, мы усматриваем сложный его генез, взаимодействие обманов чувств и ложных воспоминаний. Особенно примечательной является разновидность сложного возникновения или «правильной» аргументации. Самые безобидные события, изменения в манере держать себя, случайные встречи на улице, «перекрестные взгляды», подозрительные шумы, беспорядок в комнате, румянец на лице жены и ее неуверенность, визиты и т. п. служат достаточным основанием для самых серьезных выводов. Очевидно, что сами по себе эти события и факты не были причиной появления ревности, но несомненно, что

¹ Примечание: Из прежних работ наиболее важными являются следующие: Крафт-Эбинг («*Jahrbuch für Psychiatrie*», № 10), Вернер («*Jahrbuch für Psychiatrie*», № 11), Шюллер («*Jahrbuch für Psychiatrie*», № 20); весьма существенный вклад в разработку проблемы внесла работа Бриза («*Psych. neurol. Wochenschrift*», 1900, № 90). В работе «К казуистике бреда ревности» (дисс., Грейфсвальд, 1903) Вальтер приводит четыре совершенно разных случая этой разновидности бреда. Наконец, эту тему разрабатывал Тёббен («*Monatsschrift für Psychiatrie*», № 19). В трех последних работах имеется библиография.

имевшаяся уже ревность нуждалась в основании и нашла его. Кроме того, подобные случайные «наблюдения» могут заново пробуждать латентную ревность.

Если реальные события и факты будут «истолкованы» подобным образом, то обычно присоединяются иллюзорные искажения восприятия. Такие люди слышат и видят нечто большее, чем просто потрескивание дров, обычные пятна, тени и т. п. Такие иллюзии обычно не отличаются от тех, которые возникают у каждого при наличии яркого аффекта, тревожном ожидании или утомлении; это и есть иллюзорные обманы чувств. От них необходимо отличать истинные голоса, видения, делириозные переживания. Особой разновидностью является сочетание ревности с сексуальными галлюцинациями.²

Рассказы о видениях и делириозных переживаниях, к сожалению, часто бывает трудно отличить от обманов воспоминания, которые играют важную роль в качестве основания для бреда ревности. При этом не только по-новому толкуются и расцветаются банальные события прошлого, но и появляются воспоминания о переживаниях, которые вообще никогда не имели места. В этих случаях пациенты говорят о том, что у них «словно пелена с глаз упала». Они, якобы, видели, как жена принимала несметное количество мужчин, обнаруживали мужчин в ее постели, ощущали их присутствие рядом с собой, когда жена изменяла им с ними, наблюдали через замочную скважину отвратительные сцены. Во всех случаях подобных обманов воспоминания примечательным является то, что несмотря на ужасные ситуации, в которых они, якобы, находились, пациенты никогда не предпринимали никаких действий, которые могли бы также всплыть в этих обманах воспоминания. Такие своеобразные «галлюцинации воспоминания» возникают у людей, которые вовсе не являются внушаемыми и обычно воспроизводят запоминавшееся переживание всегда в одном и том же виде. В то же время, наоборот, ревнивцы, которые постоянно ищут новые толкования и основания для этого, приукрашивая и всякий раз меняя свои реальные переживания и события, обычно не испытывают «галлюцинаций воспоминания».

Сходные с этими являются своеобразные переживания ревнивцев, возникающие во время или после сна. При пробуждении у них возникает ощущение, будто ночью здесь кто-то был; им кажется, что

они спали очень крепко, получив, вероятно, снотворное, чем и объясняется безмятежность жены; бывает также ощущение, будто ночью кто-то прикасался к их лицу, закрывая его одеялом; иногда у них бывало ощущение, будто рядом с ними кто-то лежал. И здесь уже начинаются трудности в разграничении этих переживаний с истинными галлюцинациями воспоминания.

Едва ли следует еще раз упоминать, что само по себе **в о з н и к н о в е н и е** бреда ревности, несомненно, является для нас полнейшей загадкой. Сам факт, что это происходит абсолютно непонятным для нас образом, и составляет как раз сущность «помешательства». Наш «генетический» подход лишь констатирует феноменологические соотношения, существующие между переживаниями.

П о в е д е н и е ревнивцев также может быть самым различным. Одни живут в твердой убежденности в реальности своего бреда, продолжая работать и занимаясь судебной стороной дела, но стремясь уже пополнять свои наблюдения. Уверенные в себе, негодующие, они добиваются своих прав. Другие же продолжают действовать самыми изощренными способами, чтобы «разоблачить» супругу: посыпают пол песком, делают пометки на дверях, домой приходят неожиданно и т. п. Женщины повсюду следуют за своими мужьями, поджидают их возле работы, поручают служанкам следить за ними. Все эти больные могут проявлять агрессивность. Наконец, третья группа больных покоряется своей судьбе; они становятся депримируемыми, часто испытывают сомнения в отношении истинности своих идей; иногда ревность у них носит характер типичных навязчивых состояний. Некоторые больные способны полностью диссимулировать свою ревность, видя, что ее проявление приводит лишь к неприятным последствиям, и только случайность подтверждает, что бред продолжает существовать в неизменном виде.

Согласно данным некоторых авторов (часть их подтверждается и статистически), бред ревности связан с некоторыми соматическими процессами, в т. ч. с психофизической системой полового аппарата и с определенными периодами жизни женщины. Что касается полового аппарата, то **Крафт-Эбинг** показал, что «психически и физически не удовлетворяющий коитус при высоком уровне либидо может стать мощным источником образования бреда ревности у алкоголиков». Кроме того, у ревнивцев нередко обнаруживается импотенция психопатического или органического (например, при начинающейся спинной сухотке) происхождения, а также аномалии анатомического строения гениталий. В отношении женщин имеются сообщения о бреде ревности в период лактации (**Шюллер**; у него описаны 6 случаев бреда ревности при острых психозах и все они определяются как «бред ревности в лактационном периоде»), а также о менструальном, климактерическом, сенильном бреде ревности у них. **Крафт-Эбинг** описывал, как осознание угасающего полового влечения и чувство утраты к пациентке интереса со стороны ее мужа стали главным источником климактерического бреда ревности.

Бред ревности, как, пожалуй, и все психологически столь универсально обозначаемые симптомы, встречается при всех видах психозов у психопатических личностей. Благодаря частоте появления он стал характерным для определенных состояний. Точно так же характерным может стать и особый способ его образования.

Широко известен описанный **Нассе** и подтвержденный затем **Крафт-Эбингом** бред ревности у **алкоголиков**. **Крафт-Эбинг** обнаружил его у 80 % пьяниц, продолжающих половую жизнь, и показал его связь с соматическими и психическими последствиями алкоголизма (нарастание либидо при снижении потенции, ог-

² Примечание: Подобные галлюцинации абсолютно характерны, пожалуй, только для раннего слабоумия. Классическим примером этой патологии является следующий случай. Фрау Беренс с 38 лет высказывала идеи ревности. В это же время у нее возникли нарушения в половой жизни. Она заметила, что ее муж, якобы, состоит в интимных отношениях с соседкой. Определенную роль при этом играли элементы обычной подозрительности: она слишком часто их видела вместе, замечала, что они обмениваются понимающими взглядами. Отношения с мужем у нее изменились. Он стал, якобы, стремиться избавиться от нее, находил в ней различные недостатки, был очень груб. Кроме того, у нее было «свое предчувствие». Ко всему этому присоединилось следующее переживание: когда муж выходил из дома и встречал соседку, она ощущала, как чувство любви подобно лучу исходило из нее и передавалось этой женщине. Если муж смотрел на соседку с воодушевлением, то у нее самой возникало неприятное чувство полового удовлетворения, как если бы муж был с нею. Кроме того, она испытывала воздействие отравленных лучей. Любовь влекла ее к женщине, с которой муж имел интимную связь. Она была уверена также, что ее муж и соседка одержимы злым духом. Этот дух они могли, якобы, вселить и в нее. Она замечала, что им обоим всегда бывает хорошо тогда, когда у нее плохое настроение. Именно в эти периоды в ней пребывал этот дух, с помощью которого любовники могли заставить ее думать и т. д. Подобный случай описан также **Крафт-Эбингом** в его учебнике (4 изд., с. 458, наблюдение № 44).

рубение личности, супружеские ссоры, неприязненное отношение со стороны жены и т. д.). Бред возникает на этой основе чаще всего комбинаторным путем, с использованием многочисленных самых безобидных событий и фактов; в некоторых случаях его появление провоцирует иллюзорные и делириозные эпизоды. В сочетании с эмоциональным огрубением и алкогольной деменцией бред характеризуется особой скабрзностью и недостаточной аргументированностью. По этим же причинам он может приобретать самую различную форму и утрачивать свою систематизированность, несмотря на то, что до этого он мог быть достаточно глубоко и прочно укоренившимся. Кроме того, при прекращении пьянства он может исчезать или значительно редуцироваться, причем улучшение может периодически прерываться интеркуррентной вспышкой бреда.

Ни одно психическое расстройство не сопровождается бредом ревности столь часто, как алкоголизм. Однако здесь нет необходимости перечислять, при каких еще психозах он может встречаться. Мы хотели бы лишь указать на то, что при таких органических психозах, как прогрессивный паралич и старческое слабоумие (хорошие примеры их имеются у **Валертса** и **Тebbена**), бред ревности возникает только на начальных стадиях этих заболеваний, а также подчеркнуть, что нередко он представляет собой одно из проявлений раннего слабоумия (см. также случай **Тebbена**) и может основываться при этом на сексуально-галлюцинаторных переживаниях, что имеет место только при этом заболевании. Наконец, бред ревности наблюдается в самых различных формах при психопатиях: 1. На фоне истерической симптоматики; при этом подозрения, аргументированные самым различным образом, получают в конце концов новую пищу благодаря обманам воспоминания и псевдологическим процессам (см. случай у **Шюллера**); 2. в виде навязчивых представлений, которые подчас приобретают бредоподобный характер (см. случай климактерического невроза с навязчивыми представлениями у **Шюллера**).³ 3. При периодических расстройствах настроения у психопатических личностей, особенно у женщин в период менструаций (см. описание у **Шюллера**); 4. Ревность как особенность характера, которая в старости усиливается вплоть до бреда ревности (см. наблюдение № 14 у **Крафт-Эбинга**). Следует ли в этом случае рассматривать подобное усиление ревности как начало сенильной деменции или как психопатическое проявление нормальной фазы развития — решить не представляется возможным.

Бред ревности у психопатических личностей возникает обычно в сочетании с другими, упоминавшимися выше симптомами. Он может вполне осознанно основываться на догадках, часто существует только как подозрение, позволяет еще сомневаться, однако подкрепляется иллюзорно искаженными восприятиями или неверными толкованиями и никогда длительно и полностью не поддается критике, не достигая, таким образом, уровня систематизированного, основанного на соответствующих процессах и прочно удерживающего себя в своей системе бреда. Теперь обратимся к нашему первому больному.

Юлиус Клюг, католик, женат, по профессии часового мастер. Родился в 1838 г. В 1895 г. был направлен окружным судом на экспертизу в Гейдельбергскую клинику, так как его поведение (ревность, многочисленные

оскорбления, угрозы, жалобы в суд) вызвало подозрение о наличии у него психического расстройства. Все события развивались следующим образом.

В 1892 г. он подал в прокуратуру ходатайство о наказании своей жены и нескольких мужчин за **нарушение супружеской верности**. Расследование показало необоснованность его обвинений и дало повод предполагать наличие у него душевного заболевания. Поскольку К., вследствие некоторых угроз, был расценен как социально опасный, акт расследования был направлен в окружное управление по месту его жительства. Управление поручило окружному врачу провести психиатрическую экспертизу. Врач пришел к нему в мастерскую, где и беседовал с ним, дав затем заключение о том, что если К. и страдает психическим расстройством, то в помещении в стационар он все-таки не нуждается, хотя соответствующая опека местных властей была бы желательна.

Одновременно с ходатайством К. возбудил в суде дело о разводе. Назначенный тогда же главным судьей испытательный срок по этому делу успеха не имел.

В сообщении 1893 г., затребованном по заявлению К. министерством, главный судья докладывал, что он в течение этого срока вполне благожелательно заметил К., что он слишком много ломает голову над своими астрономическими часами, которые он создает уже 16 лет, и что это расшатало его нервы; поэтому он и вообразил себе такие вещи, которые на самом деле не имели места. В это же время в руки К. попал предназначавшийся его жене лист судебных издержек в связи с экспертизой «душевного состояния Юлиуса Клюга».

Из совокупности замечания судьи, обследования окружным врачом и обнаружения судебного листа у К. возникло убеждение, будто его «официально считают сумасшедшим», и сделано это по совету судьи его женой, чтобы свести на нет обвинение в супружеской измене. Попытки разубедить его остались безуспешными. В своих многочисленных заявлениях он апеллировал к различным инстанциям вплоть до главы княжества с целью отмены «трактовки его как сумасшедшего». Ему было отказано в документе, которого он добивался, со ссылкой на экспертизу окружного врача.

В 1895 г. в прокуратуру пришло донесение муниципального советника Лемана на К., проживающего в том же городке, в связи с угрозами в его адрес. Он сообщал, что К. подозревает его и еще двух других совершенно безупречных граждан уже в течение двух лет в том, что они, якобы, состоят в половых связях с его женой. Поскольку эти обвинения, высказанные в самых общих выражениях, лишены всяческих оснований, он не обратил бы на них внимания, учитывая характер К., если бы К. в одном из писем не угрожал ему убийством. А поскольку К. якобы неоднократно являлся домой с заряженным револьвером, то исполнение угрозы исключить нельзя. Так как он безуспешно ходатайствовал перед окружным управлением и судом, он просит прокуратуру принять соответствующие меры для его безопасности. После ознакомления с делом прокуратура решила, что судебное преследование не может быть осуществлено, и предложила окружному управлению принять соответствующие меры безопасности.

Вскоре после этого, в 1895 г., К. послал в прокуратуру длинное письмо на 4 страницах, в котором он просил юридической помощи и защиты прав от своей жены в связи с оценкой его как сумасшедшего, защиты от судьи в связи с теми советами, которые он давал жене, и клеветническими оскорблениями, а также защиты от окружного врача в связи с противоречащей действительности экспертизой и от окружного управления, составившего на основе этих ложных данных указ о том, чтобы его считали сумасшедшим. После получения этого объемистого послания, содержащего тяжелейшие обвинения и оскорбления обвиняемых лиц, с К. очень

³ Примечание: здесь следует упомянуть новую работу Бехтерева «О навязчивой ревности», помещенную в «Monatsschrift für Psychiatrie and Neurologie», № 26, 1909. Правда, в его интересных описаниях не всегда речь идет о навязчивых представлениях, некоторые из представленных им пациентов страдали имевшей реальные основания и патологической лишь по интенсивности, форме и силе воздействия ревностью.

подробно обсуждались сложившиеся обстоятельства и беспочвенность его обвинений. Однако это не дало никакого результата, ибо несколькими днями позже К. направил прокурору «заключительное слово по этому чудовищному делу». В нем он, в частности, отметил, что «уверенность в фактах остается неизменной», а отношение к нему судебных властей называл «судебным убийством» и грозил огласить все это дело в социал-демократической печати.

Произведенная другим окружным врачом экспертиза содержала в себе вывод о том, что К. нельзя считать безоговорочно душевнобольным. — Хотя судья напомнил о многочисленных письмах brutального содержания, полученных им от К., они не были приняты во внимание. — По просьбе окружного врача жандармерия повторно произвела опрос соседей К. по поводу супружеской неверности фрау К., и все опрошенные утверждали, что обвинения К. являются сплошным вымыслом. В связи с этим было решено, что К. необходимо обследовать в психиатрическом стационаре. Чтобы осуществить это, министерство выдвинуло против К. обвинение в оскорблении судьи. По постановлению окружного суда К. поместили в психиатрическую клинику Гейдельбергского университета. Однако за 10 дней до этого К. уехал в неизвестном направлении. Наконец он был задержан в Страсбурге, где остановился у одного из своих сыновей, и в декабре 1895 г. был направлен в Гейдельбергскую психиатрическую клинику.

Фрау К. сообщила следующие анамнестические данные. Своего мужа она знает со времен его военной службы. Он всегда был вспыльчивым. «Я не смела много говорить, а мои слова никогда не принимались во внимание; он всегда делал по-своему». Впрочем, они всегда неплохо ладили друг с другом. Она обычно во всем уступала.

Но три года назад «с ним случилось это». Он стал ревновать ее к часовому мастеру из соседнего городка, запретив ей носить туда часы, как это обычно она делала прежде. Однажды он рассказал ей, что в трактире слышал, будто тот человек и еще один часовой мастер сожительствовали с какой-то женщиной. Вскоре он показал ей еще трех мужчин, с которыми будто бы уже она нарушила супружескую верность. Сделала это она прямо в супружеской постели, лежа рядом с мужем. Он уверял, что совершенно отчетливо почувствовал тогда, как его потеснили в постели; кроме того, ему завязали глаза.

О своих детях он стал говорить, что это «дети потаскухи», что они должны уйти к своему «развратному отцу»; хотя первоначально обоих старших детей он признавал своими, потом он стал утверждать, что и они не от него. По его словам, старший сын это сын трактирщика, у которого они часто бывали еще женихом и невестой и на которого сын и похож. Обвинил ее также в том, что она вступила в половую связь со сторожем, который однажды приносил к ним часы для ремонта. Он стал требовать, чтобы она во всем призналась, говоря, что он вынужден будет подать в суд, если она не признается. Нередко он ее бил, даже палкой, выкрикивая при этом: «Я объявлю тебя сумасшедшей». Но хуже всего было по ночам. Он часто вскакивал среди ночи и кричал: «Ты ничего не слышишь? Здесь что-то движется!» — Когда он встречал по дороге кого-либо из подозреваемых им мужчин, он тут же уходил в сторону. Многие люди пытались поговорить с ним, но он не поддавался ни на какие уговоры, считая, что он «все сказал и с этим покончено». Жена даже не пыталась оправдаться. — При этом, помимо текущей работы, он днями и ночами был занят созданием своих особых часов, хотя жена часто уговаривала его оставить эту затею.

В совершенно ином свете предстают обстоятельства, изложенные самим К. Сначала мы приведем только те сведения, которые он сообщил при поступлении в Гей-

дельбергскую клинику в 1895 г. Но мы вынуждены сразу же оговориться, что об этом же периоде своей жизни в течение последующих 15 лет он сообщал отчасти прежние, а отчасти совершенно новые сведения, сравнить которые можно только при раздельном изложении, которое поэтому мы и предпочитаем, несмотря на его растянутость, более гладкому обобщенному изложению.

В 1892 г. он впервые услышал толки в трактире о неверности его жены. Два человека спросили хозяина трактира, правда ли, что в Т. жена одного часового мастера имеет двух мужчин. На это трактирщик ответил: «Он ведь здесь, этот часовой мастер». «Я допил свой стакан и вышел, потому что мне было стыдно».

На вопрос о том, замечал ли он и до 1892 г. подобные случаи, К. ответил утвердительно и сообщил о множестве эпизодов, которые он в свое время, якобы, неправильно истолковывал. Прежде он не сомневался в верности своей жены, пока в 1892 г. не обнаружил своего заблуждения. Уже в 1870 г. он, будто бы, обратил внимание на то, что к нему домой приходили разные мужчины, которые толком не могли объяснить цель своего прихода. Они частенько посмеивались над ним, поскольку они ведь встречались с его женой. Об этом он узнал, якобы, от Ф. — В 1889 г. он слышал, как Леман спросил его жену, может ли он рассчитывать переспать с нею, и как жена ответила на это согласием. Несмотря на это, он ни во что не вмешивался. «Я все еще надеялся на верность моей жены, а это было глупо». Между Леманом и Ф. всегда возникали шутки и смех. У Ф. была задача «блокировать» его (пациента), а Леман в это время занимался его женой. — Однажды, когда было уже темно, он вошел в спальню, где его жена лежала в постели, и он услышал, как она сказала: «Оставишь ли ты меня, наконец, в покое? Только что в кухне и теперь снова?» Позднее у него словно пелена с глаз упала.

Об этих же обстоятельствах он писал три месяца спустя в свою защиту: «В тот день после обеда мне что-то понадобилось в нашей спальне, при этом я оставил там на подоконнике напильник. Когда он мне снова понадобился, я пошел взять его. Они в это время хохотали, как сумасшедшие. Поскольку я точно помнил, куда положил напильник, я вошел в спальню, не зажигая света. При этом мне надо было нагнуться над постелью жены, которая, как я полагал, уже спала. Вероятно, жена почувствовала мое прикосновение к постели, и я услышал, как она тихо, но совершенно отчетливо сказала: «Ага, ты снова пришел? Я думала, что ты уже не в состоянии больше. Сначала ты получил все, что хотел, в кухне; потом ты пришел сюда и чуть не уморил меня до смерти, и вот теперь пришел снова! Ведь я не в состоянии столько выдержать!» — «Эй, — сказал я, — что это за чепуху ты болтаешь? Что это значит?» — «Кто же это такой» — спросила она и провела, ощупывая, своей рукой по моему лицу. А кем же я еще мог быть? Когда я ей ответил, кто я, она сказала, что ей приснилась какая-то чепуха, а когда я спросил, что значило сказанное ею, она ответила: «А разве я что-либо говорила? Должно быть, это я во сне что-то сказала». Тогда я поверил ей и лишь позднее мне пришла в голову мысль, что ведь между разговором во сне и обычной речью огромная разница».

Еще раньше до него доходило много слухов, на которые он тогда не обращал внимания. «В 1889 г. мне сказали, что моя лавка, якобы, мужская лавка, а жена — цветок, требующий ухода». А перед этим один из знакомых посоветовал ему публично назвать свой «цветок» мерзавкой и поколотить, не объяснив, однако, причины такого наказания, хотя ею несомненно была супружеская неверность его жены. Кроме того, некий лейтенант предупреждал его о каком-то мужчине. — Однажды он слышал, как Леман говорил С.: «Ты хороший приятель вовсе не К., а его жены». Другой мужчина добавил, что жена К. заходила в Х. в один дом, где за опреде-

ленные услуги позволила себе принять одну марку. Кроме того, его обвиняли, якобы, в том, что он из бесстыдного поведения своей жены пытается извлечь выгоду. На вопрос о том, откуда это стало ему известно, он ответил: «У меня предчувствие, что именно так и было сказано; были сделаны такие замечания, которые позволили придти именно к этому выводу». Он не стал тогда возражать в ответ на эти обвинения потому, что такие вещи в трактире обсуждать не стоит.

Когда его внимание было обращено на его прежнее утверждение, будто он сам присутствовал при том, когда его жена спала с другими мужчинами, он долго ничего не рассказывал, но наконец согласился и сообщил следующее: «Это было 19 марта 1892 г., на празднике. В таверне «У короны» собралось певческое общество. Хотя я не был его членом, меня тоже пригласили. Жена пожелала остаться дома, но очень хотела, чтобы туда пошел я. В конце концов мы пошли вместе. К нам подошла одна женщина и сказала: «Тереза (это имя моей жены), тебя просят выйти на минутку». Моя жена ответила: «Тот, кому это надо, пусть сам и придет сюда». С этого момента она уже ничего не пила и все время повторяла, что ей хочется домой. Я сказал ей, что домой мы пойдем в 9 часов. В 9 часов мы уже были дома. Я пошел в туалет, а жена была в саду. Вскоре я услышал, как кто-то произнес: «Ох, ох», после чего раздался стук двери в хлев. Когда я сказал, не принести ли мне лампу, она ответила: «Нет, нет». Вскоре я лег в постель, а затем пришла и жена. Мы лежали некоторое время, потом мне что-то послышалось, хотя я в этом и не уверен. Мне показалось, что открылась дверь в комнату. Затем я услышал хлопанье, как если бы трясли ткань. Что это было, я не знал и не знаю до сих пор. Сначала я подумал, что это происходит на улице. Через непродолжительное время я почувствовал, как к моему лицу прикоснулась рука. Ничего подобного со стороны жены за 30 лет нашего супружества я не припоминаю. Сразу после этого я почувствовал, как мне на лицо набросили ткань. Я стряхнул ее с лица, но ничего при этом не сказал. Прошло еще немного времени. Вдруг постель начала колебаться характерным образом. Тогда я сказал: «Господи, что же это с постелью?». Жена ответила: «Это моя нога, моя нога!» После этого я услышал нечто похожее на звук поцелуя, а затем шепот. Поскольку все это не прекращалось, я приподнялся и сказал, что хочу, наконец, видеть, что здесь происходит. Когда я зажег свет, жена вышла из спальни и не возвращалась в постель. Я спросил ее: «Почему ты встала?» На это она ничего не ответила. Затем она вернулась и снова легла со мной. Это продолжалось около четверти часа, после чего хлопнула входная дверь». «Это сущая правда». «Это не был сон, потому что впечатления были очень отчетливыми». — На вопрос, почему же тогда он не предпринял самых решительных действий, чтобы убедиться самому во всем, он не смог дать вразумительного ответа. «Я, наверное, был в полусонном состоянии». И на вопрос, как он мог определить, что это был любовник, если в комнате, по его же словам, была полная темнота, он также не смог дать никакого объяснения. Соседи же не могли, якобы, ничего заметить, «потому что ночью издали ничего не видно...».

Этот эпизод произошел, якобы, задолго до того, как он подумал о неверности жены. Лишь позже, когда стали распространяться эти слухи и истории, он понял, что это было. Когда его подозрения укрепились, он, несмотря ни на что, по-хорошему поговорил с женой, чтобы избежать скандала. Он просил ее во всем сознаться, после чего хотел все простить. Она же ответила, что скорее умрет, чем признается в этом. Впрочем, она не осмелилась утверждать, что его упреки были совсем несправедливы. Пациент решительно отрицал, что жестоко обошелся с женой.

Так продолжалось до октября 1892 г., когда он в состоянии отчаяния поехал к своему сыну в Швей-

царию, откуда направил жалобу прокурору. Вскоре он вернулся, так как не смог там работать и найти взаимопонимание с людьми. Тогда он решил во всем удостовериться и испытать свою жену. Он вернулся домой ночью и постучал монетой в окно. Не прошло и минуты, как жена отворила окно и спросила: «Кто там?» Тогда он ответил измененным голосом: «Хороший знакомый; открывай поскорее и я хорошо заплачу». После этого она еще раз спросила, кто он такой, но он ничего не ответил. После этого жена отворила дверь и предстала в одной рубашке. Как только она его узнала, она вскрикнула «как дикий зверь». Он не допускает, что жена узнала его до этого момента.

Теперь у него не оставалось никаких сомнений и он подал прошение о разводе. Вот тогда судья и посоветовал, якобы, его жене представить его как сумасшедшего. Именно в том момент, когда жена сказала ему об этом и он пришел в сильное волнение, явились бургомистр и окружной врач, чтобы засвидетельствовать его помешательство. — Во время беседы судья сказал: «Вот какова спесь! Хочет изобрести вечный двигатель и быть умнее других, поэтому ничего удивительного, что у него в голове шарики за ролики заскакивают». (См. приведенное выше действительное высказывание судьи).

С тех пор его дела и его доходы пошли на убыль. Об этом он писал три месяца спустя в свою защиту: жалобы в связи с его угрозами «имеют свою причину, как с моей точки зрения, так и с точки зрения других людей, в обстоятельствах, сложившихся вокруг нашей семьи и вызванных истцом; эти обстоятельства неизбежно должны были привести и привели к краху нашей до этого вполне счастливой семейной жизни, нашего супружеского мира, моей чести и доброй славы, моего кредита; наконец следствием, хотя и косвенным, этих же обстоятельств явилось также недавнее признание меня душевнобольным, что, в свою очередь, привело к краху моего процветающего дела и утрате благосостояния, приобретенного многолетним честным трудом». Кроме того, он писал: «16 ноября 1892 г. я и моя жена были вызваны еще раз якобы для попытки примирения; при этом мне в присутствии жены было сказано, что меня отныне считают сумасшедшим. Слухи об этом распространились с быстротой молнии в Н. и его окрестностях, где я до этого, в том числе и в 1892 г., имел годовой доход около и даже более 1000 марок, а в последующие годы он не превысил ни разу 100 марок, в связи с чем я уже не в состоянии покрывать необходимые расходы. К тому же ни один разумный человек не доверит больше работу часовому мастеру, которого посчитали сумасшедшим. Нужда и бедствия обступили нас в небывалой мере; однако, несмотря на то, что я должен считать основными виновниками этого свою жену и ее приспешников, мне никогда и в голову не приходило мстить им». В поисках защиты своих прав он обращался в различные инстанции, вплоть до министерства. И если при этом он употребил отдельные резкие выражения, то это, якобы, вполне можно объяснить его отчаянным положением. — Судья полностью виноват в том, что его признали сумасшедшим. Признали ли его на самом деле официально душевнобольным, ему это, якобы, было бы безразлично, если бы судья в официальном порядке не сообщал об этом третьим лицам. — На все свои прошения он не получил никакого ответа. Впрочем, начальство предлагало ему поддержку (это действительно имело место), от которой он отказался, поскольку он в своем тогдашнем положении вынужден был рассматривать ее как компенсацию за признание его душевнобольным.

Все эти сведения К. изложил совершенно спокойно и последовательно. При этом он пытался отвергнуть все возражения, насколько это было возможно, хотя и не впадал в связи с этим в состояние возбужденности. В своей речи он отличался находчивостью, изворотливос-

тью, проявлял склонность к изысканным, высокопарным выражениям.

Поведение его в стационаре с первых же дней было вполне корректным. По отношению к врачам, персоналу и окружающим больным был вежлив и приветлив, охотно принимал участие в труде. Во время визитов врача не был ни навязчивым, ни негативно настроенным. Эмоционально был уравновешен, без депрессивного или экспансивного аффекта. Интеллект сохранен. С особым усердием больной демонстрировал свой план создания астрономических часов. Для человека своего положения он обладал достаточно разносторонними познаниями. Кроме планов создания астрономических часов, К. попросил принести из дома целую книгу своих стихов, после того как врач заинтересовался его поэтическим творчеством. Хотя эти вполне правильно зарифмованные строки и не представляли собой художественной ценности, в них угадывались все-таки определенные способности. Стихи отличали черты сентиментальности; излюбленными темами были опасные ситуации, заканчивающиеся весьма трогательным образом. Одно из наиболее обширных стихотворений имело характерное название – «Бог не покинет чада свои».

Его поэтические наклонности, как и его страсть к конструированию сложных астрономических часов, проявились еще в молодости и оказали решающее влияние на всю его биографию, которая с его слов представляется следующим образом. Родился он в 1838 г. в семье ремесленника. Психическими расстройствами никто из близких не страдал. В школе занимался с некоторыми затруднениями, но благодаря этому, по его мнению, он лучше усваивал заучиваемый материал. «Только письмо не удовлетворяло моих учителей, хотя я и прилагал к нему большие усилия. Некий г-н Х., ревностно относившийся к этому предмету, считал, что меня надо постоянно наказывать за мое неуспевание в письме». После окончания народной школы он помогал некоторое время дома (1852 – 56 гг.), работал поденщиком, а затем стал ткачом, как и его отец. В 1859 – 61 гг. он служил в пехоте, ни разу ни в чем не провинившись. После воинской службы он снова стал работать ткачом, но в 1864 г. основал собственное дело. В 1865 г. он женился, жене было 26 лет. Брак был удачным, ссорились они редко, с односельчанами он также был в хороших отношениях. В 1866 у них родился первый ребенок, а затем было еще 9 детей. С самого начала семейной жизни он занялся в качестве подсобного дела часовым ремеслом и довольно быстро освоил его, особенно ремонт. Вскоре он занялся и производством часов, продав в 1868 г. за 75 гульденов свои первые часы. В 1874 г. ему поручили ремонт башенных часов. В 1877 г. он продал за 800 марок астрономические часы. В течение многих лет он работал над созданием совершенно нового типа астрономических часов. Жизнь его текла без всяких потрясений вплоть до 1892 г., когда стали происходить все те события, о которых уже говорилось достаточно подробно.

Прежде он, якобы, никогда не был ревнивым. В своей автобиографии он характеризует это следующим образом: «Моя жена в известном отношении была в высшей степени сдержанной. На этой основе у меня создалась уверенность в ее честности и верности. Ревность или подобные ей чувства были мне чужды».

Чтобы проследить его реакцию, в 1895 г. в клинике в присутствии врача было устроено свидание фрау К. с ее мужем. Фрау К. производила приятное впечатление, одета она была скромно и аккуратно. При виде жены он сделал строгое, официальное лицо, нерешительно протянул ей руку. Сначала они сидели молча, жена была несколько смущена. На вопрос: «Хотите ли Вы узнать о Ваших детях?» он ответил: «Ах, зачем, я все равно не услышу ничего хорошего». Затем врач направил разговор на тему предполагаемой неверности жены; об этом К. говорил с очень живым аффектом. Он резко упрекал жену за то, что его «сделали сумасшедшим»,

что она этим самым, якобы, преследовала цель избежать судебного разбирательства. Уже одно это доказывает ее вину. Если бы она была невиновна, то она должна была бы сделать все, что юридически подтвердило бы ее невинность. Показания людей, сделанные в полиции, ничего ему не доказывают, поскольку в таких случаях редко говорят правду, чтобы не впутаться в историю. Если бы тот или другой поклялся, что не имел никаких отношений с его женой, он сказал бы, что это было бы невозможно. «Здесь есть еще такие вещи, о которых надо было бы обязательно высказаться; я бы сделал это только в самый последний момент». «Теперь я уже ничего не скажу, так как это уже не имеет никакого значения, ибо я уже погиб». Жалуется по поводу возбужденного против него дела. Если бы кого-то оскорбил какой-нибудь «осел», то тот человек отстоял бы свои права перед судом. У него же нет никаких прав; к тому же его наказали самым жестоким образом, посадив в сумасшедший дом. «Существует целый ряд вещей, которые, будучи собраны вместе, составляют некую цепочку». Больному настойчиво разъяснялась необоснованность его подозрений, однако безуспешно. Он непоколебимо был убежден в своей правоте. Постепенно он становился все более возбужденным и агрессивным настроенным в отношении жены, так что свидание было прекращено. После ухода жены К. пребывал в сильнейшем волнении и вынужден был лечь в постель; у него тряслись руки и ноги. Он снова стал браниться: «Негодяйка, я не ожидал от нее такой наглости! Чтобы она могла так лгать! Она пришла сюда только затем, чтобы досадить мне и задержать меня здесь подольше, а самой без помех заниматься своими делами...» «Вдобавок позволила себе потратиться на поездку!» Когда ему возразили, что жена приехала по просьбе врача и что об этом сам врач говорил ему несколько дней назад, он не обратил на это никакого внимания, оставшись при своем убеждении, что она приехала в Гейдельберг лишь для того, чтобы его как можно дольше держали в больнице.

Теперь особое внимание следует уделить его многочисленным письмам, которые приложены к делу. В них бросаются в глаза явное однообразие содержания, часто дословные повторы; внешне их характеризуют многочисленные знаки препинания, подчеркивания, использование красных чернил. Из их содержания приводим лишь то, что не отражено в предыдущем изложении. В 1892 г. он писал: «Даже самая ужасная смерть не столь ужасна, не столь мучительна и болезненна». В заявлении прокурору, написанном в том же году, указывается, что он «пришел в полное отчаяние из-за своего ужасного положения». Он жаловался на то, что «уже в течение многих лет посредством самой рафинированной наглости осуществляется супружеская измена». «Самым вероломным и коварным способом совершались самые постыдные вещи». «Следствием этого святотатства были многочисленные дети». Он направит все свои усилия на то, чтобы эта «неслыханная подлость» была должным образом наказана. – В 1893 г. он писал о посещении его окружным врачом: «У меня, словно молния, мелькнула мысль и теперь все стало ясно! Твоей жене посоветовали привести тебя в состояние возбуждения, чтобы тебя посчитали сумасшедшим». Врач вошел «с характерной дьявольской улыбкой». Далее: «Именно упорный отказ показать мне дела явился доказательством того, что там, по-видимому, содержится намного больше того, что мне известно». – В письмах характерным образом проявляется его чувство собственного достоинства: «Так где же те, которые считают меня сумасшедшим и которые устроили все это? Я считаю, что, несомненно, этого еще недостаточно, даже если собрать воедино ум, знания и настойчивость всех моих врагов». Он характеризует себя как «человека, чьи знания и способности возвышаются словно чудо, далеко распространяющееся за пределы нашего отечества».

Если бы истощились все средства, то осталась бы,

«наконец, только пуля». Он в заключение обращается со следующими словами: «Перед судом вечного и всемогущего Бога я найду истину и справедливость. Это мое утешение и моя надежда». – В 1894 г. он писал: «Повсюду, где бы я ни появлялся, люди встречают меня недоверчивым, испуганным взглядом и избегают меня». – Негодующие письма судье содержат значительно менее сдержанные выражения: «Я спрашиваю Вас, лицемерный ханжа, который, как и моя жена, издевается над Богом и всем святым, а после того, как погубите невинного, выдаете себя за набожного и милосердного человека, я спрашиваю Вас – это по-христиански?» – В 1895 г. он заявил, будто судья «затял преступление без всякого основания, только из дьявольской злобности»; он приписывал ему намерение довести его до самоубийства. Его, будто бы, преследовали «судья и его сообщники», за каждым его шагом следили «шпионы и согладатаи», «нарушили клятву», измышляли «дьявольскую ложь», – и все это для того, чтобы его «морально уничтожить». У него возникло представление, будто причиной всех этих событий явилась его приверженность вере. «Если бы я не был приверженцем ультармонтанства, меня бы не посчитали сумасшедшим».

Соматическое состояние. Низкого роста, пониженного питания, мускулатура слабо выражена. Кожа бледная, с желтоватым оттенком на лице. Волосистой покров скудный. Череп небольшой, заострен кверху, затылочный бугор мало выражен. Своеобразно сморщенное, перекошенное лицо, узкие глазные щели, массивный нос, исключительно небольшой подбородок. Глубокие носогубные складки. Рот большой, губы плотно сжаты. Периодически на лице появляется стереотипная улыбка. Внутренние органы в норме. Коленные рефлексы повышенные, иногда отмечается клонус. Иной неврологический патологии нет.

В результате экспертизы в гейдельбергской клинике был поставлен диагноз – паранойя. На вопрос о социальной опасности было дано заключение, что, хотя у таких больных никогда нельзя исключить возможность совершения преступления, у К., который и сам считает свои угрозы несерьезными, вероятность его крайне незначительна, поскольку он обладает скорее слабым, чем энергичным характером. Впрочем, желательное продолжительное, не заметное для больного наблюдение.

Несмотря на это К. был переведен сначала в тюрьму, а через несколько дней в государственную лечебницу. В течение первых недель своего пребывания там он написал обширную автобиографию, отрывки из которой, касающиеся последнего времени, мы и приводим (окружной суд постановил продолжить наблюдение за ним в одной из психиатрических больниц). «Чтобы избежать самого ужасного, я уехал в Швейцарию, к своему сыну, надеясь там, в изгнании, закончить работу над своими часами. Но это оказалось невозможным из-за сложившихся отношений с сыном, которому я не хотел быть в тягость. Оттуда я уехал к брату в Страсбург, где меня задержали и направили в психиатрическую лечебницу. Я прибыл туда скорее мертвым, чем живым. Сердечное заболевание, которым я страдал, усилилось от тоски, скорби и горя, давая все больше о себе знать. 28 января меня выписали, после чего в течение 10 дней держали в тюрьме в К. Здесь мое заболевание вновь ухудшилось, так что первые три ночи я опасался, что у меня наступит удушье или случится сердечный приступ. Вскоре меня перевели в госпиталь, а через 8 дней – в И., где я, как настоящий сумасшедший, ожидаю своей печальной, но неизвестной, а потому еще более гнетущей меня, судьбы. Ежедневно, даже ежечасно, я молю Бога дать мне как можно скорее избавление. Я каждый день чувствую, как вследствие тоски, горя и невыразимой скорби все более и более иссякают мои силы. Создаваемые мною с таким трудом, мучениями и затратами часы, завершение работы над которыми могло бы спасти, по крайней мере в материальном отношении, всю семью, кажется,

уже несомненно не смогут быть сделаны. Изолированный от Бога и людей и покинутый, как заключенный, зная о нужде и страданиях моих невинных детей и не имея возможности им помочь, я страдаю едва ли не больше, чем самый бедный и слабый человек. Поэтому я часто задумываюсь над тем, что горе и тоска сведут меня с ума и доведут до настоящего помешательства».

В тюрьме, клинике и лечебнице К. вел себя спокойно, никогда не выражал протеста. В течение всего этого времени поведение его было упорядоченным, он всегда хорошо во всем ориентировался. Он никогда не считал себя больным, болезненно и с внутренним волнением переживал свой перевод в очередное учреждение. В последующем он также вел себя правильно, никогда не был навязчивым с просьбами и претензиями, но всегда охотно рассказывал о проекте своих часов, если его об этом спрашивали. Был благодарен за все, что ему предлагали, охотно читал, кроме упомянутой автобиографии написал пространное послание в свою защиту. Охотно занимался ремонтом часов. Настроение было преимущественно подавленным. Свое помещение в клинику переносил болезненно, не видел конца своим страданиям; считал, что вследствие горестных переживаний его сердечное заболевание в последнее время ухудшилось и что он, видимо, умрет, не выйдя из больницы. Несколько раз он жаловался на ночные приступы удушья.

При выписке (23 мая 1896 г.) по-прежнему утверждал, что он психически здоров, но в этом мире лишен всяких прав. Он был уверен, что стоит ему снова сказать хоть одно слово, и его опять поместят в психиатрическую больницу, ибо у него 100 согладатаев.

После выписки К. продолжал заниматься часовым ремеслом в своем селении, где он живет и сейчас. В целом дела у него шли хорошо; он содержал себя и свою семью, никаких серьезных конфликтов у него больше не было. О своих бредовых идеях, однако, он никогда не забывал, как это станет ясным из последующего изложения. – 16 ноября 1898 г. муниципальный совет заявил, что К. по всей округе порочит бургомистра, утверждая, будто тот постоянно препятствует ему в создании его часов, что и послужило причиной повторного поступления К. в психиатрическую больницу. – В 1899 г. по поводу созданных наконец астрономических часов о К. писали в газетах.

16 февраля 1899 К. подал в окружное управление прошение оценить его работу. Поскольку он затратил много усилий и средств на создание своих часов, ему, конечно, хотелось бы их продать. Он отмечал также, что неоднократно, якобы, пытался вести об этом переговоры, «но всегда, еще до окончательного решения, дело непонятным образом заканчивалось ничем». Торговый агент, который ознакомился с часами, также в конце концов пришел к выводу, что «признание его психически больным, принимая во внимание распространяемые слухи об этом, лишает покупателей доверия, необходимого при покупке столь дорогого объекта». Он обращался с предложением дать точное описание происшедшего и своего состояния, чтобы ликвидировать эти слухи. Однако, поскольку он запомнил некоторые обстоятельства, ему хотелось бы ознакомиться с делом. Когда ему в этом было отказано, он вынужден был, якобы, писать о том, что помнил, заполняя при этом пробелы памяти максимально обоснованными предположениями. – Окружное начальство объяснило ему, что заключения о наличии у него психического заболевания не было, и поэтому никаких препятствий в реализации им своего изобретения не может быть. При этом охотно согласились помочь ему в реализации финансовых условий договора о продаже часов, окончание работы над которыми всех удовлетворило.

В связи с этим окружное начальство 6 ноября 1901 г. вынесло следующее решение: «Несмотря на то, что он не имел специального образования, в области часового дела он обладает удивительным мастерством. В качестве до-

казательства своих выдающихся способностей К. представил созданное им поистине мастерское произведение — астрономические часы. Для осуществления возможности создания их он неоднократно получал от управы пособия, т. к. его личные средства были весьма ограниченными».

В 1902 г. бургомистр сообщил, что у К. дела идут хорошо, но что по всякому поводу он приходит в состояние возбужденности и раздражительности, как и прежде. У него также остались прежние «идеи фикс».

Высшие чиновники неоднократно занимались вопросом о покупке уникальных часов для музея, однако всегда какие-то случайные обстоятельства, а вовсе не сомнения в ценности часов, являлись причиной того, что все расстраивалось.

В 1905 г. К. снова подал прошение в высшую инстанцию о снятии диагноза психического заболевания. Возражением по поводу того, что таковой не существует, он не был удовлетворен. В связи с этим отмечалось: «В настоящее время К. снова производит впечатление по крайней мере душевно неуравновешенного человека, который не может отказаться от однажды принятого им мнения, несмотря на все новые и новые опровержения. На его состояние неблагоприятно влияет домашнее окружение, а также постоянное пребывание на одном месте жительства, жители которого не только не могут оценить или хотя бы заметить его несомненные способности и мастерство, но видят в нем лишь психически ненормального человека и время от времени дают ему это понять... Во всяком случае ему следовало бы разрешить продать эти астрономические часы, творение всей его жизни, государству, музею или частному лицу».

Тяжелая судьба и неудачи побудили К., который никогда не страдал недостатком самомнения, еще в 1896 г. заняться ретроспекцией, вернуться к своему прошлому. Теперь же, рассчитывая поскорее продать свои часы, он решил опубликовать свою автобиографию. В 1906 г. вышло «Правдивое жизнеописание человека, которого посчитали сумасшедшим из-за создания им замечательных астрономических календарных часов, лишили гражданских прав и содержали 159 дней в психиатрической больнице». Вступление к жизнеописанию составляет огромное, занимающее много страниц стихотворение, в котором от имени часов говорится, например:

«Возвестить тебе славу творца, —
Для меня это — цель бытия!
Его силы плоды — доброту,
Ум и радость дарю тебе я!»

Вторая часть стихотворения посвящена объявлению его сумасшедшим. Затем следует рассказ о его жизни, составленный в форме, как если бы речь шла о знаменитом человеке. Это патетическое, пронизанное чувством собственного достоинства описание, подобное самоописанию какого-либо благородного и гонимого всеми человека. В этом описании он всегда выступает как «мастер». Он не может достаточно полно представить «неслыханную жизненную судьбу» «бедного человека». При этом у него нередко проявляется склонность к логической утонченности, к остроумию. Свое повествование он начинает так: «Еще в ранней юности Юлиус проявлял огромное, страстное желание к знаниям и учебе». Однако он рано оставил книги, рано приобрел горький опыт. Но он всегда сохранял в себе «детское набожное чувство» и т. д. Во второй главе, названной им «Змея под цветами», он повествует, как в 1892 г. слухи о неверности его жены и их последствия превратили для него, находившегося в «кульминационном пункте» своей жизни, все существование в сплошное мучение. В следующей главе «Разоблачение» мы узнаем сцену, как К. ночью вернулся домой под видом незнакомца, чтобы убедиться в неверности своей жены. Эти события, а также посещение его окружным врачом, назначение примирительного срока, «решение о его психическом расстрой-

стве» и его безуспешные попытки добиться отмены его — все это К. излагает здесь в мельчайших подробностях, так же, как и в 1895 г.

Наряду с этим мы совершенно неожиданно узнаем об одном событии, о котором никогда до сих пор не единым словом он не упоминал во время обследования в Гейдельберге, а также в своих многочисленных письменных посланиях. Теперь это событие датировалось 6 ноября 1895 г., т. е. за несколько недель до поступления в гейдельбергскую клинику. В данном случае можно думать о вероятности обманов воспоминания. Он сообщает о том, что в этот день хозяйка Б. подала ему кофе, когда он зашел к ней позавтракать. При этом готовила и наливала его слишком долго. Он заметил, что на пол упал клочок бумаги, в которую, вероятно, был завернут какой-то порошок. Кофе имел какой-то странный вкус. Однако он не хотел доставлять людям неприятность и, ничего не сказав в связи с этим, выпил чашку до дна. Как раз в этот момент вошла его жена и стала предлагать ему выпить еще одну чашку кофе. Через час его стало тошнить, а все его органы были как бы парализованными. Он осел на пол, появились ломота и жар в конечностях, жуткие боли, неприятные ощущения в теле, нестерпимая жажда. Перед глазами он видел столб пламени, слышал журчание струившейся воды. Но дух его при этом был вполне ясным. Он неподвижно лежал с застывшим взором и не мог сдвинуться с места и даже пошевелить пальцем. С минуты на минуту он ждал своей смерти. Сильные позывы на рвоту мучили его и не приносили облегчения. — К вечеру он чувствовал себя еще плохо, хотя намного лучше, чем прежде. О последующих обстоятельствах он ничего не сообщает.

Затем он без всякого перехода рассказывает о своем отъезде в Швейцарию, о задержании и помещении в «дом ужаса» в Гейдельберге. Здесь он описывает свои страдания: «Три дня и три ночи Клюг вынужден был лежать на койке, стоявшей в коридоре, куда выходили все палаты с содержащимися в них настоящими безумцами. Обнаженные и полуобнаженные, прикрываясь лишь простынями, подушками или половиками, они выходили из своих палат, крича, вопя, кукарекая, гудя на все лады и танцуя вокруг ложа человека, смиренно молившего Бога о спасении. Они вопили: «Убить его!». Санитары держались в стороне, ибо всегда, когда собирались вместе 3 или 4 тяжелых буйных больных, ни один санитар не смел подойти к ним. Они могли справиться лишь с одиночками, водворяя их затем в постель».

При демонстрации студентам во время лекции его, якобы, охарактеризовали как «одного из самых опасных кверулянтов». Он драматически излагает эти подробности в главе «Продажа». Упоминает он также и о своем свидании с женой, однако при этом кое-что представляет иначе, подчеркивая, в частности, что его жена при всяком удобном случае говорила неправду. Затем последовал его перевод в другую больницу. В отличие от гейдельбергской клиники она заслуживает у него особую похвалу. Он с благодарностью сообщает о том, как предупредительно с ним обходились, поддерживали его, опекали. — После выписки оттуда ему неоднократно надоедала местная жандармерия со своим надзором. В 1898 г. «прибор был закончен», и он с гордостью отмечает, что собралось большое количество людей, которые пришли посмотреть его часы и послушать его разъяснения. Многие из них слышали о его «неприглядной истории» и спрашивали, правда ли это. В течение нескольких месяцев у него побывали 45 тысяч человек. Об этом появились сотни газетных сообщений. В 1903 г. он представил свои часы на Шварцвальдской выставке. При этом большой ущерб ему, якобы, причинил постоянный надзор, установленный за ним. В общем наветы его врагов достигли того, что он не смог в полной мере воспользоваться плодами своего изобретения. Предпринятые в связи с этим попытки снять диагноз были безуспешными, т. к. ему всегда отвечали, будто никакого

заклучения о его психическом заболевании не существует.

На посланный недавно (1910 г.) запрос о состоянии К. бургомистр ответил, что К. по-прежнему раздражителен, по любому поводу зло и негодуя высказывается в адрес властей в связи с предполагаемым им решением о наличии у него психического заболевания и никого при этом не желает слушать. Занимается ремонтом часов.

Сам К. в 1910 г. по нашей просьбе написал два подробных письма. В них он сообщал, что его сердечно порадовало то, что люди «еще помнят о бедном, заброшенном Богом и людьми К.», и просил, поскольку он всю свою жизнь принес в жертву святой правде, без всяких сомнений сказать ему всю правду. Рассуждает он при этом философски и весьма остроумно: «Я ведь хорошо знаю, что в наше время принято, если имеется в виду выгода, говорить только то, что оказывается выгодным, полезным и что поговорка «Правду говорят только дураки и дети» сразу же причисляют всех приверженцев правды к дуракам, что в высшей степени неприятно и может быть использовано также как доказательство и против меня». Далее он снова с теми же подробностями сообщает об экспертизе, его борьбе за снятие диагноза, аресте, письме с угрозами и о поступлении в «дом ужаса». Его клинический разбор он описывает следующим образом. «Г-н директор Крепелин перед всей собравшейся аудиторией, состоявшей из работников больницы, вольнослушателей, студентов и санитаров, приказав мне стать на сцену, сказал буквально следующее: «Этот мошенник является самым большим плутом в нашей больнице. Он опаснейший кверулянт!» А когда я попытался опровергнуть зачитанную им из моего дела ложь, он закричал: «Если Вы немедленно не замолчите, я прикажу поставить Вас под душ». И, обращаясь к слушателям, он сказал: «Поистине мошенническим и опасным в этом типе является то, что он всегда всеми возможными способами пытается отпираться».

Нечто совершенно новое, что, якобы, произошло с ним в клинике, мы узнаем из следующего рассказа, в котором он пишет о соматическом обследовании, о том, что он должен был раздеться и т. д. «Затем я должен был лечь на пол, а он постукивал деревянным молотком мне по груди, животу, коленям и локтям. Затем я должен был перевернуться на живот, после чего это чудовище в человеческом облике, которого я никогда ранее не видел, произвело на мне операцию, которую в любой момент можно юридически подтвердить, но которую ради приличия я назвать не могу. Однако последствия ее до настоящего времени оказывают самое отвратительное действие, принося мне невероятные страдания и унижения. Отмечен ли этот факт в моем деле или нет, мне не известно. Но я точно знаю, что этот дьявол в человеческом облике фиксировал на бумаге каждый опыт, который он производил. Мне также не удалось до сих пор установить, была ли проделана эта процедура по приказанию из Карлсруэ или по приказанию директора или еще кого-либо, или, наконец, О. самовольно учинил над мной этот мерзкий поступок. Если при этом имелось в виду намерение отравить всю мою последующую жизнь страданием, горечью и позором, то повинные в этом, к сожалению, вполне достигли своей цели». Подобные дурные последствия он приписывает и «токсическому лечению бромом». Каждый прием пищи сопровождался болью. «Когда я однажды захотел куда-то поехать, я вынужден был вследствие лечения бромом и операции за день до поездки ничего не есть, чтобы без всяких неприятностей устроить все свои дела». История с отравлением его кофе датировалась уже 5 ноября 1895 г. О своих астрономических часах он говорит с гордостью. «Часы функционируют непрерывно уже в течение 11 лет и 9 месяцев, и не было еще случая, чтобы они неверно показали затмение солнца или луны». Однако, как всем известно, он не может их продать. «Таким образом, после 12 лет напряженного труда достигнут блестящий успех, но он не может быть реализован из-за этого подлого юридического убийства. Это прибор,

который стоит по крайней мере 20 – 25 тысяч марок». По воскресеньям во второй половине дня обычно приходят посетители, чтобы осмотреть его часы.

О том, что ему пришлось вытерпеть в течение многих лет от людей, он сообщает несколько подробностей. В частности, муниципальный советник пришел к нему и заказал кое-какую работу. Когда он задумался над этим предложением, советник заметил: «Если ты этого не сделаешь, то бургомистр сообщит в окружное управление, что ты уклоняешься от работы, и тогда уж ты попадешь туда, где ты уже побывал». В связи с этим К. пишет далее: «Хорошо зная, что эти люди в таких случаях обычно держат свое слово и что им ничего не стоит пойти даже на клятвопреступление... я выполнил заказ и вдобавок написал остроумное письмо». Однако ему, якобы, как и следовало ожидать, ничего не заплатили. — Далее он пишет: «В то время, как я работал над своими часами, каждую неделю ко мне по 2 – 3 раза во двор являлись жандармы. Они не здоровались и примерно по 15 минут смотрели в окно, как я работаю». Во время выставки приставленные к нему полицейские вызывали, якобы, страх у людей. «Это и был тот самый полицейский надзор над сумасшедшим».

Убежденность его в супружеской неверности жены остается неизменной. Но он уже не в состоянии снова рассказывать об этом. «Что за польза от того, что я еще раз расскажу об этих ужасных, бесстыдных поступках?» Он называет фамилии людей, у которых можно было бы об этом осведомиться. «Жене уже 69 лет, она больна и стала совсем некрасивой. Она была ханжой». «Вы хотите узнать, как я с нею живу в настоящее время? Об этом трудно рассказывать. Поставьте себя в подобное положение и вы получите ответ. Когда я вернулся, оставались еще двое бедных невинных детей. Я был полностью повержен как в моральном, так и в финансовом отношении. Я стал самым бедным в своем селении. Но моя жена стала еще беднее, она познала со своими детьми нужду и голод и превратилась в скелет. Я зарабатывал на самое необходимое, но жене сказал, что я был бы рад, если бы узнал, что она нашла себе пристанище в каком-нибудь другом месте. Впоследствии я сто раз повторял ей это, но она только плакала и никуда не уходила. Заставлять ее силой я не хотел из христианских побуждений, да и просто не хотелось поднимать шума. Она идет своей дорогой, а я своей, совершенно не интересуясь ею. Свои деньги она тратит только на себя, я от нее ничего не принимаю, не желая иметь с нею дела».

К. подчеркивает, что он привык исполнять свой долг, будучи католиком, и заканчивает свое письмо следующей фразой: «Но перед судом всемогущего Бога вся эта история несомненно будет оценена по справедливости. Здесь уже ничего изменить нельзя».

З а к л ю ч е н и е. Своенравный, но не проявлявший ранее ревности, К. в возрасте 54 лет без всякого внешнего повода стал высказывать нелепые бредовые идеи ревности. Он ярко описывает свои переживания в связи с супружескими изменами жены и эпизод отравления. Вмешательство полиции он трактует как признание его сумасшедшим, и за отмену этого решения он борется юридическим путем уже на протяжении 20 лет. Его бредовые идеи оформились и упрочились давно и хорошо всем известны. Впрочем, со своей женой он по-прежнему живет в одном доме, не поддерживая с нею, однако, никаких отношений. Он часто говорит ей о том, что ей лучше бы куда-нибудь уехать. Профессиональные способности его не пострадали. Ни о каком интеллектуальном снижении также не может быть речи. Новые бредовые идеи у него не формируются, но в отношении довольно короткого критического периода его жизни и впоследствии у него обнаруживались новые обманы воспоминаний.

Перевод А. В. Бруенка

(Продолжение следует)

ПСИХИАТРИЯ И ПРАВА ЧЕЛОВЕКА: ФУНДАМЕНТАЛЬНОСТЬ СВЯЗИ, СИТУАЦИЯ В РОССИИ, ПОЗИЦИЯ НПА*

Ю. С. Савенко

Тема, заявленная на нашем нынешнем съезде: психиатрия и права человека, к сожалению, снова стала остро актуальной, несмотря на давно длящийся весьма неблагоприятный фон. Об этом говорит уровень понимания этой темы многими даже руководящими отечественными психиатрами, сводящий дело к формальному признанию пунктов Декларации прав человека, подобно собственной Конституции, которые остаются для них утопической декларацией благих намерений. Еще более об этом говорит характер отношения к теме прав человека. «Публицистикой не занимаюсь!» – заявил один из таких руководителей на предложение выступить на эту тему в нашем журнале. Презрительная тональность этой реплики видимо имела в виду политизацию, морализаторство, пустопорожнюю болтовню, на деле же она отразила поверхностное отношение к проблеме.

Права человека для медицины, а для психиатрии в первую очередь, составляют неотъемлемую сторону самого существа предмета как науки, а не только практики. Поскольку замечательные семинары Ларисы Осиповны Богораз, изданные Московской Хельсинской группой, и мн. др. превосходные публикации прошли мимо широкой психиатрической аудитории, не лишним будет напомнить исторический контекст проблемы прав человека.

Еще греки наряду с «правом по закону» выделяли «право по природе». Вот как определяет последнее Аристотель в «Никомаховой этике»: «Естественным правом является любое право, которое действует повсеместно, и не зависит от того, считают ли его люди действующим или нет». В эпоху Европейского Просвещения оно развилось в масштабную концепцию, повлиявшую на Американскую и Французскую революции и определившую современный тип демократического конституционно правового государства с его разделением властей, нейтральным отношением к религии и Декларацией прав человека. Однако с XIX века концепция естественного права казалась уже целиком исчерпанной, растворившейся в публичном и частном праве, что является на деле не поражением, а свидетельством подлинного успеха (Отфрид Хеффе, 1987). Только опыт тоталитарных режимов XX века возрождает эту концепцию в ее самостоятельном виде. Характерна презрительная реакция на нее романтиков, а затем неоромантиков, позитивистов и марксистов, обозначения типа «моральный универсализм XVIII века», «гражданс-

кая религия», «мораль рабов», «мораль слабых», «склонность к тайнству», «буржуазный предрассудок», «фикция». Между тем снова является центральным вопрос: следует ли порвать с идеалами Просвещения или развивать их? (Юрген Хабермас, 1995).

Идеи Просвещения это пример идеологии, которая глубоко соответствовала исторически назревшей задаче, шла на смену феодализму, против теологических предрассудков, нетерпимости и фанатизма, утверждала свободу мысли и силу знания¹. «Прежде чем разразиться на полях сражений, революция совершалась в умах людей», пятнадцать лет в Америке, почти тридцать лет во Франции. Великий труд, подготовивший осознание обществом необходимости революции, труд, обосновавший права человека в Новое время, – это 28-томная Энциклопедия Даламбера и Дидро, издававшаяся 14 лет наперекор всем нападениям и запретам (1751 – 1765), это эпоха Просвещения, изменившая мировоззрение Европы.

Идея естественных прав человека, понимаемых как фундаментальные права, именно в эпоху Просвещения развилась в масштабную систему, впервые сформулированную в Виргинском Билле о правах (1776) и во Французской Декларации прав человека и гражданина (1789). В 1791 г. Билль о правах был включен в Конституцию США. Идея естественного права легла в основу трех европейских сводов законов: прусского (1794), французского (1804) и австрийского (1811). И по крайней мере на уровне Конституций одержала полную победу. В нашу Конституцию она вошла спустя 200 лет.

Глубоко знаменательно, что Просвещение, вместе с концепцией естественного права, породило основоположников научной психиатрии: отца американской психиатрии – Бенджамина Раша, чье имя стоит в одном ряду с Б. Франклином, Т. Джефферсоном и Т. Пейном, и отца европейской психиатрии – Филиппа Пинеля. Ю. В. Каннабих (1926) пишет: «После снятия цепей – (а это произошло в 1793 г.) – появилась возможность наблюдать подлинные картины психозов, неискаженные такими привходящими моментами, как озлобленность, искусственно привитый страх и другие последствия жестокого

* Доклад на VII съезде НПА (30 сентября 1995, Москва).

¹ Следует предостеречь от упрощенного взгляда на эпоху Просвещения как век рационализма и материализма. На деле рационализм был характерен для предшествовавшей Просвещению картезианской эпохи (Декарт, Спиноза, Лейбниц). Просвещение началось Локком и закончилось Кантом. Материалистами же из энциклопедистов были только Гольбах и Ламеттри.

обращения. Психиатрия обрела объект своего исследования – душевнобольного в его настоящем виде. Только с этого момента возможен был поступательный ход науки. Первые шаги в этом направлении сделаны были самим Пинелем».

Здесь с предельной ясностью сформулирована нерасчлененность научной психиатрии с гуманистическим мировоззрением. Гуманистической была медицина как таковая со времен Гиппократов. Она была антропологией, т. е., целостной по отношению к человеку как личности. Эпоха позитивизма, начавшаяся с 30-х годов XIX века, с ее расчленением этого целого, отсечением души и духа, разделением оставшегося тела на различные медицинские дисциплины, отношением к больному как объекту исследования и лечения, неизбежно привела к тотальному кризису самих основ медицины. Для психиатрии этот процесс был наиболее болезненным, ибо в силу ее интегрального многоуровневого характера объектный подход лишил ее фактически собственного предмета, подменял «мозговой патологией».

Аналогичную эволюцию легко обнаружить и в праве. Ведь «до настоящего времени ни одно из определений права не стало общепризнанным. Одна из основных причин этого – острые разногласия между сторонниками и противниками естественного права.» (Рене Давид, 1978). Позитивистская парадигма XIX века сводилась, в частности, к культу узко понимаемой науки, которая пыталась подменить философию, этику и религию. То, что не поддавалось онаучиванию, презрительно именовалось метафизикой. Именно такого наименования заслужила и концепция естественного права.

В начале XX века многие мыслители заговорили о самом страшном, самом грандиозном кризисе – кризисе гуманизма. Как раз Э. Гуссерлю принадлежит наиболее глубокий анализ духовной ситуации эпохи, позволивший предсказать и первую, и вторую мировую войну. Кризис гуманизма, а его ядро и составляют естественные права человека, страшные катастрофы войн и тоталитарных режимов, в значительной мере связаны с победоносным распространением позитивизма¹, который подготовил и благополучие XIX века и ужасы XX-ого². Все это вызвало

мощную антисциентистскую контрреакцию, выразившуюся в многочисленных антирационалистических доктринах XX века.

Наиболее ранним и наиболее глубоким отпором позитивистской парадигме стало феноменологическое движение, начатое «Логическими исследованиями» Гуссерля. Выросшая на этой основе философская антропология Макса Шелера дала классическое обоснование универсальным ценностям права и этики, как непосредственно постигаемым, опровергла идею формальной этики, показала независимость ценности справедливого, то есть, объективного правопорядка от идеи закона, идеи государства и идеи общества. Она показала, что самостоятельной ценностью в сфере святого является ценность личности. Наконец, моральный смысл феноменологии по Шелеру состоит в необходимости для акта феноменологической редукции преисполниться духовно нравственной настроенности с любовью к бытию, милосердием ко всему сущему, смирением и благоговением перед его тайнами, аскетическими актами достичь самообладания, овладеть регуляцией своей психовитальной сферы (Шелер). Здесь исток выдающейся социологии знания Шелера. Мы видим здесь, что этика вовсе не безразлична к нашим возможностям познавать истину, а в нашем случае, непредвзято понимать и описывать психически больного. На этой феноменологической основе выросли выдающиеся психиатрические системы Карла Ясперса и Курта Шнайдера. Принцип понимания в сочетании с устранением всякой психологизации позволил дать надежный критерий паранойяльному бреду – самой сложной области психиатрии, а рассмотрение коммуникации психиатра со своим больным, очеловечивание этого контакта выросло у Ясперса в грандиозную концепцию экзистенциализма.

Нюрнбергский процесс дал импульс глубокой разработке прав человека в Новейшее время и здесь снова был велик вклад Ясперса.

Протестом против обезличенной узко биологически ориентированной психиатрии стало антипсихиатрическое движение, пик которого пришелся на конец 60-х годов. Если первые пункты антипсихиатрической программы, а именно – протест против тюремного режима психиатрических больниц, лишения психически больного прав человека и вмешательства психиатрии в общественно-политическую жизнь, кстати прежде всего в СССР, пробудили общество от его индифферентности к социальным аспектам психиатрии, то гротескное отрицание самого понятия психической болезни, психофармакологии и объективности клинического метода исследования – как раз и составили содержание того, что мы именуем антипсихиатрией. Идеологом этого движения был Герберт Маркузе, развивший еще в 1951 – 52 гг. одну из концепций духовного манипулирования, абсолютизовавший роль политического фактора и смыкающийся с концепцией «промыывания мозгов».

Беспрецедентное по масштабам использование психиатрии в политических целях в Советском Союзе с 60-х гг. поспособствовало тому, что с 70-х гг. проблема прав человека превратилась не просто в актуальную, но «впервые стала неотделимой частью международной политики» (К. Фицпатрик,

¹ В парадигматическом смысле слова, а не в смысле отдельного философского направления. Узко политический взгляд на историю склонен видеть в эпохе Просвещения демона утопизма, приведшего к ужасам революции, якобинскому террору, наполеоновским войнам. Такой подход смазывает принципиальное различие контекстов, в которых разворачиваются общие для любого кризиса процессы. Целостный взгляд на историю развития культуры за этот период обнаруживает, что подлинным истоком общественных катастроф XX века является, говоря словами Альберта Швейцера, разрушение всеобъемлющей оптимистически-этической популярной философии Просвещения следующей за ним эпохой, когда истиной стала считаться только наука. Было «разрушено нечто такое, что при всех своих несовершенствах было величайшим и ценнейшим наднациональным явлением духовной жизни человечества. Всем... были тогда присущи вера в мышление и благоговение перед истиной. Уже по одной этой причине та эпоха была выше любой своей предшественницы и намного выше нашего времени».

² В знаменитой фальшивке царской охраны – «Протоколах сионских мудрецов» гуманизм, Декларация прав человека, демократия преподносятся как средства разложения христианских государств еврейскими заговорщиками.

1992). Эта связь послужила даже попытке дискредитации правозащитного аспекта как политического. Одна из Думских комиссий недавно сетовала, что Комиссия по правам человека не стала самостоятельной ветвью власти – правозащитной («Новое время», 1995, 37, с. 19). Однако со сходным безграмотным отождествлением мы встретились и у некоторых зарубежных коллег. Это, в частности, побудило нас посвятить предыдущий съезд теме «Психиатрия и политика». Повторю кратко: существо понятия «политика» складывается из двух аспектов – вертикального, аспекта власти, точнее господства, приказа, гарантированного принуждением, и горизонтального, регулятивного, уравнивающего различные общественные и политические силы несиловым дипломатическим путем. Эту же функцию выполняют также право, этика, религия, инфраструктура общества, общественное мнение. Правозащитный аспект представляет борьбу не за власть, а против вмешательства власти в права личности и автономии профессиональных институций. В Уставах всех правозащитных организаций записано, что это неполитические организации. Использование проблемы прав человека в политической борьбе не делает их политикой, также как любой предмет, ставший орудием убийства, не является оружием. Подлинной политизацией психиатрии является не борьба за соблюдение прав человека в отношении психически больных, а тотальное огосударствление психиатрии и психиатрической службы, т. е., тотальное господство исполнительной власти.

Нынешние политические и правовые представления и учреждения Запада, так называемая западная традиция права, берет начало в автономии духовной власти от светской, начиная с Папской революции 1075 г., продлившейся 50 лет, и в автономии феодальной (региональной) власти, начиная с Великой Хартии вольностей 1215 г. «Двойственность церковной и светской юрисдикции и множественность светских юрисдикций создавали острое соперничество, из которого вышло не только правление законом (*rule by law*), но и господство права (*rule of law*). Это соперничество и есть основная черта западной традиции права, которая сохраняется 870 лет и является источником развития права и источником свободы» (Г. Берман, 1983). Эти исторические корни западноевропейского права в России отсутствовали. Иван Грозный, Петр Первый и коммунистический режим пресекли их зародыши. Законы не уважаются и игнорируются.

Важнейшая задача Закона и Конституции – защита личности от государственного произвола – порождает в обществах, еще не ставших правовыми, ведомственное пренебрежение Законом и Конституцией, что в свою очередь порождает правовой нигилизм большинства населения. Все видят, что ни законы, ни Конституция не выполняются, что в осуществлении правосудия главенствует политика, а не право. А если вспомнить, что русская интеллигенция и до революции никогда не уважала право, что правовые традиции просто отсутствуют, что даже христианизация народа никогда не была глубокой, что за православной обрядностью оставались язычники, и, наконец, что необходимой подлинно обще-

ственной инфраструктуры не только нет, но еще долго не будет, то – если мы хотим трезвых прогнозов – можно процитировать Кэтрин Фицпатрик: «Без справедливых и гарантированных законов, независимых судов и профессиональных адвокатов борьба за права человека – это элементарная борьба за гласность, которая имеет скорее моральный, чем юридический характер.» Трезвый взгляд на ситуацию и адекватные ситуации приоритеты – залог успеха и порука от разочарований.

Проблема прав человека, естественного права не является прерогативой юристов, это проблема в первую очередь философской антропологии, философии и социологии права, этики, истории культуры. Нельзя забывать, что эта проблема глубоко разработана теологией, доктринами различных религиозных конфессий. Но это также проблема и медицины, которая немыслима вне гуманистического мировоззрения. Яснее всего это выступает в психиатрии.

Естественные права человека коренятся в человеческой сущности, в силу чего непосредственно постигаемы. Психопатология, рассматриваемая в аспекте четырех основных прав французской Декларации прав человека и гражданина (свобода, собственность, безопасность, право сопротивления) чуть ли не исчерпывается их содержанием. Во всяком случае знаменательно, что самые тяжелые психические расстройства связаны со смысловым полем свободы и безопасности.

Специфика психической болезни постоянно ставит нас перед проблемами, не имеющими типовых решений. Различные права часто противоречат друг другу: право на отказ от лечения – праву на здоровье, а иногда праву на жизнь, право выбора врача и метода лечения – праву не быть обманутым, праву на полную информацию. Эти общемедицинские антиномии усложняются на порядок в отношении психически больных.

До сих пор клятва Гиппократата наилучшим образом решает все эти труднейшие вопросы, освещает жизнь и делает медицину гуманной, освобождает врача от политической зависимости.

Принципиально новые возможности современных биотехнологий привели к формированию новой науки – биоэтики. В настоящее время так называют дисциплину, которая определяет меру ответственности тех, кто принимает решения о применении научных знаний в медицинской практике. Под эгидой Совета Европы предпринято грандиозное международное исследование в области медицины и прав человека, изданное в 1990 г. на полуторатысячах страниц, а в 1992 г. в сокращенном в семь раз виде на русском языке. Важно отметить, что появившиеся под флагом биоэтики атаки на сакрализацию жизни делаются с позиций позитивистской парадигмы.

Итак, право касается общих случаев, строго формально и связано с принуждением исполнительной власти, этика индивидуальна, содержательна и связана только с внутренним принуждением. Естественные права человека являются основой и права, и этики. Это то неотъемлемое, неотчуждаемое, что принадлежит нам изначально, что дано Богом, Природой, Разумом, Обычаем, Общественным Договором. Это основа легитимности правосознания. Все

великие религии провозглашали священный характер жизни человека. Физическая жизнь считается основополагающей ценностью. Поэтому свобода как врача, так и больного должна соотноситься с ответственностью по отношению к жизни, здоровью и человеческому достоинству.

Переходя непосредственно к проблеме прав человека в психиатрии, следует сделать еще несколько предварительных замечаний.

1. Это проблема, – как собственно и всякая другая, – которая не является и не может быть исчерпанной, как давно казалось многим.

2. Законодательство опирается на существующие представления о физиологии, психологии и личности человека. Такой опорой нередко служат совершенно устаревшие взгляды.

3. Основа, сущность, специфика всякой проблемы – в ее предмете, в ее онтологии. Позитивизм характеризовался, в частности, полным пренебрежением к онтологии как метафизике.

4. В первом приближении проблема прав психически больных относится к правам меньшинств – дискриминируемых или привилегированных (совокупное их рассмотрение более плодотворно, так как каждая группа имеет свои привилегии и свои ограничения). Основанием для этого, помимо прочего, является принадлежность психически больных ко многим другим меньшинствам: расовым, национальным, религиозным, политическим, криминальным, социальным (беженцы, беспомощные, бедные, бомжи). И уж всегда психически больные входят в круг больных, девиантов или инвалидов.

5. Однако и в собственной сфере психических расстройств существует несколько принципиально важных разграничений, игнорирование которых с недифференцированным рассмотрением качественно различных групп, является анахронизмом и открывает путь злоупотреблениям.

Во-первых, это неразличение психотического и непсихотического уровня дезорганизации психической деятельности.

Во-вторых, это неразличение в рамках непсихотического болезни и патологии, т.е., текущего по определенному типу болезненного процесса, либо необратимых изменений характера или познавательных способностей.

Чиновники от психиатрии атаковали эти классические представления. «Раз психопатия числится в классификации психических болезней, значит это болезнь.» Завидная приверженность букве ведомственного циркуляра, вот только забывается, что психиатрия не нормативная, а эмпирическая наука. Между тем, речь не о безобидной мелочи. Поставить диагноз психопатии политическому диссиденту очень просто хотя бы за сам факт протеста в тоталитарном обществе. Приравнявая же психопатию к психической болезни, можно легко оправдать очень многие грубые передержки. Трудно поверить, но эту «логику» повторил и ряд уважаемых нами клиницистов (например, проф. И. Я. Гурович).

Возможно, это связано с предпочтительным чтением зарубежной не клинической, а правовой литературы по психиатрии, где возобладал термин «психическое расстройство». А приравливание психопатии

к психической болезни равносильно предпочтению этого наиболее широкого термина.

Нелепое в профессиональной сфере, оно резонно возобладало в юридической. Точная профессиональная квалификация в тексте Закона отдает решение всех вопросов врачу, забирая их у юриста. Тем самым правовой аспект, имеющий свою собственную онтологию, т.е., собственные предмет и сущность подменяется профессиональным. Между тем, профессионалы должны ограничиться ролью экспертов, а не претендовать на роль судей.

Поскольку основная задача Закона – недопущение дискриминации лиц с психическими расстройствами на основании наличия этих расстройств, точная диагностика теряет для него актуальность. В хорошие времена от этого выигрывают психически больные, в плохие – проигрывают девианты.

Содержащиеся в Законе основания для недобровольных освидетельствования и госпитализации, невменяемости и недееспособности имплицитно содержат наличие психической болезни и психотического уровня дезорганизации, а главное, необходимость комиссионного разбирательства каждого отдельного больного. Таким образом, отсутствие грубой профессиональной дифференциации в тексте Закона даже побуждает к индивидуализации.

Правда, в нашей современной реальности подмена самостоятельного решения судьи заключением эксперта все же происходит: судьи сами отдают решение этих вопросов психиатрам в случаях недобровольных освидетельствования и госпитализации, часто заглазно.

С другой стороны, специфика ряда психиатрических сфер слишком велика, яркие примеры чего дают правовые вопросы наркологии и сексологии. Видимо, примат имеет онтология не самого права, также как не самой этики. Этика сама по себе не высшая ценность, не самоцель. Этика лишь модус отношения к ценностям, иначе она вырождается в фарисейство. То же с правом. Примат имеет онтология конкретных взаимодействий людей, конкретных проблем конкретных участников.

Проект Закона о психиатрической помощи, поданный от НПА (его разработал д-р И. Я. Дашевский) отличался, в числе прочего, предваряющим его списком дефиниций всех основных понятий. Сама идея такого списка была отклонена на основании якобы неизбежно бесконечных споров по каждому термину. Дело было в том, что на обе комиссии оказывалось сильное давление, их торопили. Ведь Закон о психиатрической помощи был инициирован политическими соображениями: его принятие входило в число необходимых условий для предоставления нашей стране режима наибольшего благоприятствования в торговле.

Мы были в сложном положении. Было ясно, что введение членов НПА в комиссию сделано для благопристойного антуража, но в то же время это был шанс добиться наилучших формулировок по конкретным статьям. Надо знать, что в первой комиссии под председательством А. Е. Себенцова было 4 юриста, в том числе от НПА – Александр Иосифович Рудяков, самый большой авторитет юридической практики с психически больными. Во второй комис-

сии под председательством Л. И. Когана осталось только двое, и только теоретиков. После окончания работы комиссии один из этих юристов – С. В. Полу-бинская, под предлогом юридической редакции, незаконным образом внесла целый ряд изменений, за которые, конечно, несет ответственность и председатель комиссии. Самое крупное изменение касается статьи 2, ч. 2, где вместо понятия «нормативные акты» появилось – «правовые акты», а именно: «...министерства и ведомства вправе принимать правовые акты о психиатрической помощи в пределах своей компетенции». Таким образом, Минздраву оставлена возможность подменять законодателя. Опрос многих юристов о различии этих терминов выявил у многих путаницу в отношении этого фундаментального для их профессии вопроса. Дело здесь в наследии доктрины А. Вышинского, отождествившей Закон и Право и приравнявшей к Закону ведомственные инструкции.

Таким образом, Закон выполнил социальный заказ, продиктованный международными и ведомственными интересами. Тем не менее, сам факт наличия Закона и немалое число его положений делают его значительным шагом вперед в соблюдении прав человека в области психиатрии.

Поэтому НПА с самого начала сосредоточила усилия на гарантиях исполнения Закона, тем более, что по данным всех проверок, в отношении многих статей он игнорируется, либо имитируется.

К гарантиям исполнения Закона следует отнести созданный НПА с 1989 г. институт независимой психиатрической экспертизы, общественно-профессиональный контроль за соблюдением Закона, работу юриста НПА в Комитете по здравоохранению Думы над проектами различных законов под отсылочные статьи Закона о психиатрической помощи, подготовку юристов в области психиатрии, начало чему положено состоявшимся очень представительным международным семинаром, и правовой тематикой во всех предшествующих семинарах, в том числе выездных в Черняховск, Рязань, Калугу, Орел, и стержневой юридической рубрикой в журнале НПА. Однако остаются неразработанными многие процедуры, не решена проблема источников оплаты юристов, прошедших соответствующую специализацию, и достаточного их числа.

Современная ситуация с правами человека в отечественной психиатрии, а также позиция и возможности НПА в этом процессе, были изложены в отчетном докладе на утреннем заседании. Поэтому повторю только конспективно.

Откат в 1994 г. в отношении демократических завоеваний в психиатрии проявился прежде всего в резком усилении ведомственной закрытости, под предлогом медицинской тайны начал пресекаться общественно-профессиональный контроль за соблюдением прав человека в психиатрических учреждениях. Нападкам стал подвергаться сам институт независимой психиатрической экспертизы. Под предлогом охраны психического здоровья была предпринята попытка протаскивания ряда антидемократических законов. В тоже время исполнение Закона о психиатрической помощи в значительной мере имитировалось. Появились даже высказывания о нецелесообразности двух психиатрических ассоциаций в России.

Между тем, адекватно выбранные приоритеты и широкий фронт деятельности, реальная независимость и завоеванный авторитет позволили НПА задать атмосферу состязательности своей экспертизой, своими образовательными программами, своим журналом, своими инициативами и предотвращать традиционный стиль деклараций и декораций. Само существование НПА препятствует монополизму как в собственно профессиональных научных и практических вопросах, так и в правозащитной деятельности в психиатрии. Эта деятельность тем более успешна, что соответствует необратимым тенденциям к децентрализации, плюрализму, большей структурной дифференцированности, гласности, укреплению профессиональных ценностей. Все это в конечном счете создает пускай отдаленную, но отрадную перспективу.

Подведем итоги. Доклад преследовал следующие задачи.

Первое, показать глубокую причастность проблемы прав человека психиатрии, их интегрированность в само существо предмета психиатрии. Мы показали, что эпоха Просвещения с ее Декларацией прав человека положила начало научной психиатрии в Европе и Америке, что последовавшая эпоха позитивизма посчитала проблему прав человека исчерпанной и ненаучной, но на деле исчерпанной оказалась сама. Философская антропология в рамках широкого феноменологического движения дала новое глубокое обоснование правам человека и вывела психиатрию на новый уровень: от узкого биологизма и психологизма к личностному подходу Карла Ясперса и Курта Шнайдера, вклад которых по нашему убеждению является непревзойденным и ему принадлежит будущее. Этот подход воплощает новую общенаучную парадигму. Таким образом, кредо НПА – научное и гуманистическое, правозащитное, представляет единое гармоничное целое.

Второй задачей доклада было прояснить взаимоотношение прав человека с политикой, правом и этикой.

Третьей задачей было показать, как создание и исполнение Закона о психиатрической помощи и других законодательных актов все еще сильно зависят от политической конъюнктуры, другими словами, с ними мало считаются.

Наконец, четвертая задача – очертить позицию и возможности НПА в процессе соблюдения и укоренения прав человека в практике отечественной психиатрии.

В заключение следует сказать, что наше время – кризисное, переломное не только для России. Это всемирное явление. Культура, наука, право, этика Запада переживают глубокий кризис. Это связано с переходом к новой общенаучной, даже новой общекультурной парадигме. Два ведущих философа Запада, посетившие недавно нашу страну, с редким единодушием высказались о том главном, что все мы должны сейчас делать.

Юрген Хабермас весной 1989 г.: «Безоговорочный переход к моральному универсализму западноевропейского Просвещения – единственный гарант того, что послевоенная тенденция разрыва с «разрушением разума» необратима».

Поль Рикер осенью 1993 г.: «Мы должны возродить в культуре критический пафос идеологии Просвещения. Но начать интеллигенция должна с себя».

История, философия, принципы и методы правозащитной деятельности. Моск. группа содействия выполнению Хельсинских соглашений. М., 1992.

Естественные права человека. Ред. Л. Богораз. Сб. мат. Семинара Моск. Хельсинской группы. М., 1993.

Власть права в современном обществе. – Конституционный вестник, приложение 2. М., 1990.

Философия в «Энциклопедии Дидро и Даламбера». М., 1994.

Нюрнбергский процесс: право против войны и фашизма. М., 1995, 96 – 114.

Аннерс Э. – История европейского права. М., 1994.

Бенвенист Э. – Словарь индоевропейских социальных терминов. М., 1995.

Берман Г. Дж. – Западная традиция права: эпоха формирования. М., 1994.

Гуссерль Э. – Кризис европейских наук... – В: Гуссерль – Философия как строгая наука. Новочеркасск, 1994, 49 – 126.

Давид Рене – Основные правовые системы современности. М., 1988.

Дилигенский Г. Г. – Майский «взрыв» 1968 года. – В: «Франция глазами французских социологов». М., 1990, 133 – 170.

Изензее Й., Кирхгоф П. (ред.) – Государственное право Германии. М., 1994, т. 1, 5 – 23, т. 2, 161 – 246.

Ильин И. А. – О сущности правосознания. Мюнхен-Москва, 1993.

Каннабих Ю. В. – История психиатрии. М., 1926.

Кисунько В. Г., Ревякин А. В. – Европейское Просвещение. – В: «История Европы», т. 4, М., 1994, 298 – 327.

Леонтович В. В. – История либерализма в России (1762 – 1914). М., 1995.

Рикер Поль – Герменевтика, этика, политика. М., 1995.

Савенко Ю. С. – Что такое политизация в психиатрии? Доклад на X международном конгрессе WADP, СПб., 28.X.94.

Согрин В. В. – Идеология в американской истории. М., 1995.

Хабермас Юрген – Демократия, разум, нравственность. М., 1995.

Хеффе Отфрид – Политика, право, справедливость. М., 1994.

Цвайгерт К., Кетц Х. – Введение в сравнительное правоведение в сфере частного права. М., 1995.

Шелер Макс – Формализм в этике и материальная этика ценностей. – В: М. Шелер «Избр. произ.», М., 1994, 259 – 337.

ПСИХОТЕРАПИЯ, ЭТИКА И ПРАВА ЧЕЛОВЕКА*

М. Е. Бурно (Москва)

Терапия духовной культурой сегодня в психотерапевтическом мире все отчетливее выходит на первый план, оставляя за собою в мягком тумане вчерашнего дня и психоанализ, и психологическую групповую терапию (В. Кречмер, 1994). Они занимают теперь свое классическое ограниченное место в психотерапии, и так, видимо, в будущем случится и с терапией духовной культурой. Самое существо целительного действия терапии духовной культурой – творчество, то есть оживление духовной индивидуальности больного человека (Бурно, 1995), переживание, которое, словами Ясперса, «никогда не протекает одинаково у бесконечного числа индивидуумов» (Ясперс, 1994). Это оживление-вдохновение наводится «заражающим» личностным переживанием самого психотерапевта, побуждающего пациентов к творческому общению с произведениями искусства, литературы, к одухотворенному общению с природой, к созданию творческих произведений и т. п. Все это, смягчая душевную разлаженность-напряженность, помогает пограничному пациенту и душевнобольному целительно почувствовать себя индивидуальностью, подлинно человеком – с каким-то своим светлым смыслом-предназначением. Терапия творческим самовыражением, которая разрабатывается, совершенствуется мною и моими товарищами уже в течение почти тридцати лет, есть, в сущности, клиническая терапия духовной культурой¹, способная помогать (в соответствующих формах), вместе с лекарственным лечением, и довольно тяжелым больным без острой психотики, но с тягост-

ным переживанием своей измененности-неполноценности. Кратким приемам этой терапии нетрудно, как вижу в жизни, научиться больничным и амбулаторным психиатрам. Сорокаминутное занятие с группой нуждающихся в этом пациентов (8 – 10 человек) два раза в неделю с «домашним заданием» – это не так уж много врачебного физического времени, но, конечно, много работы душевной, духовной. Обычный наш культработник с этим клиничко-психотерапевтическим делом не справится.

Простите, что приходится теперь рассказывать о себе. Я вырос в семье психиатров. Детство, отрочество, половина юности прошли в доме для сотрудников, вот здесь, на территории Алексеевской психотерапевтической больницы (Больницы Кащенко). Родился в этом доме, где мы находимся сейчас, в этом клубе больницы, этажом выше. Когда не работал по каким-то причинам детский сад за оврагом, гулял в саду отделения с душевнобольными, рисовал там цветными карандашами, ловил сачком бабочек, собирал в коробку жуков. Больные учили меня рисовать и танк, и корову, помогали разобраться в насекомых. Еще нередко слышал, как они с надеждой спрашивали друг у друга что-нибудь такое: «Будет ли сегодня на обед котлета?» Мои родители полагали, что в саду больницы с больными мне гораздо безопаснее и полезнее, нежели болтаться на улице. В 17 лет, сразу после школы, не прошел по конкурсу в мединститут и в течение года работал санитаром в одном из тяжелых мужских отделений этой больницы. И снова было мне и интересно и уютно с душевнобольными. Бредовый ученый объяснил мне физику для будущих моих конкурсных экзаменов так глубоко и просто, как никогда уже не удавалось послушать. С интересом, как сказку, подолгу выслу-

* Доклад на VII съезде НПА (30 сентября 1995 г., Москва).

¹ В сравнении, например, с экзистенциально-гуманистической психотерапией.

шивал я его парафреническую систему, и он так меня благодарил за это внимание. Многие, многие из тяжелых больных той моей санитарной жизни замечательно оживлялись-одухотворялись, как бы поправлялись в наших беседах. Это оживлялась-светилась, прежде болезненно-вялая в бездействии, индивидуальность. Тогда еще не было современной психофармакотерапии, пациенты не были такими заторможенными. Голый кататоник вечером вдруг вышел из своей эмбриональной позы, встал с кровати, вошел в гостиную, наполненную слоняющимися там больными, и так нежно-страстно сыграл на пианино «Полонез» Огинского, что некоторое время после того, как он ушел, закончив, к своей кровати, стояла торжественная тишина. Не удивлялся тогда богатству души многих больных душой. Это было для меня естественно с детства. Испытывал только неловкость оттого, что некоторые врачи и многие санитары относились к этим людям, как плантаторы к неграм, грубо заставляя мыть полы, таскать кастрюли. Неловко было и то, что таким интересным людям приходилось часами клеить коробочки.

Уже четверть века преподаю врачам клиническую психотерапию, и на выездных учебных циклах немало видел по России, уже в психофармакотерапевтическое время, психиатрических больниц. Не с ревизией, а, что называется, буднично, по-дружески. Немного изменилось в целом за эти годы по причине известного общего авторитарного застоя в стране. Те же убогие фигуры душевнобольных в замасленных полушубках с громадными обеденными кастрюлями во дворе, те же вялые гуляния ослабевших от лекарств пациентов в отделении или в саду. Те же коробочки с конвертами на трудотерапии. В детстве, помнится, было хоть плетение ковриков с разрешением здесь небольшого творчества. Есть библиотеки с библиотекарем, а библиотечарши нет. Есть немало в психиатрических больницах по России с любовью устроенных санаторных отделений с множеством цветов в горшках, живописными аквариумами. Но все это больше просто для отдыха персонала и пациентов. Редко встретишь в таком подходящем для этого отделении целенаправленно организованную терапию духовной культурой. Плохо душевнобольным от душевного бездействия особенно во многих городских психиатрических больницах, где нет благотворных огородных работ и ухода за домашними животными. Есть, конечно же, исключения. Это, прежде всего, Калужский оазис нашей психиатрии с уже много лет работающим на территории психиатрической больницы цехом Калужского турбинного завода и другими замечательными способами очеловечивания-одухотворения тяжелых хронических душевнобольных (в том числе – терапия духовной культурой). Не случайно именно Александр Ефимович Лифшиц, которому российская психиатрия обязана всем этим «очевидным невероятным», отмечал на совещании главных психиатров России в феврале 1995 г. по поводу «приказа МЗ РФ с новыми штатными нормативами»: «досадно, что в новом приказе совершенно не предусмотрены специалисты, призванные обеспечить важнейший раздел реабилитации: культ- и музыкотерапию» (Лифшиц, 1995). Прекрасна, конечно, и религиозная

духовная помощь больным в Алексеевской больнице, и попытка здесь лечебной художественной мастерской. Осторожный в выводах С. Г. Жислин еще в 1939 г. предполагал глубокой своей статьей, что «фактор бездействия является моментом, способствующим возникновению и развитию психотического процесса» (Жислин, 1939, с. 50). Недавно один мой немолодой уже эндогенно-процессуальный депрессивный пациент, много раз ленившийся прежде в психиатрических больницах, рассказал, что по-настоящему ощутимо помогла ему там однажды не лекарственная приглушенность тоски с освобождением от своей работы, а возможность слушать с утра до вечера соседа по койке, искусствоведа, который рассказывал ему о Брейгеле и Дюрере.

В Независимой психиатрической ассоциации России руковожу психотерапевтической программой. Главная задача программы, думается, есть по-настоящему способствовать тому, чтобы в психиатрических больницах и диспансерах России лечение приближалось к полноценному современному в психотерапевтическом отношении, чтобы заработали и в нашей «большой психиатрии» способы лечения духовной культурой. Мы могли бы помочь врачам и психологам, арттерапевтам познакомиться с этими способами в наших группах творческого самовыражения, в студии целебной живописи, в нашем психотерапевтическом театре и группах взаимной поддержки. Это все составные части единой психотерапевтической системы, созданной-разработанной и для довольно тяжелых пациентов тоже. При Независимой психиатрической ассоциации живет-существует Общество клинических психотерапевтов, объединяющее клиницистов, внимание которых сосредоточено прежде всего на личностных, духовных переживаниях пациентов. Работы о клинической терапии духовной культурой печатаются в журнале и сборниках ассоциации. Не отменяя лекарственного лечения, а только осторожно его дозируя, мы должны по возможности помочь душевнобольным почувствовать себя людьми, одухотворенно привязанными к жизни. Независимая психиатрическая ассоциация, как известно, серьезным пробелом в отечественном психиатрическом образовании считает скудное знакомство с феноменологическим направлением в психиатрии. Известно, с каким подробным сопереживающим вниманием, бережностью психиатрическая феноменология относится к неповторимым движениям души пациента. Кратко излагая феноменологический метод, Ю. С. Савенко отмечает, что доступен он лишь «чистой душе», лишь при «благоговейном отношении к Истине и Природе, трепетном – к предмету постижения» (Савенко, 1992, с. 125). Именно в таком отношении врача к духовному переживанию пациента, в этом священном месте одухотворенный (не примитивно-схематически-физиологический) клиницизм соединяется с феноменологией.

Как же относится все это к этике, к проблеме человеческих прав? Подчеркну здесь два главных момента.

Первый. Политика обычно не дышит нравственностью и при этом порою склонна направлять лечение душевнобольных, отношение к ним. Помню, как в 1964 году, когда работал в Калужской областной психиатрической больнице № 2 (деревня Ахлебини-

но), хмельный фельдшер, секретарь парторганизации больницы, «идеологически» проверял наши врачебные истории болезней. Потом приехал тоже хмельной инструктор райкома партии и стал упрекать нас, беспартийных врачей, мы так и не поняли – в чем. Но он сказал, что еще подумает, можно ли нам доверить лечение «наших советских больных». Уже перед самой перестройкой один из наших профессоров говорил с трибуны о желательности психотерапевтически-коммунистического воспитания пациентов. Подобное приходится слышать и сейчас со стороны членов уже разных партий и по-разному. Государственная психиатрическая администрация в целом, понятно, не может после долгого периода большевизма быстро сделаться одухотворенно-человечной. Управляют психиатрией и сейчас нередко не духовно-совестливые корсаковы, сербские, ганнушкины, а бывшие авторитарно-партийные администраторы без малейшего чувства вины за прошлое. Для них ценность врача всецело определяется если уж не партбилетом, то должностью, ученой степенью, категорией и другими подобными «нашивками», которые пока, в каше нашего переходного времени, как и в советское время, еще нередко отдают бутафорией. К душевнобольным эти администраторы обычно относятся, как к обитателям своего «зоопарка». «Терпеть не могу этих эпилептиков, ненавижу!» – говорит один известный психиатр. «Чтоб алкашей в этом отделении и духу не было!» – говорит другой. Будто это волки и гиены в вольере, а мишки косолапые, там подальше, – эти ничего, эти мне по душе. Думаю, что я не романтик. Знаю, что среди душевнобольных, психопатов есть такие же жестокие безнравственники, как и среди не душевнобольных. Психотерапевту, кстати, гораздо сложнее, нежели хирургу или психофармакотерапевту, помогать таким пациентам, поскольку психотерапевт помогает своей душой. Но психиатру, психотерапевту следует работать над собою, дабы не захлестнуться аффектом и не увидеть все совсем черным. Нам хорошо бы поучиться у лучших наших правозащитников сохранять чувство справедливости, даже если клинически рассматриваешь мерзавца-фашиста. Клиническая психиатрия-психотерапия, исследующая подробности личности, помогает открыть и в неприятном тебе пациенте что-то ценное, полезное для людей, и уже иначе, добрее возможно в процессе психотерапии посмотреть на этого пациента, общечеловечески-нравственно охраняя его права, независимо от партийных задач, от политики государства. Таким образом, первый момент отношения психо-

терапии к этике, к правам человека – нравственная, клинко-психотерапевтическая справедливость.

Второй момент. Душевнобольной есть человек и в том смысле, что имеет право на целительное духовное развитие. То есть имеет право лечиться духовным ростом-обогащением, культурой, а не только слоняться по палате и коридору отделения с лекарствами в животе и в жилах. Психотропные препараты в достаточно больших дозах, понятно, не только приглушают возбуждение, но одновременно сковывают душу цепями. О человеке, который пребывает в таких цепях, остановивших его душу, надо бы позаботиться и по-человечески, духовно-культурно, особенно если он не способен, в соответствии со своими природными особенностями, получить облегчение от религиозной помощи в больничной церкви или часовне. Государственная психиатрия пока не может таким образом позаботиться о душевнобольных, но к этому утерянному следует стремиться хотя бы в порядке врачебного энтузиазма. Да, утерянному: терапия духовной культурой, соответствующая своему времени, была уже повседневностью в нашей психиатрии полтора столетия назад. Наряду с лечением гигиеной и лекарствами широко клинически лечили душевнобольных в России «впечатлениями». Об этом подробно – в работах П. А. Бутковского (1834), В. Ф. Саблера (1834) и особенно П. П. Малиновского (1847) (Бурно, 1889, с. 22 – 23). Прекрасная эта традиция продолжалась, хотя и местами, особенно в детских психиатрических отделениях, постепенно истощаясь среди крепнущего большевистского казенного психиатрического физиологизма – к середине нашего века. Но еще в 1945 году вышла большая статья Елены Евгеньевны Сканава об истории детского отделения Больницы Кащенко (Сканава, 1945). Именно там, в этом отделении, сохранялось еще серьезное врачебное лечение впечатлениями-переживаниями. Своими глазами видел я то, что описано и сфотографировано в этой статье, и приглашаю благоговейно погрузиться в нее, рассмотреть среди прочих, например, фотографию с подписью: «Зооуголок (наблюдение за черепахами больных острого отделения)». Терапия творческим самовыражением есть, по существу, усложненное в соответствии с сегодняшним состоянием психиатрического клиницизма и психотерапии, давнее отечественное лечение творческими переживаниями-впечатлениями. Стало быть, второй момент – это право душевнобольного на психотерапевтически-человеческое, личностное лечение наряду с биологическим.

Л и т е р а т у р а

Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением. – М.: Медицина, 1889, 304 с.

Бурно М. Е. Об основном целебном «механизме» терапии духовной культурой // Терапия духовной культурой: Сборник докладов конференции, посвященной 240-летию со дня рождения Георга Форстера / Под ред. М. Е. Бурно, Б. А. Воскресенского. – М.: Изд-во РОМЛ, 1995, с. 5 – 8.

Жислин С. Г. Фактор бездействия и шизофрения // Труды Института им. Ганнушкина. Вып. 3-й / Под ред. С. В. Крайца. – М.: НИИП им П. Б. Ганнушкина, 1939, с. 50 – 69.

Кремер Вольфганг. Спонтанные переживания и действия: Пер. с нем. // Независимый психиатрический журнал, 1994, IV, с. 5 – 12.

Лившиц А. Е. На совещании главных психиатров России // Независимый психиатрический журнал, 1995, II, с. 64.

Савенко Ю. С. Феноменология как преодоление дилеммы «сциентизм-антисциентизм» (значение и судьба феноменологии в психиатрии) // Пути обновления психиатрии. Материалы IV съезда НПА / Под ред. Ю. С. Савенко. – М.: Литература и политика, 1992, с. 122 – 129.

Сканава Е. Е. История детского отделения // Проблемы психиатрии военного времени / Под ред. В. А. Тверитина, М.: Б-ца Кащенко, 1945, с. 34 – 56.

Ясперс Карл. Общая психопатология (1959): Пер. с нем. // Логос, 1994, № 5, с. 42 – 87.

ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО: ПОИСК МЕСТА В ИЗМЕНЯЮЩЕЙСЯ ЖИЗНИ*

В. Е. Каган (Санкт-Петербург)

«Карательная медицина», «карательная психиатрия» — эти термины похожи на печать дьявола: сколько ни скреби кожу, а печать проступает. Освободить от нее могло бы покаяние. Не публично демонстративное биение в пол лбом, чаще всего — чужим, а покаяние. Пока оно не состоялось. Сегодня это не модно, но мне близко марксово восприятие жизни как борьбы — не драки, не избиения, но преодолевающего стремления. Борьбу в психиатрии можно рассматривать в такой системе координат.



Борьба в секторе 2 приводит к монополизму одной психиатрической школы; в секторе 3 — к физическому или социальному уничтожению тех, кто «не с нами»; в секторе 4 — к подмене заслуженного личного авторитета авторитарной властью. Все это, к сожалению, до боли знакомо по опыту и, к еще большему сожалению, въелось дьявольской печатью в мотивационные и поведенческие установки, из-за чего даже самые близкие побуждения чаще всего реализуются в этих трех секторах. Между тем, знаком реального покаяния была бы деятельность в секторе 1, где классическое «Кто виноват?» не подготавливает поиск, а становится началом восхождения к извлеченным из ошибок урокам; где столь же классическое «Что делать?» поднимается от надуманных утопий к реалистическим программам; где в энергетическом поле извлеченных уроков и реалистических программ возникает и решается вопрос о том — «Как делать?». При этом основной сферой борьбы является взаимодействие психиатрии и права, т. е. психиатрии и общества, психиатрии и культуры.

Здесь — в сфере этих отношений — мне кажется очень важным взвешенный подход к проблеме злоупотреблений. Злоупотребления психиатрии и злоупотребления психиатрией — две стороны той медали, которую называют «карательной психиатрией». Оценка злоупотребления по реальному или прогнозируемому факту и оценка его по замыслу/умыслу — тоже разные вещи. То, что о в одной ситуации — подвиг, в другой — злоупотребление. Спрятать человека от репрессий в 1930 — 1940 гг. за стенами психиатрической больницы было подвигом, упрятать за стены

больницы по приказу власти в 1970-х годах — участием в преступлении. Попытки Центризбиркома и Думы добиться принудительного психиатрического освидетельствования кандидатов в высшие эшелоны власти — это попытки злоупотребить психиатрией. Попытки дезавуировать диссидентское движение, объявив его лишь проявлениями особенностей характера или психопатии (2), — пример злоупотребления психиатрией, которого не позволяла себе даже «карательная медицина» 1970-х. В попытках насильственного утверждения православия через психиатрическое этикетирование нетрадиционных религий и конфессий (3) сходятся злоупотребления психиатрией и психиатрии. И если опровержения такого рода явлений (3 — 8) проходят по касательной к реальной жизни, то уместно задаться вопросом — как и почему это происходит?

Первое, что бросается в глаза, это юридический вакуум, в котором существует российская психиатрия. Введенный в действие с 1 января 1993 г. Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» — лишь один из первых шагов на пути заполнения этой пустоты. Беда этого Закона в том, что и сам он существует в юридическом и культурном вакууме, что между текстом Закона и его исполнением возникает множество противоречий. Они обязаны отсутствию не только необходимого полного спектра подзаконных актов, хотя это чрезвычайно важно — как можно проводить в жизнь Закон 1993 г., руководствуясь ведомственными инструкциями 1920 — 1970 гг. и предоставляя органам здравоохранения привилегию принятия «правовых актов» (ст. 2 Закона РФ)? Но дело еще и в том, что это первый в нашей стране и по сравнению с другими странами очень запоздавший закон (во Франции, например, первый закон о гуманизации обращения с душевнобольными был принят в 1838 году); судьба Закона очень зависит от культуры отношения к душевнобольным и состояния общественного правосознания в целом, от обеспечения основ и кадров юридической практики в психиатрии (9) и недостаточного осознания психиатрами того, что сейчас совершается переход от медицинской к юридической модели психиатрии (10). Именно на прогресс в этих областях направлены усилия НПА по законотворческой деятельности, становлению работы независимой психиатрической экспертизы, правовому образованию (прошедший только что семинар по существу открывает создание юридической практики в психиатрии).

Еще одно препятствие на пути реализации Закона — это коллективистки-патерналистская установка психиатрического сознания. Не так давно я встретил коллегу, с которым прежде работал в психиатрической больнице. Как водится, мы говорили о работе. Она рассказала об «интересном больном», которого «вынуждена» задерживать в больнице уже

* Доклад на VI съезде НПА; Москва, 30 сентября 1995 г.

в состоянии ремиссии. На мой вопрос «Зачем?» она ответила: «Должна же я защитить общество и семью!» Она прекрасный психиатр, но как далека такая постановка вопроса от понимания роли врача как ученого, святого и слуги (11) и старого представления об уникальности профессий врача и адвоката как защищающих интересы вот этого, одного обратившегося к ним человека. Но зато такая постановка вопроса полностью отвечает типично советскому определению здоровья: «...здоровье индивида можно определить как состояние организма человека, которое обеспечивает полноценное и эффективное выполнение им социальных функций; важным условием сохранения, развития и укрепления этого состояния является ведение индивидом здорового образа жизни»; при этом здоровье индивида предстает как частное проявление здоровья населения, которое суть «социально-демографическая категория, отражающая способность членов общества (коллектива) полноценно и эффективно выполнять функции по дальнейшему развитию общества (коллектива) и вести образ жизни, обеспечивающий сохранение, укрепление и развитие этой способности» (12). Человека в этом определении попросту нет, а если и есть, то он не более, чем – по определению ведущих советских специалистов – «носитель» мозга или черт характера или здоровья. И идеал здоровья тогда – муравей. О каком соблюдении прав пациента может вообще идти речь при таком понимании здоровья, не только не структурирующем правовое пространство, но и отрицающем его право на существование?

Определенно дурную службу служит обернувшееся своей изнанкой тоталитарное сознание, сменившее знак своей исключительности с социального бреда величия на бред самоуничтожения (13). Оно живет под девизом Михаила Задорнова: «В какой еще стране такое возможно?!». В этом самоуничтожительном раже игнорируется одно немаловажное обстоятельство: российская психиатрия при всех ее особенностях, при всей «краевой патологии» разделяет судьбу психиатрии всех развитых стран, где существует множество проблем ее существования в правовом пространстве. Именно на этом ведь, а не на отрицании психиатрии как таковой, сконцентрирован пафос блестящих работ Т. Заза (14). Именно об этом говорит факт демонстрации перед зданием, где проходил ежегодный 148-й съезд Американской Психиатрической Ассоциации, требовавшей «прекратить психиатрические игры», «привлечь психиатров к ответственности», «предать гласности психиатрические документы», «остановить преступления психиатрии». К. Шилан (15) в 1992 г. Возвращается к эксперименту Д. Розенхама с коллегами в 1970-х: он и семь его сподвижников обратились в разные психиатрические учреждения с жалобами на «голоса». Все они были госпитализированы в психиатрические больницы и сразу после госпитализации стали отрицать нарушения и вели себя адекватно. Ни у одного из них в анамнезе не было никаких психических расстройств. Несмотря на это они провели в больнице от 7 до 52 дней (в среднем – 19) и были выпущены с диагнозом ремиссии шизофренического процесса. Розенхам на основании этого утверждал, что невозможно быть признанным психически здо-

ровым, если ты однажды обратился за помощью к психиатру. Общество отвергло это заключение, так как эксперимент был построен на обмане. Но вот рассказанный мне коллегой случай:

Мужчина 34 лет доставлен скорой психиатрической помощью с диагнозом алкогольного психоза. При приезде бригады он был возбужден и агрессивен, утверждал, что жена ему изменяет и он застал ее в ожидании любовника сидящей голой на шкафу под зонтиком и с гитарой в руках. Жена была в кровоподтеках, а он порывался еще «добавить» ей. Первые дни в отделении он очень эффективно продолжал твердить свое, но затем в ходе лечения довольно быстро успокоился, стал адекватен и обнаруживал глубокую критику к психотическому эпизоду. В день выписки пришедшая за ним жена, краснея и смущаясь, рассказала моему коллеге следующее. У ее мужа действительно были основания для ревности, и последнее время он стал чаще выпивать. Она тоже не брезговала выпивкой. Много раз они выясняли отношения и примирялись за рюмкой, но потом ссорились опять. В тот злосчастный день она решила окончательно помириться и, чтобы развеселить мужа, ждала его с работы точно там и так, как он описывал. Но муж не понял ее благих и высоких намерений и стал бить, стащив со шкафа. Тогда она решила его проучить и вызвала скорую психиатрическую помощь. Остается только воздать должное практическому уму этого невольного сподвижника Розенхама, понявшего, что его правда психиатрам не нужна и лишь задержит его в больнице. Думаю, что если не каждый второй здесь присутствующий может припомнить похожие эпизоды в собственной практике. В психиатрии продолжает господствовать презумпция болезни, а не презумпция здоровья. Для постановки диагноза шизофрении консультанту порой и десяти минут много, а на снятие потом этого диагноза и жизни пациента чаще всего не хватает. Нозологическая парадигма психиатрии теснейшим образом связана с этикетированием и дискриминацией душевнобольных. Несостоятельность этой парадигмы, ставшая к началу 1920-х гг. ясной ее создателю, до сих пор не ясна психиатрам. Работа Э. Крепелина, датированная 1920-м годом, игнорируется так же, как эксперимент Розенхама. Рискну сказать, что нозологическая парадигма входит в конфликт с правами человека и с юридической проработкой психиатрии в целом.¹ В этой связи я считаю необходимым привлечь внимание к работе Ю. Л. Нуллера (16).

Нам сегодня приходится многому учиться у Запада, но четкое сознание того, что развивающиеся на Западе эволюционные процессы переосмысления психиатрией своих содержания и роли в обществе у нас происходит революционно, в сгущенном и обостренном виде, может придать принципиально иной характер нашему диалогу с западной психиатрией. Процессы поиска психиатрией своего места в обществе происходит во всех странах. В США психиатры крайне обеспокоены перспективой наделения пси-

¹ Редакция журнала уже критиковала такое понимание парадигмы (см. ответ в НПЖ, 1994, 4, 44 – 45). Протест против вульгарного понимания нозологии не должен подчеркивать саму нозологию. Но существо новой парадигмы не в этом (прим. ред.).

хологов правом назначения психотропных средств, рассматривая это как покушение на психиатрию как таковую; у нас на волне гуманизации психиатрии буйным цветом расцветает уничижительно-пренебрежительное отношение к психиатрии со стороны психологов, чье профессиональное образование, мягко говоря, оставляет желать много лучшего. Лозунг «Психиатрию – в больницы общего типа» вызывает беспокойство не только во Франции (17), но и у петербургских психиатров, где руководители здравоохранения пытаются положить его в основу реорганизации психиатрической помощи, пользуясь оговоренным в Законе РФ правом принятия «правовых» актов. И если мы будем и дальше слепы к этой включенности российской психиатрии в динамику психиатрии вообще, то все, чего мы сможем добиться, это, как точно заметил Жан Эйм (17), очередной раз порадовать многочисленных управляющих нами лиц. Речь же должна идти о состоянии психиатрии и ее интеграции в общество. Разумеется, в России это происходит не так, как во Франции, а во Франции – не так, как в США. Но моменты различий не должны затемнить моменты общности. Психиатрия во всем мире переживает своего рода возрастной криз, и важно, чтобы он не принимал патологических форм. Но само по себе это еще не определяет здоровья психиатрии, ибо здоровье – состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов (18). Мало добиваться исключения злоупотреблений. Здоровье психиатрии как института – это материально-техническое оснащение, адекватные гуманистическому взгляду на человека парадигмы психиатрии, интегрированность психиатрии в социальное, культурное и правовое пространство.

В этой связи я и возвращаюсь к началу своего доклада, хочу коснуться нескольких моментов.

Радующее многообразие организационных форм психиатрии сегодня, к сожалению, часто напоминает не общую строительную площадку, а ристалище. То, как последнее время блокируется деятельность НПА, лишь один из печальных примеров тому. Как заметил Феликс Кривин, «Каждый на свою стенку лезет, а истина лежит внизу, у всех под ногами». Назрела необходимость серии круглых столов, по духу подобных конференции «Проблемы и перспективы современной психиатрической практики» (март 1995), организованной московским Гештальт-институтом, московским НИИ психиатрии и Российским Обществом Психиатров. На них можно было бы перейти от разделения позиций и раздела власти к разделению обязанностей и формированию/формулированию общих концепций. Сегодня МЗ затрачивает огромные деньги на высасывание из пальца в кабинетной тиши квазиконцепций будущей психиатрии. И если мы говорим, что концепции развития психиатрии должны быть делом психиатрического сообщества, то мы должны позаботиться об организации такого сообщества, как плюралистического содружества государственных, общественных и частных организаций, организаций академического, прикладного, прагматического и правозащитного типа.

Вхождение российской психиатрии в социальное, культурное и правовое пространство как паритетного субъекта невозможно без коренного изменения

образовательных программ. На «выходе» психиатрического образования должен оказаться многосторонне подготовленный и способный к взаимодействию с обществом и его юрисдикцией профессионал, а не специалист по редукции всего и вся к категориям и понятиям биологической психиатрии. Разработка таких программ также требует совместных усилий членов психиатрического сообщества; лишь при этом возможно совмещение особенностей отдельных школ как креативных очагов с базовыми, ядерными, общими для всех профессионалов требованиями.

Остро необходим выход психиатрии «в люди» не с миссионерскими задачами и не в виде очередной «клубнички» с психиатрической интерпретацией явлений и личностей в политике или скандалов вокруг очередного насильника, убийцы, террориста, людоеда, а для преодоления того барьера взаимопонимания, который обязан и тоталитарному наследию, и большевистским методам борьбы с ним. Дар популяризации – такой, как у А. Азимова – особый дар. Я считаю, что мы должны ни ограничиваться потоком переводов, ни ограничивать этот поток. Задача состоит в поддержке тех, кто действительно способен вступать в диалог с читателем – здесь была бы уместна система грантов, поддерживающих авторов и обеспечивающих доступность такой литературы самому широкому читателю. Поиск психиатрии своего места в изменяющемся социальном, культурном и правовом пространстве не отделим от усилий психиатрии по организации этих пространств – в реальностях коллективного сознания и в реальностях жизненных фактов. Разумеется, наивно было бы возложить только на психиатрию всю ответственность за ход этих процессов, как наивно было спрашивать лишь с наркологов за рост распространности наркоманий и алкоголизма. Но мне представляется, что и от психиатрии зависит немало. До тех пор, пока этические комиссии будут заниматься пересмотром диагнозов в пику оппонентам, пока внутри психиатрического сообщества будут преобладать тенденции авторитаризма, подножек, ударов в спину и мордобоя – мы едва ли сможем участвовать в организации правового пространства и находить в нем свое место.

Все сказанное может показаться простой банальностью. Что ж, как сказал О. Сулейменов, «приходится порой простые вещи доказывать всерьез, как теоремы». Я вижу один из важных правозащитных аспектов деятельности НПА не только в защите конкретных прав в конкретных случаях, которую трудно переоценить, но и в консолидации сил по организации правового пространства и поиску в нем психиатрией своего места. Что касается злоупотреблений психиатрией и психиатрией, то они были, есть и будут: пока есть кому злоупотреблять, всегда найдется – чем, и наоборот. Проблема не в их окончательном и бесповоротном истреблении – это розовая утопия, в любой момент способная стать красной. Проблема в том, чтобы они были предаваемыми гласности и получающими беспристрастную юридическую оценку, исключением из правил, а не правилом, устанавливаемым в угоду тем или иным политическим или социальным целям и диктуемым психиатрии по телефону очередным большим или маленьким фюрером – политическим или психиатрическим.

1. Каган В. Е. Детская психиатрия: попытка рефлексии // Независим. Психиатр. Журн., 1992, № 3 - 4.
2. Коцюбинский А. Стоит ли канонизировать разрушителя? Генерал Григоренко: психологический портрет // Смена (СПб), 17 мая 1994.
3. Экспертные заключения об АУМ // Независим. психиатр. журн., 1995, № 2.
4. Подрабинек А. Пробный шар // Независим. Психиатр. журн., № 2.
5. Гурвич И. Н. «Дело генерала Петра Григоренко» и новое его эхо // Независим. Психиатр. журн., 1995, № 2.
6. Каган В. Е. Между Белым и Желтым домом // Час Пик (СПб), 29 марта 1995.
7. Савенко Ю. С. Судебный процесс над АУМ глазами психиатра // Независим. Психиатр. журн., 1995, № 2.
8. Менделевич В. Пятая власть // Известия, 3 февраля 1995.
9. Гурович И. Я. Пути реализации закона по психиатрии // Синапс, 1994, № 5.
10. Хохлов Л. К. Закон должен защитить и больных и здоровых // Синапс, 1994, № 2.
11. Szilagvy D. E. The Physician; Scientist, Saint or Servant? // Arch. Surg., 1967, № 3.
12. Кудрявцева Е. Н. Анализ и измерение здоровья. В: Здоровье и экология человека: методологический анализ предмета и метода исследования. М., 1987.
13. Kagan V. Totalitarian Consciousness and Personal Growth. In: Sharing Tools for Personal // Global Harmony. St-Petersburg, 1994.
14. Szasz Th. S. The Manufacture of Madness. N-Y, Harper, 1970.
15. Chiland C. David Rosenham. Regard d'un psychiatre d'enfants sur le diagnostic et l'hospitalisation en psychiatrie d'adultes: A propos d'une experience de David Rosenham // Psychiat. enfant, 1992, № 2.
16. Нуллер Ю. Л. Парадигмы в психиатрии. Киев, 1994.
17. Эйм Ж. История и актуальное состояние институциональной психиатрии во Франции // Независим. психиатр. журн., 1995, № 2.
18. Устав Всемирной Организации Здравоохранения. ВОЗ. 1948.

ИСПРАВЛЯЯ СЛОВА, ИСПРАВЛЯЯ МИРЫ

Карлос Е. Слуцкий (США)

Около десяти лет назад, прогуливаясь по большому пустынному пляжу Канкуна, города в Мексике, когда пляжный сезон был уже закрыт, я неожиданно встретил своего старого друга и коллегу, который так же как и я, приехал на праздники в эту страну. Это была совершенно «неожиданная встреча», мы были очень удивлены и искренне обрадовались ей, так как раньше мы были друзьями, но не виделись в последние годы. Он жил там, где и всегда – в стране, которая в предшествующие пять лет была погружена в государственный терроризм, где главенствовала насильственная, репрессивная система, которая включала полный контроль над средствами массовой информации, незаконные заключения под стражу, пытки и внезапные исчезновения неугодных людей.

Мы тогда гуляли по пустынному пляжу, рассказывая друг другу о нашей жизни и о наших мечтах и планах на будущее. Через некоторое время я спросил его: «Насколько сильное влияние на твою жизнь оказывает политическое насилие?». Испуганно оглянувшись по сторонам, мой друг напряженно посмотрел на меня и тихо произнес: «Нам лучше не говорить об этом сейчас». Сильно удивленный, я сказал ему: «Мой друг, посмотри вокруг, посмотри, где мы находимся!». Он лишь раздраженно ответил: «Позже, позже, не сейчас».

Мне было понятно, что реальная обстановка на месте, где происходил наш разговор, была полностью безопасна – без свидетелей, далеко от чьих-нибудь ушей, и, кроме всего прочего, мы встретились на территории демократической страны. Мне было также понятно, что реакция моего друга на мой вопрос была следствием «переносной реальности» (под-

ходящий термин, использованный семейным терапевтом Дональдом А. Блочем), и в ее контексте темы, которые я затрагивал, было опасно обсуждать.

Несколькими голами позже, на профессиональном конгрессе, проходившем в Аргентине через несколько месяцев после избрания первого гражданского правительства, чему предшествовал период военной диктатуры, я произнес речь, продемонстрировал фрагменты видеointервью с семьей, один из членов которой, неугодный властям, бесследно исчез. Последовала весьма своеобразная реакция в зале на материал. Сначала это было выражение коллективного страха, базирующегося на неосознанной вере в то, что: «Это опасно! С минуты на минуту здесь будет полиция!». Оно вскоре сменилось чувством осознания реальности и свободы, а затем глубокой радостью, к которой однако примешивалось сомнение. Это было, согласно коллективному мнению, малознакомое ощущение свободы.

Еще через несколько лет, в 1990, мне было предоставлено право вступительной речи на конгрессе по семейной терапии в Чили, приуроченном к возвращению демократии в эту страну. Произнося ее, я использовал резкие выражения для характеристики предшествующих военных режимов (например, «гориллы с автоматами»). В перерыве, после церемонии открытия, двое людей из публики подошли ко мне и, после вежливых похвал в адрес моей речи, предостерегли от использования подобных эпитетов. Дескать среди присутствующих есть те, которые поддерживали военный режим. «Прошлые руководители тоже живые существа», говорили они, «и настоящий период это период примирения».

Высоко агрессивные политические режимы, как

впрочем, любые политические режимы, имеют свои системы ценностей, свои коды морали и нравственности, свои понятия о добре и зле. В то же время эти режимы пренебрегают или просто запрещают использование других идей и концепций. Делается это путем наказания тех, кто нарушает запрет. Взамен запрещенных слов и понятий находящиеся у власти структуры представляют новые, в качестве единственных и истинных. В указах и законах авторитарных правительств официальное использование термина «социальные цены» (имеется в виду негативное влияние политических мер на благосостояние людей) служит и оправданием таких мер, и напоминанием, что альтернативные описания не будут приняты правительством. Например, невыплата зарплат и повышение стоимости потребительской корзины продуктов на 50 процентов – «социальная цена», которая считается приемлемой для правительства, невзирая на те неудобства и боль, которые эти решения принесут большинству членов популяции. Говорить о возможности гибели тысяч детей от голода в результате подобных мер будет политически опасно.

Люди, живущие в странах с политически агрессивными правительствами, приучаются не обсуждать определенные вопросы и не упоминать определенные слова на людях. Во многих случаях – даже дома. Это исключает из общественного и, в некоторых случаях, из персонального лексикона, концепции событий, описываемых «запрещенными» словами, создавая этим слепые пятна, делая жизнь более ожесточенной, но то же время, приемлемой для данной страны. Послевоенное оправдание «хороших немцев» заключалось в том, что «мы не знали» про попытки геноцида, даже если они и их семьи жили на протяжении многих лет в пределах прогулочной дистанции от концентрационного лагеря.

Даже в странах с наиболее угнетающими правительствами всегда есть подпольная каста «хранителей запрещенных тем» – тех, кто игнорирует запрет, находясь в компании своих преданных друзей или в уединении квартиры, либо в пространстве собственной души. Они поддерживают существование запрещенных тем и слов, сохраняя их. Эти смелые люди – исключение. Для большинства исключения из лексикона запрещенных слов и избегание «опасных» тем, освещаемых посредством этих слов, является законом. Включая многих психиатрических работников, которые должны нести свою нелегкую службу в таких политических обстоятельствах.

Необходимо отметить, что в странах с репрессивным режимом возможна трансформация запрещенных слов в более широкие эмблемы неповиновения. В время военного режима в Аргентине, например, на концерте популярного певца публика, представленная в основном средним классом, взорвалась от восторга, когда он спел в испанском переводе французскую песню «Я пою тебе, свобода!» Во время аналогичного периода в Чили популярная песня стала выражением протеста и неповиновения, благодаря строке «В сентябре были потушены огни»; это ассоциировалось с Пиночетовским переворотом, который произошел именно в этом месяце. В Бразилии, когда известный певец в концертах исполнил несколько песен о нищете и бедствиях угнетенных

людей, которые были запрещены правым правительством, толпа с жаром подхватила слова, пела вместе с исполнителем. Эти примеры трогательны и патетичны: они рисуют единство коллективного духа и служат показателем степени угнетения народа тиранами.

В исторический момент, когда некоторые народы остаются в тисках тоталитарных режимов, а другие переходят от одних форм авторитарности к другим, есть причины для некоторого оптимизма. Политически агрессивные и угнетающие правительства сменяются во многих странах на более демократическое руководство. Это происходит в Восточной Европе, в Чили, Уругвае, Парагвае и в других странах Латинской Америки. Таким образом, большое число граждан, среди которых много профессионалов в психиатрии, выходят из продолжительного периода своей жизни, когда слова были запрещены и темы закрыты. Они могут сейчас быть не готовы к тому, чтобы понять концепции и идеи, которые были удалены из их сознания годами жизни и работы под угрозой наказания.

В свой курс семинара на чилийском конгрессе по семейной терапии я включил эксперимент, который должен был очень помочь присутствующим, еще не оправившимся от насильственного режима управления страной (в основном это были местные врачи). Я рассказал про ту встречу на пляже, про мою речь на аргентинском конгрессе, затем продолжил обсуждать с участниками феномен «запрещенных» слов и тем, а также тех, кто формирует «официальную линию», заменяя запрещенные.

Я предложил участникам – это было 70 семейных терапевтов из латиноамериканских стран, в большинстве которых у власти еще находились репрессивные режимы – участвовать в эксперименте. Я объяснил это как вид экзорцизма, направленный на возвращение их свободы мысли. Я попросил их произнести слова, которые были или остаются запрещены для употребления в их родных странах.

Я записывал на доске слова, которые произносились несколькими добровольцами из зала. Затем, когда список оформился, слова начали «вылетать» из разных углов зала в атмосфере радостного удивления и смеха, прерываемого моментами мрачных воспоминаний. Таким способом организовывался список таких слов, как **пытка, пропавший без вести, репрессии, бородатый, интеллект, левый, военщина, боевики**. Одновременно я организовывал перечень терминов, используемых в «официальной линии», таких, как **социальная стоимость, национальное примирение, национальное единство**.

Когда оба списка были закончены, я предложил участникам эксперимента организовывать дискуссионные группы, по 5–6 человек в каждой. Каждой группе предлагалось побеседовать между собой, активно используя слова из первого списка. Целью было освобождение слов из-под запрета. Предписание выполнялось с нескрываемой радостью и энтузиазмом, сопровождалось активной жестикуляцией и смехом.

Через 20 минут я попросил участников прокомментировать свои впечатления от эксперимента. Все без исключения выразили восторг. Некоторые говорили, что использование этих слов было для них сродни вкушению «запретного плода».

Один из участников, гастроэнтеролог, который проходил курсы семейной терапии, описал спонтанный эксперимент, происшедший в одной из небольших групп. Эта группа дополнилась опоздавшим, который пришел, когда я уже дал задание и группы приступили к его выполнению. Новичок шепотом спросил у гастроэнтеролога, в чем суть задания. Тот решил ввести новичка в заблуждение и сказал, что суть задания в как можно более широком использовании слов из списка «официальной линии». В это время остальная часть группы активно использовала слова из «запрещенного списка». Через некоторое время после вступления в эксперимент вся группа ополчилась против новичка, считая его чуть-ли не фашистом. Введенный в заблуждение человек почувствовал себя во враждебном окружении. Группа продолжала ругать этого человека, пока гастроэнтеролог не открыл всем секрет своего личного эксперимента.

Я поблагодарил участников и выразил надежду на то, что они будут собственными путями продолжать борьбу за свободу слова. В последующие дни множество участников семинара благодарили за проведенный эксперимент, говоря, что это очень положительно сказалось на их настроении.

Оценивая этот эксперимент, очень важно понять, что оба списка были составлены самими участниками. Эти слова не являются специфичными для определенной страны. Например, люди из разных стран одинаково распределяли определенные слова по двум спискам. Охарактеризовав в предисловии к участникам свой эксперимент как «задание с нерегламентированной датой окончания», я имел в виду, что оно является частью нескончаемого процесса.

Процесса прогрессирующего обогащения лексикона словами, которые раньше нельзя было произносить вслух, что положительно влияет на человека. Я повторил его с небольшими вариациями, в группах профессионалов из нескольких стран, которые вышли из диктаторских режимов. В каждом случае эксперимент проходил весело и легко подходил к условиям разных стран.

Что касается друга, встреченного на пляже, коллеги, который заставил меня задуматься о результатах запрета на слова и мысли и о необходимости исправления нашего словаря, он не выходил из моей памяти. Я упорно искал ответы на многие вопросы. Например, как отразились запрет и «слепые пятна» на клинической практике моего коллеги? Как сказалась постоянная необходимость контроля за своей речью на целостности категорического императива нашей профессии?

Мой эксперимент был задуман как противовес эффекту лингвистической и концептуальной пустоты. Если психиатрия ставит своей целью улучшение языковых и лингвистических процессов у наших пациентов, чтобы помочь им вернуться к нормальной жизни, мы должны быть особенно бдительны по отношению к самим себе. Скорейшая нормализация функций пациентов в большой степени зависит от эффективности нашей работы.

Перевод К. В. Прокудина

Об авторе. Карлос Е. Слуцкий – директор психиатрической больницы Санта Барбары (Калифорния), председатель комиссии по правам человека Американской психиатрической ассоциации.

На Украине начал выходить ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Гл. ред. проф.
Владимир Андреевич Абрамов

периодичность: 2 раза в год

Адрес: 340037, Украина, Донецк, пос. Победа, Донецкое отд. АПУ, редакция «Журнала психиатрии и медицинской психологии»

Отв. секретарь Алексей Владимирович Абрамов

Тел. (0622) 77-14-54, 92-13-43

Поздравляем украинских коллег с новым журналом!

БРОЖЕНИЕ УМОВ

Л-ну, обвиняемому в нанесении тяжких телесных повреждений, в результате которых последовала смерть потерпевшего, было проведено шесть судебно-психиатрических экспертиз, две в комиссиях психиатрической больницы им. Кащенко и четыре в Центре им. Сербского.

Во всех актах экспертиз у Л-на описана одна и та же клиническая картина психопатии. По результатам первой экспертизы он признан «органиком с психопатизацией», вменяемым. Однако, начиная со второй, которая была назначена по вновь открывшимся обстоятельствам, у экспертов наступает брожение умов, и оно достигает критической точки зрения на пятой экспертизе, которая квалифицирует статус испытуемого как «глубокая психопатия», заключение: «невменяем». Кем и как была измерена эта «глубина», история умалчивает.

И быть бы Л-ну освобожденным от уголовной

ответственности (судья так и сказала сыну потерпевшего, что заключение Центра им. Сербского является для суда неопровержимым доказательством), если бы здравый смысл не подсказал сыну, что здесь что-то не так, коль происходит такая эквилибристика с диагнозом и его судебно-психиатрической оценкой. И вот пять актов СПЭ представлены специалисту НПА. Тот делает заключение, что диагноз «глубокая психопатия» в значительной степени надуман, не вытекает из статуса, и для устранения противоречий в актах СПЭ требуется проведение новой экспертизы. Суд признал заключение специалиста НПА резонным, была назначена шестая экспертиза в том же Центре им. Сербского с участием представителя НПА. Экспертиза пришла к выводу, что у Л-на психопатия, его следует считать вменяемым.

В. Г. Батаев

ДИАГНОЗ ОТ ЛУКАВОГО

В номере № 4'1994 мы рассказывали о судьбе Воробьева, за правдолюбие уволенного из органов внутренних дел руками ведомственных психиатров, установивших ему диагноз «психопатия» с заключением о негодности к службе. Воробьев, оспаривая это заключение, прошел освидетельствование в НПА, признан психически здоровым. Наше заключение легло в основу заявления Воробьева о своей реабилитации, поданного им в Чебоксарский суд. А теперь продолжение этой истории.

Была назначена стационарная судебно-психиатрическая экспертиза, проведение которой суд поручил Государственному научному центру социальной и судебной психиатрии им. Сербского с участием в работе комиссии представителя НПА. Заключение экспертов: «Психическим заболеванием не страдает; отмечается акцентуация характера (вариант нормы)».

В суде представители МВД ЧР психиатры Бурмистрова Н. А., Смирнов Д. К. и Генцкина И. И., а также главный психиатр города Никитин Л. Н. заявили, что выставленный Центром им. Сербского диагноз «акцентуация» не исключает установленного Воробьеву ОВВК МВД ЧР диагноза психопатии (?!), а то, что он психическим заболеванием не страдает, это само собой разумеющаяся вещь, т. к. психопатия не является заболеванием в настоящем смысле слова. При этом высокоученые психиатры ссылались на учебники по психиатрии Случевского Н. Ф. (1957) и Портнова А. А., Федотова Д. Д. (1971). Понятие «акцентуация» в этих учебниках отсутствует.

«Таким образом, – сказано в решении суда, – у Воробьева не имелось никаких законных оснований обжаловать заключение ОВВК об якобы выставленном ему диагнозе психического заболевания, поскольку в данном документе об этом не говорится... Суд решил в удовлетворении жалобы Воробьева Ю. А. на заключение окружной военно-врачебной комиссии МВД ЧР от 07.05.86 г. о наличии у него психического заболевания отказать».

Так, пользуясь услугами зависимых психиатров, которые по невежеству ли, по злонамерению ли отнесли акцентуацию к психопатии, суд пытался закрыть рот нашему правдолюбцу. Из письма Воробьева в НПА: «30-ти месячная судебная волокита, ничем не прикрытое издевательство и оскорбления со стороны судей закончились решением суда об отказе в удовлетворении моей жалобы. Судья сделала из меня последнего идиота. Из решения следует, что эти десять лет я понапрасну тратил силы, т. к. диагноз ОВВК «психопатия» не является психическим заболеванием, и я боролся с призраком». Он задает вопросы специалистам НПА: являются ли диагнозы, которые ему устанавливали, «психопатия», «олигофрения» и «акцентуация» психическими заболеваниями, означает ли заключение Центра им. Сербского от 18.05.95 г. об отсутствии у него психического заболевания то, что прежние диагнозы, по которым он признан негодным к службе, сняты? Нами дано разъяснение: Психические расстройства указаны и закреплены в разделе V «Международной статисти-

ческой классификации болезней, травм и причин смерти 9-го пересмотра», действующей в нашей стране, начиная с 1982 года. Других официальных источников классификации психических расстройств в стране не существует. В соответствии с названным документом диагнозы «психопатия» и «олигофрения», хоть и не относятся собственно к психическим болезням, однако, указаны в нем как психические расстройства. Понятия «акцентуация» в этой классификации нет, т. к. акцентуация относится к вариантам нормы, а не патологии. Лица с диагнозом «психопатия» или «олигофрения» могут признаваться негодными к военной службе. Лица с диагнозом «акцентуация характера» признаются годными к военной службе. Судебно-психиатрическая экспертная комиссия Центра им. Сербского с участием представителя НПА пришла к выводу, что у Воробьева имеется акцентуация характера. Прежние диагнозы «психопатия» и «олигофрения» у него сняты, т. е. ни психического заболевания, ни психического расстройства у него нет».

Воробьев подает кассационную жалобу в Верхов-

ный суд Чувашской республики, и, к его удивлению, он отменяет решение районного суда и направляет дело на новое рассмотрение.

Итак, новый суд, снова допрос зависимых психиатров.

Чебоксарские коллеги, уж если вы хотите продемонстрировать свою ученость и правоту с помощью психиатрической литературы, то прочтите К. Леонарда «Акцентуированные личности» (пер. с нем. Киев, 1981), или более доступную монографию А. Е. Личко «Психопатии и акцентуации характера у подростков» (Л., «Медицина», 1983), где сказано: «Акцентуация характера – это крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, отчего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим». И давайте не забывать: «... да будет слово ваше: «да, да», «нет, нет», а что сверх этого, то от лукавого» (Евангелие от Матфея, 5, 37).

В. Г. Батаев

НЕРЕШЕННАЯ ПРОБЛЕМА

6 – 8 февраля 1996 г. во время посещения Санкт-Петербургской республиканской психиатрической больницы со строгим наблюдением группа представителей НПА провела комиссионное исследование больного Д. Исследование проводилось по ходатайству матери в связи с длительным содержанием больного в больнице. Главный врач д-р В. Д. Стяжкин как всегда (уже третий раз) с полной открытостью и радушием предоставил нам такую возможность. Комиссия НПА в составе к.юр.н. Ю. Н. Аргуновой, к.м.н. В. Н. Прокудина и к.м.н. Ю. С. Савенко в присутствии лечащего врача, зав. отделением, главного врача и его заместителя ознакомилась с медицинской документацией и провела беседу с больным.

Речь шла о высокоинтеллектуальном, творческом, очень нестандартном человеке 49 лет, авторе ряда публикаций и авторских свидетельств в области молекулярной биологии, подрабатывавшего на жизнь в качестве юриста. Во втором браке отец большого семейства. С 31 года изменился по характеру, стал раздражительным, замкнутым, необычно «усидчивым» и «патологически чистоплотным», с ипохондрическими опасениями. Практиковал голодание. Первоначально, на протяжении почти 10 лет диагностировалось паранойальное развитие личности, несмотря на отмечавшиеся идеи отношения (все почернело от радиации, испытывал действие излучения от радио соседей). Объявил себя директором института и, явившись туда, реквизировал печати, нанес ножевые ранения охранникам, пытавшимся изъять их у него (а по его словам – избивавшим его). В беседе сдержан, объясняет все естественным образом, не обнаруживает продуктивной психотической симптоматики, однако отсутствует и критическое отношение к происшедшему. Слабодушен. Легко

справляется с тестом простых аналогий. Много читает.

Полное единодушие в диагностике больного: параноидная шизофрения вне обострения без признаков прогрессивности, контрастировало с нерешенностью проблемы: как быть с такими больными, попавшими на принудительное лечение, у которых болезненные проявления ограничиваются отсутствием критики, но в отношении которой можно со значительной вероятностью говорить, что вряд ли она появится и через 10 лет?

Несколько лет назад мы приезжали в эту же больницу в отношении сходного случая: больной Ш., пытавшийся стрелять в Президента, оказался очевидным для всех образом совершенно безобидным, благодушным человеком, перенесшим в свое время шуб, оставивший постпроцессуальный дефект. Покушение было связано с влиянием на него радикалов. Никакой комплексной аффективной или бредовой системы у больного не было. Миссию свою он считал выполненной. Не было никакого смысла ни в лечении, ни в содержании в больнице даже общего профиля. Однако экстраординарная тяжесть правонарушения перевесила все другие соображения, вплоть до искусственного признания его невменяемым. Председатель первой судебно-психиатрической экспертной комиссии д.м.н. С. Ю. Циркин (судебные психиатры уклонились от этой роли) записал тогда особое мнение.

Обычное оправдание врачами своей перестраховочной тактики – это другие страшные примеры, возможная сохранность бредовой системы с ее диссимуляцией или возможность непредсказуемых аффективных вспышек агрессивного характера. Чаще всего речь идет именно о такого рода рыхлой аргу-

ментации. Легкость, с которой ею удовлетворяются, – откровенное свидетельство, что за этим стоит имплицитность приоритета общества перед личностью, а не равенство, не говоря уже о лишь провозглашаемом приоритете личности.

Строгая дифференцированная аргументированность клиническими данными, индивидуальный подход, использование разнообразных лабораторных методов позволяют внести научную корректность в этот в самом деле сложный вопрос. Наиболее релевантным здесь является тест Роршаха, который в руках психиатра может превратиться в экспериментально-психопатологический метод. С его помощью возможно выявить реальность, выраженность и типологические особенности риска агрессивных действий.

Обычная ориентировка клиницистов на критерий приспособляемости к окружающей среде в стенах больницы для многих неадекватна, так как это глубоко ненормальная, агрессивная среда, не говоря уже об отторгаемых ею «белых воронах».

Ни для кого не секрет, что решения судов относительно типов принудительного лечения выносятся заочно, по материалам дела и акту экспертизы, и опираются на практике на очень формальный критерий, а именно – тяжесть совершенного деяния, а не реальную общественную опасность. Между тем, 59 ст. УК говорит не о «тяжести», а «характере» совершенного общественно-опасного деяния, что является сложной качественной характеристикой, редуцирование которой до «тяжести» – грубая вульгаризация. Таким образом, не интересы общества и не гуманистический приоритет личности, а удобство чиновничьего порядка судопроизводства оказываются ведущим фактором. Поэтому до разработки и принятия соответствующих процессуальных положений особенно необходима активная позиция врачей в отношении направления в суд обоснований реально необходимых действий.

Ю. С. Савенко

М. Я. Вайнтриб

ЭПИЛЕПСИЯ:

многолетнее медикаментозное лечение и его осложнения

М., 1995, 190 с.

Оригинальное исследование и – одновременно – практическое руководство по лечению различных форм эпилепсии, адресованное невропатологам, психиатрам, эпилептологам и всем интересующимся проблемами эпилепсии.

По вопросам приобретения звонить по телефону: 430-93-85

С. Н. Мосолов

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ АНТИДЕПРЕССАНТОВ

Медицинское инф. агентство. СПб., 1995, 568 с.

В книге подробно излагаются клинические аспекты фармакологического действия и общие вопросы практического применения антидепрессантов, а также дается описание и методика применения более 70 отдельных препаратов.

Отдельные главы посвящены месту тимоаналептической терапии в комплексном лечении больных шизоаффективным психозом и шизофренией, тревожными и стрессовыми расстройствами (включая панические атаки, социальную фобию, обсессивно-компульсивное расстройство, нарушения влечений и адаптации) и хроническим алкоголизмом. Детально освещаются особенности применения антидепрессантов у больных позднего возраста и в общей медицинской практике, в том числе при различных соматизированных и соматоформных расстройствах, маскированных и соматогенных депрессиях, хронических болевых синдромах и т. д. Книга представляет интерес для психиатров, невропатологов, клинических фармакологов и врачей общего профиля.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОТНОШЕНИЙ В СФЕРЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ, В ТОМ ЧИСЛЕ СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Ю. Н. Аргунова

В 1995 году Государственной Думой был принят ряд законов в области социальной защиты населения, включая лиц, страдающих психическими расстройствами. К их числу относятся федеральные законы «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов»,¹ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»,² «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации».³

Федеральный закон «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» был принят Государственной Думой 17 мая 1995 г. и 4 августа 1995 г. вступил в силу.

Система социального обслуживания граждан указанной категории состоит из государственного, муниципального и негосударственного секторов социального обслуживания.

Закон предусматривает пять форм социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов:

1) социальное обслуживание на дому (включая социально-медицинское обслуживание);

2) полустационарное социальное обслуживание в отделениях дневного (ночного) пребывания учреждений социального обслуживания;

3) стационарное социальное обслуживание в домах-интернатах, пансионатах и других учреждениях социального обслуживания независимо от их наименования;

4) срочное социальное обслуживание;

5) социально-консультативная помощь.

Информация о социальных услугах предоставляется социальными работниками непосредственно гражданам пожилого возраста и инвалидам, а в отношении лиц, признанных недееспособными, — их законным представителям. Граждане, направляемые в стационарные или полустационарные учреждения социального обслуживания, а также их законные представители должны быть предварительно ознакомлены с условиями проживания или пребывания в этих учреждениях и видами услуг, предоставляемых ими.

Социальное обслуживание (СО) осуществляется при условии добровольного согласия лиц пожилого возраста и инвалидов. В отношении недееспособных согласие дается их законными представителями, а

при их временном отсутствии — органами опеки и попечительства.

1. Социальное и социально-медицинское обслуживание на дому

К числу социальных надомных услуг (СУ), предусматриваемых федеральным перечнем гарантированных государством СУ, относятся:

1) организация питания, включая доставку продуктов на дом; 2) помощь в приобретении медикаментов, продовольственных и промышленных товаров первой необходимости; 3) содействие в получении медицинской помощи, в том числе сопровождение в медицинские учреждения; 4) поддержание условий проживания в соответствии с гигиеническими требованиями; 5) содействие в организации юридической помощи и иных правовых услуг; 6) содействие в организации ритуальных услуг; 7) другие надомные СУ.

Нуждающимся в надомных СУ гражданам пожилого возраста и инвалидам, страдающим психическими расстройствами (в стадии ремиссии) на дому проводится социально-медицинское обслуживание. Оно осуществляется специализированными отделениями, создаваемыми в муниципальных центрах СО или при органах социальной защиты населения. В штат таких отделений вводятся медицинские работники, профессиональная деятельность которых регулируется законодательством РФ об охране здоровья граждан.

В предоставлении СУ на дому гражданам пожилого возраста и инвалидам может быть отказано при наличии у них тяжелых психических расстройств, требующих лечения в специализированных учреждениях здравоохранения. Такой отказ подтверждается совместным заключением администрации муниципального центра СО (органа социальной защиты населения) и врачебно-консультативной комиссии учреждения здравоохранения.

2. Полустационарное социальное обслуживание

Эта форма СО включает социально-бытовое, медицинское и культурное обслуживание граждан указанной категории, организацию их питания, отдыха, обеспечение их участия в посильной трудовой деятельности и поддержание активного образа жизни.

На полустационарное обслуживание принимаются нуждающиеся в нем граждане пожилого возраста и инвалиды, сохранившие способность к самообс-

¹ Российская газета. — 1995. — 4 августа.

² Российская газета. — 1995. — 2 декабря.

³ Российская газета. — 1995. — 19 декабря.

луживанию и активному передвижению, не имеющие медицинских противопоказаний, в частности тяжелых психических расстройств, требующих лечения в специализированных учреждениях здравоохранения. Основанием к зачислению на полустационарное обслуживание является письменное заявление гражданина и справка учреждения здравоохранения о состоянии его здоровья.

3. Стационарное социальное обслуживание

Стационарная форма обслуживания предназначена для граждан указанной категории, частично или полностью утративших способность к самообслуживанию и нуждающихся по состоянию здоровья в постоянном уходе и наблюдении.

Помещение в стационарное учреждение граждан пожилого возраста и инвалидов производится на основании их личного письменного заявления, а лиц, призванных недееспособными – на основании письменного заявления их законных представителей. Эта норма несколько расходится со статьей 41 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», согласно которой основанием для помещения недееспособного лица в психиатрическое учреждение для социального обеспечения служит решение органа опеки и попечительства. Это правило, по существу отмененное новым Федеральным законом, являлось более предпочтительным, так как служило защитой от возможных недобросовестных действий опекуна.

Следует обратить особое внимание на то, что настоящий Федеральный закон впервые допускает возможность помещения граждан пожилого возраста и инвалидов в указанные учреждения без их согласия или без согласия их законных представителей.

В соответствии со статьей 15, такое помещение может иметь место «в случаях, если лица указанной категории лишены ухода и поддержки со стороны родственников или иных законных представителей и при этом не способны самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности (утрата способности к самообслуживанию и (или) активному передвижению) или призваны в установленном законом порядке недееспособными». Отныне вопрос о помещении в стационарное учреждение СО в недобровольном порядке решается судом по представлению органов социальной защиты населения. В Законе однако полностью отсутствует регламентация участия судебных органов в рассмотрении подобных дел, что приведет к разбоям в правоприменительной практике и снижению эффективности данной меры как гаранта соблюдения прав граждан.

В Законе кроме того указывается, что основания и порядок недобровольного помещения в такие учреждения предусматривается не только приведенной нормой, но и Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Однако подобная ссылка вызывает недоумение, ибо Закон о психиатрической помощи недобровольное помещение в указанные учреждения не допускает. Распространение же на такие случаи норм о недобровольной госпитализации в психиатрический стационар представляется неверным.

Статья 15 Закона предусматривает также воз-

можность отказа от услуг стационарных учреждений СО граждан пожилого возраста и инвалидов, утративших способность удовлетворять свои основные жизненные потребности или признанных недееспособными. Такой отказ производится по письменному заявлению их законных представителей в случае, если они обязуются обеспечить указанным лицам уход и необходимые условия проживания. Следует при этом отметить, что данная норма нуждается в дополнении: правом подачи такого заявления должны быть наделены также родственники указанных лиц, так как, во-первых, будучи в большинстве своем дееспособными, они не имеют законных представителей, а во-вторых, одним из критериев недобровольного помещения является отсутствие ухода и поддержки именно со стороны родственников.

По правилам статьи 20 Закона не допускается помещение детей-инвалидов с физическими недостатками в стационарные учреждения СО, предназначенные для проживания детей с психическими расстройствами. Согласно статье 9 Закона помещение в соответствующие учреждения лиц, не достигших 14 лет, производится на основании письменного заявления их законных представителей. (Закон о психиатрической помощи предусматривает, что для всех несовершеннолетних в возрасте до 18 лет в качестве обязательного основания для помещения в психоневрологические учреждения для социального обеспечения является решение органа опеки и попечительства, принятое на основании заключения врачебной комиссии).

На администрацию стационарных учреждений СО возлагаются функции опекунов и попечителей.

В соответствии с жилищным законодательством, помещение одинокого больного в психоневрологический интернат неминуемо влекло утрату его права на жилую площадь со дня выезда. В этой связи особенно важным нововведением, установленным настоящим Законом, является предоставление гражданам пожилого возраста и инвалидам, проживающим в стационарных учреждениях СО, права на сохранение занимаемых ими по договору найма или аренды жилых помещений в домах государственного, муниципального и общественного жилищных фондов в течение шести месяцев с момента поступления в учреждение, а в случаях, если в жилых помещениях остались проживать члены их семей – в течение всего времени пребывания в этом учреждении. В случае отказа от услуг стационарного учреждения СО по истечении указанного срока граждане пожилого возраста и инвалиды, освободившие жилые помещения в связи с их помещением в эти учреждения, имеют право на внеочередное обеспечение жильем помещением, если им не может быть возвращено ранее занимаемое ими жилое помещение (п. 10, ст. 12).

Дети-инвалиды, проживающие в указанных учреждениях, являющиеся сиротами или лишенные попечительства родителей, по достижении 18 лет подлежат обеспечению жилыми помещениями вне очереди органами местного самоуправления по месту нахождения данных учреждений либо по месту их прежнего жительства по их выбору, если индивидуальная программа реабилитации предусматривает возможность осуществлять самообслуживание и вести самостоятельный образ жизни.

4. Срочное социальное обслуживание

Срочное СО включает следующие СУ: 1) разовое обеспечение остро нуждающихся бесплатным горячим питанием или продуктовыми наборами; 2) обеспечение одеждой, обувью и другими предметами первой необходимости; 3) разовое оказание материальной помощи; 4) содействие в получении временного жилого помещения; 5) организацию юридической помощи в целях защиты прав обслуживаемых лиц; 6) организацию экстренной медико-психологической помощи с привлечением для этой работы психологов и священнослужителей и выделением для этих целей дополнительных телефонных номеров; 7) иные срочные СУ.

5. Социально-консультативная помощь

Эта форма СО направлена на адаптацию граждан пожилого возраста и инвалидов в обществе, ослабление социальной напряженности, создание благоприятных отношений в семье, а также на обеспечение взаимодействия личности, семьи, общества и государства. Социально-консультативная помощь ориентирована на психологическую поддержку указанной категории лиц, активизацию усилий в решении собственных проблем и предусматривает: 1) выявление лиц, нуждающихся в такого рода помощи; 2) профилактику различного рода социально-психологических отклонений; 3) работу с семьями, в которых живут также граждане, организацию их досуга; 4) консультативную помощь в обучении и профессиональной ориентации инвалидов; 5) обеспечение координации деятельности государственных учреждений и общественных объединений для решения проблем граждан пожилого возраста и инвалидов; 6) правовую помощь в пределах компетенции органов СО; 7) иные меры по формированию здоровых взаимоотношений и созданию благоприятной социальной среды для граждан указанной категории.

Социальные услуги могут быть оказаны гражданам бесплатно, а также на условиях частичной или полной оплаты. Учреждения СО обязаны заключать с гражданами, принимаемыми на платное обслуживание, или с их законными представителями договоры, определяющие виды и объем услуг, сроки, в которые должны быть предоставлены услуги, порядок и размер их оплаты.

Оплата может производиться за счет средств, полученных от продаж или иного отчуждения принадлежащего на праве собственности гражданина по-

жилого возраста и инвалида имущества, включая жилые помещения, ценные бумаги и иное имущество, на основании договоров. Сделки об отчуждении жилых домов (жилых помещений) в целях оплаты СУ совершаются лишь при одновременном соблюдении следующих условий:

1) сохранение за гражданином пожилого возраста и инвалидом права пожизненного проживания в отчужденном жилом доме (жилом помещении) либо обеспечение его другим жилым помещением, отвечающим требованиям жилищного законодательства, а также права на материальное обеспечение в виде питания, ухода и необходимой помощи;

2) получения согласия в письменной форме местных органов управления социальным обслуживанием населения на оформление сделки. (п. 10, 11 статьи 24).

Данная норма, безусловно, является существенной гарантией прав указанной категории граждан.

Важное значение имеет также норма, согласно которой жилые помещения в домах муниципального жилищного фонда, освобождаемые гражданами пожилого возраста и инвалидами, направляемыми в стационарные учреждения СО, подлежат заселению в первую очередь нуждающимися в улучшении жилищных условий другими гражданами пожилого возраста и инвалидами, а также могут быть предоставлены для использования в качестве служебных жилых помещений работникам стационарных учреждений СО (ч. 5 статьи 30).

Закон регламентирует также функции муниципальных центров СО и муниципальных жилых фондов социального использования, вопросы профессиональной деятельности, а также контроля в сфере СО лиц данной категории.

При выявлении случаев нарушения прав граждан пожилого возраста и инвалидов, предусмотренных настоящим Федеральным законом, государственных стандартов качества СО органы социальной защиты населения, выдавшие учреждениям СО лицензию на указанный вид деятельности, вправе приостанавливать ее действие. Вопрос об окончательном прекращении такой деятельности решается учредителями или собственниками учреждений СО либо в судебном порядке.

Общественный контроль за деятельностью по предоставлению СУ осуществляется общественными объединениями, занимающимися в соответствии с их учредительными документами вопросами защиты интересов граждан пожилого возраста и инвалидов.

МОЖЕТ ЛИ ЛИЦО С ПСИХИЧЕСКИМИ НЕДОСТАТКАМИ БЫТЬ... ПРИСЯЖНЫМ ЗАСЕДАТЕЛЕМ?

Ю. Н. Аргунова, С. С. Гурвиц

С позиции законодательства на вынесенный в заголовке вопрос можно кратко ответить следующим образом: да, может, если это лицо, во-первых, является дееспособным, во-вторых, не заявило в письменном виде о своей неспособности в силу психических недостатков исполнять указанные функции, и, в

третьих, не вызвало сомнений у судьи, прокурора, других участников процесса в плане своей способности выполнять обязанности присяжного заседателя.

Но оказывается, возникают и другие суждения, а главное – продиктованные ими действия...

С 1 ноября 1993 года в ряде регионов России вве-

дены суды присяжных. Они образуются в краевых, областных, городских судах и действуют в составе судьи и двенадцати присяжных заседателей. По ходатайству обвиняемого суд присяжных рассматривает дела о преступлениях, перечисленных в ст. 36 УПК РСФСР (умышленное убийство при отягчающих обстоятельствах: изнасилование, повлекшее особо тяжкие последствия; измена Родине, террористический акт, бандитизм и некоторые другие дела, подсудные краевому, областному, городскому суду).

Присяжный заседатель имеет право участвовать в исследовании всех рассматриваемых в суде доказательств, с тем чтобы получить возможность самостоятельно, по своему внутреннему убеждению оценить обстоятельства дела и дать ответы на вопросы, которые будут поставлены перед коллегией присяжных заседателей; задавать вопросы участникам процесса; участвовать в осмотре вещественных доказательств, документов, во всех других производимых в суде следственных действиях; просить председательствующего разъяснить нормы закона, относящиеся к делу.

Законом РСФСР «О судеустройстве РСФСР» предусмотрена сложная процедура привлечения граждан к исполнению обязанностей присяжных заседателей. Местной администрацией ежегодно составляются общие и запасные списки присяжных на основе списков избирателей методом случайной выборки установленного числа граждан. Затем из числа отобранных граждан исключается круг лиц в соответствии с частями 2 и 4 статьи 80 Закона. Их немного.

В списки присяжных не включаются лица:

1) не внесенные на предшествовавших составлению списков присяжных заседателей выборах или всенародном голосовании (референдуме) в списки избирателей или граждан, имеющих право участвовать в референдуме;

2) не достигшие к моменту составления списков присяжных заседателей возраста 25 лет;

3) имеющие неснятую или непогашенную судимость;

4) признанные судом недееспособными или ограниченными судом в дееспособности.

Из списков присяжных исключаются по их письменному заявлению:

1) лица, не владеющие языком, на котором ведется судопроизводство в данной местности;

2) немые, глухие, слепые и другие лица, являющиеся инвалидами;

3) лица, не способные в силу своих физических или психических недостатков, подтвержденных медицинскими документами, успешно исполнять обязанности присяжных заседателей;

4) престарелые, которые достигли возраста 70 лет;

5) руководители и заместители руководителей органов представительной и исполнительной властей;

6) военнослужащие;

7) судьи, прокуроры, следователи, адвокаты, нотариусы, а также лица, принадлежащие к руководящему и оперативному составу органов внутренних дел и государственной безопасности;

8) священнослужители.

Таким образом для лиц с психическими расстрой-

ствами, если только они не признаны в установленном законом порядке недееспособными, противопоказаний в этом перечне не содержится, что соответствует статье 5 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Наличие психических недостатков, а также инвалидность по психическому заболеванию может явиться основанием к исключению лица из списков присяжных, однако лишь по его собственной просьбе.

Тем не менее некоторые главы местной администрации, используя предоставленное им право самим определять порядок составления списков присяжных, трактуют закон по своему усмотрению.

Так, явно противоречащим законодательству является предписание Администрации города Долгопрудного Московской области, направленное на имя главного врача Московской областной психиатрической больницы № 20, расположенной в этом городе, с требованием проверить список из 1377 (!) кандидатов в присяжные заседатели из числа жителей г. Долгопрудного и о состоящих на психиатрическом учете доложить в течение двух дней.

Помимо допущенного грубого нарушения статьи 80 Закона «О судеустройстве РСФСР» Администрация города по-существу предписала больнице, притом совершенно недвусмысленно, разгласить сведения, составляющие врачебную тайну, что противоречит требованиям статьи 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан. К врачебной тайне она относит не только диагноз заболевания и другие сведения, ставшие известными медицинским работникам и иным лицам вследствие исполнения ими профессиональных и служебных обязанностей, но и, в первую очередь, информацию о самом факте обращения за медицинской помощью (не только кста психиатрической) и последующего наблюдения.

Не очень ясно по собственной ли инициативе Администрация города Долгопрудного предприняла столь решительные шаги по проверке «психиатрической благонадежности» кандидатов в присяжные или она выполняла поручение областной Администрации или даже — правда в это не хочется верить — Мособлсуда. Администрация прежде всего, по-видимому, руководствовалась предубеждением в отношении тех граждан, кто обращается к психиатрам, полагая, что доверять им не следует, тем более при выполнении ответственных гражданских обязанностей.

Впрочем, игнорирование Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», в частности статьи 5, запрещающей дискриминацию лица на основании факта наблюдения его у психиатра, а также статьи 27, изъявшей из официального оборота само понятие «психиатрический учет», уже давно не удивляет. Даже те административные структуры, которым этот Закон известен, воспринимают его как узкоспециальный Закон для психиатров, регулирующий лишь их взаимоотношения с пациентами. Общегражданский смысл закона ими, как правило, не улавливается.

Вероятно подобное поведение руководства Администрации основывается также на расширительном толковании ст. 83 Закона «О судеустройстве РСФСР», обязывающей граждан, должностных лиц

государственных органов, предприятий, учреждений и организаций представлять местной администрации по ее запросу информацию, необходимую для составления списков присяжных. Тем более, что непредставление такой информации, согласно той же статье, влечет административную ответственность.

На этом можно было бы поставить точку, если бы областная больница, в известной мере зависящая от городской Администрации, не отнеслась к неправомерному предписанию совершенно серьезно. По приказу главного врача была проделана каторжная работа по проверке гигантского списка кандидатов, в нем были обнаружены пациенты психиатрического диспансера. О тех из них, кто является инвалидами, было доложено точно в назначенный срок.

Стремление Администрации города таким образом было частично удовлетворено: сведения о некоторых из «состоящих на учете» граждан стало достоянием гласности. Если уж Администрация хотела получить данные о проживающих в городе гражданах, имеющих инвалидность, ей достаточно было бы обратиться в городской пенсионный отдел, располагающей информацией обо всех инвалидах.

Подобный пример правовой самостоятельности на местах, возможно, не заслуживал бы столь подробного обсуждения, если бы у нас была уверенность в том, что подобная практика ограничится только одним небольшим городом и только одной из областей Федерации.

Однако такой уверенности у нас нет. Инициатива Администрации города Долгопрудного может быть самостоятельно или в подражание многократно повторена в любом другом городе и в любом другом регионе. А это уже не просто нарушение одной или двух статей закона. Это – опасная тенденция исполнительной власти взять на себя заботу о власти судебной и, ограждая ее от проникновения в ряды присяжных «нежелательных элементов», на деле частично подменить ее.

Печально также, что такая инициатива, хотя и

частично, но все же была поддержана руководителем психиатрического учреждения. И если в Долгопрудном сообщили только часть закрытой информации, нет гарантий, что в другом месте не выдадут ее полностью, предоставив тем самым исполнительной власти простор для рассуждений и выводов в области, где она ни в коей мере не может считаться компетентной. Единственное, что позволяет ей Закон – не включать в список присяжных лиц, признанных недееспособными. Будучи органом опеки и попечительства, Администрация обязана иметь данные об этих лицах. Из числа наблюдаемых в Долгопрудненском диспансере таких – не более 2 %.

Все остальное – компетенция суда. И индивидуальный отбор присяжных для участия в рассмотрении конкретного дела. И право судьи освободить лицо от исполнения обязанностей присяжного заседателя в случае сомнения не только в его объективности, но и «по другим причинам», к которым можно отнести и сомнения в его способности исполнять эти обязанности по своему психическому состоянию. При этом в соответствии со ст. 437 и 438 УПК председательствующий может задавать присяжным вопросы, предложенные прокурором, потерпевшим, обвиняемым и его защитником, а также другие вопросы по своему усмотрению. В свою очередь, присяжный заседатель обязан не только правдиво отвечать на поставленные вопросы, но и представить по требованию судьи иную необходимую о себе информацию.

Все вопросы, связанные с освобождением присяжных заседателей от участия в рассмотрении дела, а также самоотводы и отводы, в том числе безмотивные отводы, заявленные присяжным прокурором, потерпевшим, обвиняемым и его защитником, разрешаются председательствующим судьей.

Исполнительная власть не должна руками психиатров «организовывать правосудие». Достаточно долго она организовывала его телефонными звонками и устными приказами. Вряд ли кто-нибудь хочет, чтобы эти времена вернулись

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

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

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

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

Телефон для справок:
(095) 206-86-39

Почтовый адрес:

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

Экспертиза и консультации проводятся бесплатно

ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

Л. М. Щеглов (Санкт-Петербург)

Ю. М. Губачев и С. С. Либих (1977) предлагают ряд характеристик для оценки участия психических процессов в патогенезе соматического страдания. Разберем, какие же это характеристики и патогноминичны ли они для сексологии и сексопатологии?

1. Наличие в структуре патогенеза эмоционального компонента.

Наверное, будет лишним напоминать о значимости сексуальной функции для подавляющего большинства людей, что и определяет обязательное наличие эмоционального компонента в картине страдания. Особая психологическая и социальная значимость и непреходящая актуальность этой функции у мужчин (в силу социально-психологической специфики мужской роли) обуславливает необычайную ранимость мужской психики при малейшем, даже случайном снижении потенции. Крайняя острота аффективных переживаний, связанных с сексуальными травмами, поразительная легкость формирования навязчивых и сверхценных представлений о неизбежном или уже якобы наступившем половом бессилии накладывают специфический отпечаток на все личностные проявления и действия человека, угнетенного призраком импотенции.

Как известно, эмоциональные реакции имеют два параллельно существующих аспекта: психологический, в основе которого лежит чувственный тон удовольствия или неудовольствия, и вегетативный – выполняющий функцию энергетического обеспечения целостного поведения. Вегетативный компонент эмоций выражается в возбуждении лимбико-ретикулярной системы мозга, что приводит к активации эрготропных и трофотропных структур гипоталамуса, называемого западными исследователями «психосоматическим перекрестком». Понятно, что результатом активации систем высшей вегетативной регуляции является изменение как метаболизма, так и функционального состояния органов и систем.

2. Способность к торможению внешнего проявления эмоций.

Эта характеристика оказалась не только выраженной у лиц, склонных к психосоматическим нарушениям, но и определяла (как мы увидим далее в характеристике изученного контингента) важнейшую их преморбидную особенность.

3. Невротическое нарушение регуляции вегетативных функций.

Как известно, невротические нарушения, описываемые в основном психологическими терминами, сопровождаются и физиологическими проявлениями, описываемыми чаще синдромом «вегетативной дистонии», либо – синдромом «нейроциркуляторной дистонии». Сексологическая литература давно отмечает, как часто встречающийся, вариант нарушения регуляции вегетативных функций у пациентов этого профиля.

4. Наличие личностных особенностей либо ситуаций, предполагающей некоторые формы поведения, результатом которых является увеличение вероятности формирования заболевания.

Сексологическая практика сплошь и рядом демонстрирует жесткую связь личностных особенностей, «привычек», вредностей и ситуаций, которые собственно и провоцируют развитие сексуальной дисфункции.

Таким образом, все предполагаемые факторы, характеризующие участие психического фактора в развитии страдания, в полной мере относятся к специфике сексологического контингента.

Психосоматическая модель сексуальных расстройств предусматривает прежде всего оценку роли биологических, психологических и социальных факторов в этиопатогенезе половых расстройств, что и обуславливает направленность лечебных воздействий на все эти факторы.

Изучение этого вопроса затруднено тем, что хронические соматические заболевания развиваются длительно и, зачастую, врач фиксирует итоги многолетнего воздействия повреждающих факторов, не имея возможности проследить действие этих факторов на начальных этапах заболевания. Большинство исследователей подчеркивают сочетанный характер воздействия двух патогенных факторов: длительная психическая травматизация и изначальная (наследственная или приобретенная) соматическая предрасположенность.

В исследуемом контингенте наиболее выраженной и специфичной именно для образования психосоматических расстройств являлась склонность этих больных к торможению внешнего проявления эмоций. Окружающими больные психосоматическими заболеваниями оценивались как сдержанные, ровные, зачастую – мало-эмоциональные. Сами же больные заявляли, что чувствуют постоянное внутренне напряжение, «внутри кипит буря», «все переживаю про себя, долго не могу успокоиться». Характерными чертами больных в преморбиде были ригидность в сочетании с высоким самоконтролем, тревожность, ипохондричность. Больных этой группы зачастую отличала некоторая скованность в движениях, настороженность, повышенный тонус мускулатуры. Эти особенности дали основание (Ahrens, St., 1983) для возникновения термина «алекситимия», под которым понимается неспособность больного психосоматическим заболеванием четко выражать свои ощущения. Чаще наблюдались женщины, преимущественно от 21 года до 50 лет. У лиц до 20 лет и старше 60 лет психосоматических расстройств не определялось, что, по-видимому, объясняется в первом случае недостаточным для формирования патологии временным фактором, а во втором – наличием инволюционных и сосудистых изменений, определяющих состояние больного. Обнаружена достоверность и значительная сила связи корреляции таких признаков как семейное положение и диагноз. Так, среди лиц с психосоматическими нарушениями в основном были представлены холостые (незамужние) и разведенные (17 % больных этой группы были фактически одиноки), что говорит о длительной и, видимо, травмирующей ситуации одиночества. Чаще имело место среднее образование и незаконченное высшее образование. Данность заболевания преимуще-

ственно составляла от 1 года до 5 лет и более. У больных этой группы клиническая картина с самых ранних проявлений была представлена нарушениями астено-вегетативного характера, связанного с психогенией. У 39,1 % лиц данной группы были подтверждены врачами-интернистами начальные стадии заболеваний сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта в виде «традиционных» психосоматических расстройств (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки). 90,9 % больных этой группы обнаруживали фиксацию на ощущениях, анозогностического типа отношения к болезни не было отмечено ни у одного больного. Основными жалобами, кроме специфических жалоб, связанных с формированием самого заболевания (головные боли при гипертонической болезни, боли в области желудка при язвенной болезни и др.), были жалобы на раздражительность, слезливость, плаксивость, чувство усталости и слабости, что в сочетании с преобладанием в клинической картине астенического синдрома и признаков вегетативной неустойчивости говорит об особенностях нервно-психических расстройств в начальных стадиях формирования психосоматического заболевания.

Таким образом, можно сформулировать следующие дифференциально-диагностические критерии психосоматических расстройств:

1. Пусковым механизмом болезненного состояния является психогения.
2. Наличие ослабленного органа или системы органов вида наследственной предрасположенности или перенесенных заболеваний данной системы органов.
3. В преморбиде – сочетание ригидности с высоким самоконтролем, обеспечивающее торможение внешнего выражения эмоций.

4. Длительное развитие заболевания с постепенным уменьшением роли психогенных факторов.

5. Наличие астено-вегетативных расстройств в начальных стадиях формирования психосоматического заболевания.

В сексологической практике уточнения требует второй из предложенных дифференциально-диагностических критериев. Итак, что же может выступать в роли фактора наследственной (или благоприобретенной) предрасположенности для сексологического пациента?

Наши наблюдения показывают, что чаще в роли указанного фактора выступает слабая половая конституция, как тип функционально-энергетического реагирования. Г. С. Васильченко (1977) под половой конституцией понимает «совокупность устойчивых биологических свойств, складывающихся под влиянием наследственных факторов и условий развития в пренатальном периоде и раннем онтогенезе (с. 217)». Исходя из этого, можно прийти к выводу, что именно половая конституция лимитирует диапазон индивидуальных потребностей на усредненном уровне половой активности индивида и характеризует его сопротивляемость в отношении патогенных факторов, имеющих избирательность к половой сфере.

Принцип дифференцированного подхода заключается в тщательной оценке удельного веса и специфики действия каждого фактора в конкретном контексте. Принцип комплексности лечебного воздействия учитывает возможность одновременного воздействия на все три группы этиопатогенетических факторов.

Целью общих терапевтических задач должна быть не компенсация состояния больного, а раститутция (С. - И. Консторум, 1959), т. е. полное восстановление функционирования пациента на всех трех уровнях: социальном, психологическом и биологическом.

О ТРАНССЕКСУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ

Фридеман Пфеллин (Ульм)¹

Трем словам названия этой главы² можно, несколько изменив орфографию и интонацию, придать другой смысл: «О транссексозащите», подчеркнутое указывая на защиту, направленную против транссексуальности, по аналогии со словом *Fremdenhass* (ксенофобия, т. е. букв. боязнь иностранцев – прим. перев.). Если понимать отношения между частями этого слова аналогично, например, слову *Frbeiterkampf* (борьба рабочих – прим. перев.), тогда при этом описывается защитная активность транссексуалов по отношению к определенным или каким-либо субъектам или среде. При сохранении выбранной в заголовке орфографии, т. е. использования слова в качестве определения, наконец возникает вопрос именно о характерной для транссексуалов защите.

В контексте психоаналитических рассуждений наиболее интересен это последний аспект. На вопрос о специфической организации защиты было бы легче ответить, если бы существовало достаточное количество детальных отчетов о пациентах с транссексуальной симптоматикой. Однако мы пока далеки от этого. Как пра-

вило взгляд исследователя скользит по поверхности феномена защиты, и потому будет полезно учитывать также и другие варианты толкования заголовка, даже если при этом и не имеется в виду специфический феномен защиты в психоаналитическом смысле этого слова. Эгопсихологический взгляд на предмет при этом получает добавочные теоретические перспективы в терминах объектных отношений

Защита не тот предмет, который можно целиком рассматривать напрямую, она лишь только приоткрывается взору зрителя. Что мы можем рассматривать, так это сопротивление, которое препятствует пониманию феномена и предстает как взаимодействие. На самой поверхности лежит тот факт, что пациенты сопротивляются аналитическому лечению в принципе. Даже и в медицинской литературе констатация того, что пациенты-транссексуалы отвергают психиатрию, стала общим местом. Сопротивление аналитиков имеет противоположную причину, им приходится приниматься за лечение таких пациентов, а соответственно и достаточно долго их психологически вмещать (контейнировать). Исследуя эти феномены, по моему мнению, можно подойти к пониманию основ возможной структуры защиты.

Прежде всего мне хотелось бы показать, как я пришел к тому, чтобы заняться транссексуальностью, и какие формы взаимодействия меня при этом особенно поразили. Затем я обобщу некоторые аспекты психоаналитических дискуссий по транссексуальности, чтобы в зак-

¹ In: Friedeman Pfefflin – Transsesualitet – Ferdinand Enke Verlag. Stuttgart, 1993, 71 – 85, глава 4.

Редакция благодарит Инфо-центр психотерапевтических исследований (Москва) за право публикации.

² Текст этой главы послужил основой доклада на семинаре психоаналитической секции Ассоциации психологов-практиков (АПП), (председатель, член НПА С. Г. Аграчев) 15 – 16 октября 1994 г. в ИПАН.

лучение на примере начальной фазы лечения одного из пациентов проанализировать определенные аспекты сопротивления и защиты, которые, по моему мнению, вплоть до этого времени недостаточно обсуждались в литературе.

4.1. Встречи на подготовительном этапе

Впервые я встретил пациента с транссексуальной симптоматикой на приеме у Эберхарда Шорша в Институте исследования секса при психиатрической клинике гамбургско-эппендорфского университета больницы. Потомственный психиатр, Шорш в последние годы своей деятельности занимался почти исключительно судебной медициной. Он никогда специально не занимался анализом, но пользовался авторитетом среди юристов и психиатров как один из немногочисленных психоаналитиков среди судебных психиатров. Своей славой он был обязан тому, что добивался аналитического понимания тяжелых сексопатологических и криминальных форм развития и, аналитически рассуждая, заставлял прислушаться к себе на многих уголовных процессах (Шорш Бекер 1977, Шорш и др. 1985, Шорш 1991). Как на обычном приеме, так и во время обследования преступников, которых он подвергал медицинской экспертизе, он держался мягко, был очень сдержан и таким путем вызывал пациентов на разговор. Когда у него на приеме я впервые увидел пациента с транссексуальной симптоматикой, меня поразило, что обычная приятная сдержанность Шорша сменилась полной пассивностью. Хотя пациент продолжал рассказывать (он очевидно не нуждался ни в каких побуждениях к разговору), он говорил практически в пустоту. На вторую условленную беседу он уже не пришел. Это повторялось и с другими пациентами-транссексуалами. Я спросил у Шорша о причинах его особого поведения с этими пациентами. Он сказал мне, что мало что может сделать с желанием «изменить пол», тут вообще ничего не поделаешь. Хотя в то время подобные операции проводились уже не только в Касабланке, куда обращались большинство пациентов, но и (с 1970) в Гамбурге, шансы на успех были незначительны, и в клинике было недостаточно специалистов, чтобы браться за такие сложные проблемы. В США уже существовали большие клиники Gender-Identity (половой идентификации), где исследования продвинулись дальше. Чтобы полнее ознакомиться с этими проблемами, я провел несколько недель в клинике Джона Хопкинса в Балтиморе, первой американской университетской клинике, где с 1965 года проводились изменения пола. Стажируясь у Джона Мани и Джона К. Майера, сотрудников Gender-Identity-Clinic, я имел возможность поговорить с рядом пациентов, которые приходили на диагностические беседы, терапию или повторные исследования. Когда я позже получил место ассистента у Шорша, положение в отделении сексуальных исследований явно изменилось. В привлечении много внимания публикации (1974) Шорш назвал изменение пола единственным эффективным методом лечения для транссексуалов.³ Бурциг (1978, 1982) как консультирующий психоаналитик встречался с пациентами транссексуалами на психоаналитических интервью. Шпенглер (1980) собрал данные о повторных исследованиях одного прооперированного пациента, а Зигуш, в это время переехавший во Франкфурт, составил вместе с Майенбургом и Райхе «программу по исследованию и лечению» (Зигуш и др. 1979), которая, несмотря на некоторые интересные аспекты, была плохо обоснована и потому не была осуществлена на практике в возглавляемом им отделении сексологии (Зигуш 1991). Критичес-

³ Публикация Шорша была одновременно частью упомянутого в отрывке 1.2.3 меморандума германского общества сексуальных исследований (1974).

кая книга Шпрингера (1981) не нашла в ФРГ особого отклика, так что руководством, на которое ориентировалось большинство, стала франкфуртская модель.

Эта программа начинается с перечисления двенадцати главных симптомов. Некоторые из них описаны удачно, но от других приходишь в недоумение. К последним относятся, например, пассажи, в которых пациенты описываются как «одержимые жаждой перемены пола», метафора, скорее наводящая на мысль о знахарях и изгнании бесов, чем о науке. Эта жажда, как говорится, дальше, «подавляющая, неудержимая (маниакальная), бесконечная». Пациенты отвергают психотерапию, они испытывают ненависть и отвращение к половым признакам собственного тела и часто демонстрируют «существенное искажение восприятия реальности». «Никто не ратует за половое своеобразие более страстно и бескомпромиссно, чем они». Острее всего были сформулированы 9-ый, 11-ый и 12-ый главные симптомы, которые воспроизводятся здесь в отрывках:

9. «Во время беседы с врачом транссексуалы кажутся холодно-отстраненными и бесчувственными, оцепенелыми, неприступными и бескомпромиссными, эгоцентричными, демонстративными, подавленно одержимыми, стесненными, примечательно единообразными, стереотипными, полностью типичными... Им не хватает способностей к интроспекции и переносу. Конфронтация или высказывание одобрения не встречают ответной реакции. Несмотря на часто потрясающее по силе описание развития болезни, пациент едва выдавливал из себя какие-либо чувства. При обильной жестикуляции и чрезмерной словоохотливости пациент кажется стереотипным, монотонным и пустым».

11. «Общение транссексуалов с людьми сильно нарушено, так как у них отсутствует способность сопереживания и умение налаживать связи. Из-за этого транссексуалы склонны сильно идеализировать или недооценивать других людей. Такого рода тотальная поляризация: «все-или-ничего», «целиком-или-совсем-нет», «сразу-или-никогда» определяют принципы жизни и поведения транссексуалов».

12. «Когда у транссексуалов складывается впечатление, что их не поддерживают в их желании изменить свой пол, а чинят препятствия, они часто реагируют напряженно-агрессивно, вплоть до нанесения тяжких оскорблений. Все транссексуалы демонстрируют тенденцию к психотическим реакциям во время стресса и критических ситуаций. У них нередки серьезные попытки самоубийства и самокалечения» (Зигуш и др. 1979, стр. 250 и далее).

Мне кажется, что за такими аподиктическими формулировками и решительными высказываниями стоит «умывание-рук-по-чьему-то-поводу» и «нежелание-дать-им-еще-шанс».⁴ Эти формулировки не соответствовали тому, что я видел у пациентов в Балтиморе и лишь частично соответствовали тому, что я почерпнул от гамбургских пациентов. Без сомнения, существовали отдельные пациенты, к которым применимы такие характеристики — я ниже расскажу об одном таком пациенте — однако, мне кажется слишком мало принимаются во внимание ситуативные моменты в лечении и вклад лечащего персонала в такое, мне по крайней мере частично представляющееся реактивным, поведение. Все это очень

⁴ Программа Зигуша (1991a,b) по исследованию и лечению была переработана тринадцатью годами позже. В тезисах за 1979 год (Зигуш и др.) пациенты с транссексуальной симптоматикой описывались как «исчадия ада» (all bad), теперь же в самом свежем издании они все без исключения «ангелы» (all good). Как «транзисторные умы» они должны стать авангардом в борьбе против «тирании родового бинаризма», подобно тому, как раньше в теории и практике социалистического коллектива извращенные пациенты в извращенном мире считались совершенно нормальными.

напоминало дискуссию по алекситимии (фон Рад 1983, ср. Арнс 1988), впрочем тогда группа пациентов с транссексуальной симптоматикой была так мала, что практически не упоминалась.

Меня неприятно поразило содержание доклада Бурцига в октябре 1978-го во время 13-го заседания германского общества сексуальных исследований, его выводы из психоаналитических интервью подтверждали цитировавшиеся выше пассажи о главных симптомах. Он также воспринимал пациентов (как «холодно-отстраненных и бесчувственных, оцепеневших, неприступных и бескомпромиссных, эгоцентричных, принужденных, подавленно одержимых и стесненных, примечательно единообразных, следующих одной норме, стереотипных, монотонных, пустых» (Бурциг 1982 стр. 852). Когда после этого Райхе, который принимал участие в разработке франкфуртской программы по исследованию и лечению, во время последующего заседания этого общества в октябре 1982-го описал прооперированных транссексуалов как «монстров», я посчитал это циничным.

Работы Райхе и Бурцига отражали то напряжение, из-за которого и разгорелась дискуссия. С самых первых операций по изменению пола начались постоянные споры между аналитиками, психiatрами и даже хирургами. В действительности эти дискуссии касались тенденции «все-или-ничего», которую бездоказательно объявили характерной для психической организации пациентов. Сторонники и противники преимущественно хирургического лечения до шибболета» (слово-пароль, неумение правильно произнести которое каралось смертью – Библия, Книга Судей XII, 6 – прим. перев.), больше однако, как мне кажется, в профессиональных дискуссиях, чем в отношении конкретных пациентов, которые клинически представляли собой весьма широкий спектр. Наряду с пациентами, которые настоятельно требовали хирургического вмешательства и явно были не способны говорить о чем-то другом, были также пациенты, которые охотно соглашались на психотерапевтическое лечение, а к хирургическим методам относились исключительно скептически.

«Франкфуртские» основные симптомы, подтверждение Бурцигом этого негативного каталога и «монстры» Райхе вынудили меня к эмфатической реакции и заставили утверждать, что транссексуальная симптоматика – креативное защитное образование (Пфэффлин 1983).⁵ Такое заявление казалось мне необходимым и без специального доказательства, так без него было на редкость сложно, побудить аналитически работающих коллег брать на лечение пациентов транссексуальной симптоматикой. Пример к этому: пациентка, у которой было много поводов обратиться к психотерапии, обращалась к пяти моим коллегам. Как только в ходе первого же интервью выявлялась ее транссексуальная симптоматика, с пациентки начинали брать клятвенные обещания до конца ее лечения не принимать гормональных средств и не осуществлять хирургических вмешательств. Но так как она сознавала, что это самое большое из доступных ей желаний, она не хотела и соответственно не могла дать таких обещаний. В лучшем случае ей советовали, ждать, когда появится соматическое лечение (еще совсем не разработанное) и тогда обратиться опять. Третий вариант состоял в том, чтобы она снова направилась на кафедру сексуальных исследований, с которой ее и направили, «так как там занимаются такими вопросами». Ей удалось устроиться на психотерапию, лишь когда во время своего первого интервью переставала упоминать о своей транссексу-

⁵ Само собой разумеется, другие авторы также косвенно затрагивали этот аспект, однако во встретившейся мне тогда литературе совершенно очевидно акцентировалась разработка патологического, а не креативного аспекта.

альной симптоматике. После нескольких сеансов терапии она набралась достаточно смелости, чтобы хоть теперь сформулировать эту центральную для нее проблему, и это вынудило терапевта сразу прервать лечение.

Я настолько идентифицировал себя с противоположной стороной – пациентами, что мне пришлось неоднократно перечитывать существенно переработанные для опубликования доклады Бурцига (1982) и Райхе (1984), чтобы понять, что эти авторы, несмотря на и сегодня еще кажущиеся мне уничижительными, формулировки, выразили распространенный контрперенос, в котором проявилась также и большая симпатия к пациентам. Райхе пишет, что он порой испытывал такое сочувствие к пациенту, что как бы разделял его стремления и это по могло ему достичь глубокого понимания. «Мы с сочувствием понимаем, как должно быть трудно не ощущать по-настоящему свою принадлежность ни к одному из обоих полов, так сказать – «генетически ютиться на кромке». Наше взаимопонимание дает нам основания положить конец мукам пациентов посредством придания им другой «(формы)» - пишет Бурциг (1982, стр. 854).⁶

4.2. Об аналитической сексологической дискуссии

Чтобы «сшить другую форму», необходим портной. Это напоминает ситуацию из Гауптмана, где говорится «о душе», которая поймана в не то тело», проблемы с «ложным я» и «личностью как-будто» (as if person) (Гринкер и др. 1968). Общеизвестно, что аналитики пугаются, когда пациенты хотят контрфобически побороть страх кастрации ножницами, иглой и ниткой. Фрейд кажется еще не рассматривал воплощения желания изменить пол, так как немногие проведенные к тому времени хирургические вмешательства такого рода были тогда едва известны. В описании Шребера возникновение фантазий на тему изменения пола было только фрагментом мозаики в широкомасштабной, разветвленной, структурно нерасчлененной, параноидальной структуре. В классических описаниях истории болезни Фенихеля (1930), Томэ (1957), Сокаридеса (1970) речь шла прежде всего о реконструкции патогенеза транссексуализма в то время еще описываемого как транвестизм. Последние два автора правда прежде времен не прерывали лечение описываемых пациентов, а о клиническом приеме пациента, леченного Фенихелем, автор не сообщает

⁶ Это стремление к ««принятию»» видно не только в том, что пациентов оберегают в их скорее эго-синтонично переживаемом желании операции без многочисленных бюрократических препон (письменных лицензий), но и также в том, что собственно психоаналитические возможности переоцениваются, и некоторые полагают, что можно исцелить всех транссексуалов психоанализом или психотерапией. Не примыкая ни к одному из этих полюсов Дезират (1985) занимает в своей работе с обобщающим названием «Женщина транссексуалка» совершенно иную позицию. В этой работе она описывает психотерапию молодой пациентки, во время которой удалось помочь ей отказаться от желания операции и согласиться с мыслью о себе как о лесбиянке. Однако автор подчеркивает, что есть пациенты, которые психотерапевтически недостижимы и для которых лечение может быть только гормональным или хирургическим. Подробно описанный процесс лечения закончившийся после 240 сеансов – к концу которого аналитику удалось добиться полного единодушия с пациенткой – подтверждает мою точку зрения. Еще не закончившая учебу пациентка из принципиальных соображений ни в коем случае не желала, чтобы продолжение терапии финансировалось ее родителями. Однако н сколько лет спустя после окончания лечения пациентка после ряда предварительных разговоров о прошлом с прежним терапевтом, позволила себя прооперировать (персон. сообщение К. Дезират - Фр. Пф.).

ничего конкретного.⁷ Все три автора не расценивают гормональное или хирургическое вмешательство как серьезную альтернативу преобладавшим в то время методам лечения. Несмотря на это статьи Сокаридеса и Томэ стоит читать как ответы на дискуссии про- и контра- 50-ых и 70-ых годов, о которых пойдет речь дальше.

Хотя такого рода предприятия противоречили самой сути аналитического мышления, следует учитывать, что начало 50-х годов было раздираемо еще и сегодня привлекающими внимание читателя дебатами, которые спровоцировал в *Psyche* Мичерлих и в которые внесли свой вклад отечественные и зарубежные аналитики и психиатры. Поводом послужило то, что экзистенциальный аналитик Босс после 50-сеансовой аналитической терапии отправил пациента, на хирургическое лечение. Яростный протест против этого прецедента с одной стороны, явное одобрение с другой и наконец беспомощность и растерянность объясняют стремление Мичерлиха обсуждать эту тему.⁸ Мичерлих открыл дискуссию вопросом, не должен ли был Босс вывести на всеобщее обозрение более глубокую интерпретацию. Его терапевтическая цель должна была бы состоять в том, чтобы человек осознал трагедию своего бытия, которую невозможно смягчить, и против которой врач не может ничего предпринять. Боссу нужно было вывести на передний план оппортунистические и прагматические взгляды, а также рассмотреть вопрос о том, можно ли что-нибудь исцелить, калеча. Позже подобным образом Босса критиковал и Томэ, за то что вышеназванный слишком ориентировался на нарциссическое внутреннее переживание пациента, а «без установления четких границ, невозможно разделить действительность и воображаемое». Выраженный нарциссизм (нарциссическое совершенство), однако, сам по себе не реальность, а «только психическое явление, которое при перверсиях обладает главенствующей функцией, служа защите от страха» (Томэ 1957, стр. 115 и дал.).

Дискуссия, проведенная в конце 70-х и начале 80-х гг., была новым переложением дискуссии 50-х годов, однако за это время ясно перераспределились акценты. Прогрессивным направлением теперь считалась уже не антропологическая психиатрия, в представлении Босса (1950/1951) и Швебеля (1960), но утвердившийся за эти

⁷ Пациент Сокаридеса прервал лечение после шести месяцев, а пациент Томэ, который сначала подвергался принудительному психиатрическому лечению, позже стал лечиться по своей воле – после 158 сеансов, Фенихель (1930, стр. 25) рассказывает о клиническом приеме только следующее: «Я ограничусь тем, чтобы рассказать об основательно проанализированном случае лишь самое важное, что может помочь разобраться в смысле трансвестизма». (см. выше Фр. Пф.). Позже Волкан сообщал, он «попытался проанализировать мужского транссексуала, который содержался в палате, как и пациент Сокаридеса, лишь шесть месяцев. Затем из чувства противоречия, побуждающего его снова испытать страх, он обратился к хирургу, который активно побуждал его прервать анализ и взялся за операцию, к которой стремился пациент (Волкан 1979, стр. 193, нем. Фр. Пф.).

⁸ Ср. с отрывком 1.2.2 и Мичерлих (1950/1951), Босса (1950/1951), Мичерлиха и др. (1950/1951 и аб.). Наряду с Боссом и Мичерлихом выступили Балли, Биндер, Бинсвангер, Блойлер, Врун, Дюрссен, Георги, Гойпперт, Голднер, Гундерт, Йорес, Юнг, Кранц, Кемпер, Мауц, Менг, Мор, Мюллер, Шульц-Генке, Зайц, Штаелайн, Штек, Ф. фон Вайцзекер и Цутт. Я здесь не анализирую эту дискуссию подробно, так как ее нередко описывали в других источниках, ср., например, Шпрингер (1981), Бурциг (1982), Пфэффлин (1983). Сходные с ней дискуссии были проведены в США несколькими годами позже – после привлеченной внимания операции Кристины Йоргсен, – когда фундаментальные дискуссии также велись долго, хоть не столь сосредоточенно, ср. обобщающий труд Ширингера (1981)

годы прагматический сексуально-медицинский подход,⁹ (ср. отрывок 1.2)

Широкопрофильные статьи Штоллера на эту тему не заслуживают особенно высокой оценки, однако в них пропагандируется теория, складывающаяся из психоаналитических, семейно-социально динамических, терапевтических и поведенческих научных элементов (Райхе 1984) и на которую можно было опираться в качестве аргумента, когда дело касалось, законности спорных вмешательств. Он тесно сотрудничал с коллективом Gender Identity Clinic при клинике Джона Хопкинса в Балтиморе и его подробные истории болезни, а также акцентирование очень важного для Америки, но все еще с трудом воспринимаемого в Германии различия между *sex* и *gender* (половой и полоролевой принадлежностью), оказали огромное влияние на многих исследователей. Его работы¹⁰ способствовали пробуждению социологического интереса и изменению отношения к транссексуальности в 90-х годах. Как показал с Шпрингер (1981), некоторые авторы еще продолжали ссылаться на Штоллера, в то время как большая часть его построений оказалась несостоятельной.

Обоснование Штоллером существенной разницы между мужской и женской транссексуальностью позволило теоретически разрешить ряд вопросов, хотя и не вполне согласовывалось с клиническими наблюдениями. В то время как он объяснял женскую транссексуальность как психодинамическую, т. е. ориентированную на конфликтную модель, для мужской транссексуальности он постулирует скорее теоретически концептуализированный бесконфликтный генезис. Для его теории центральное значение имела понимаемая как качественная, а не только как количественная разница *core gender inendity* и *gender idendity* (глубинной половой идентичностью и полоролевой идентичностью). Только в мужской транссексуальности он обнаружил противоположную *core gender identity*, которую можно было наблюдать на начальной стадии у мальчиков дошкольного возраста и которая оставалась стабильной на протяжении всей жизни.¹¹ За этим, как считал он, и впо-

⁹ То, что речь шла о прагматическом подходе, было ясно также сексопатологам и активно побуждало их обосновывать вмешательства (собственно как *ultima ratio*), в то время как они тогда же уверенно предписывали пациентам с перверсиями стереотактические внутренние вмешательства. В общем они удивительно мало внимания обращали на соматическое в этиологических и нозологических вопросах. То, что они при этом внесли в концептуализацию (например, «интерсексуальная конституция», «генетический дефект», «гормональный дисбаланс», было скорее неудачно и никогда не выдерживало позднейших проверок. В DSM-III (1980), DSM-III-R (1987) и ICD-10 (1991) удовлетворялись дескриптивной симптоматологией, как основанием для постановки диагноза; в ICD-10 диагноз и желание соматического лечения замыкаются друг в друге на манер окружности, и для диагноза (и вместе с этим практически также для назначения соматического лечения) уже считается, что «транссексуальная идентичность утверждается по крайней мере в продолжении двух лет» и что это «не симптом другого психического расстройства, как, например, шизофрении» (ICD-10, 1991, стр. 226, ср. отрывок 1.1.).

¹⁰ Важнейшие статьи Штоллера приведены в списке литературы. В сотрудничестве со Штоллером возникла и основополагающая работа Гарфинкеля (1967). К новым социологическим работам можно причислить много других: Книг (1986), Гарбера (1992), Гиршауэра (1993); к политическим статьям Раймонда (1993), как и Зигуша (1991 а, б, 1992).

¹¹ Современная психиатрия с этим не согласна, так бросается в глаза, что большинство пациентов объясняют, что они нехорошо себя чувствуют со своей половой принадлежностью и что они «хотят стать женщиной/мужчиной», а не против этого настроены. Фантазия и желание налагают более сильный отпечаток, чем это делает также без

ледствии также другие авторы, вырисовывалась biological force (сила природы).

Тезисы Штоллера о бесконфликтном развитии глубинной женской половой идентичности (core gender identity) и о предположительно лежащей в основе этого избыточной, блаженной физической и эмоциональной близости между матерью и младенцем, если она длится долгие годы и не прерывается появлением сиблингов (Штоллер 1969, стр. 169), были оспорены Малером (1979), утверждавшим, что теоретически невозможно, продлить этот «блаженный» симбиоз дальше, чем первые четыре-пять месяцев жизни, вне зависимости оттого, прилагает ли мать к этому какие-то усилия или нет, поскольку этому препятствуют врожденные факторы развития. Другие авторы, как, например, Персон и Овси (1973, 1974 ab), Волкан и его коллеги (Волкан 1979, Волкан и Бхатти 1973, Волкан и Берент 1976, Волкан и Масри 1989) так же, как Коатс (1990) могли конкретно показать большие выборки изученных историй болезни и систематических исследований, доказывающие, что у большинства транссексуальных пациентов, не наблюдалось атравматического симбиоза матери и ребенка в первые годы жизни. Наконец, порядочная часть пациентов, которые могли с лечением или без него снова отказаться от предположительно столь мощного желания операции, говорила против этой концепции.¹²

Лиментани (1979), как и отдельные психиатры до него, акцентировал гетерогенность течения транс сексуальности. Согласно его суждению патогенез не возникал спонтанно. Клинические наблюдения говорят куда больше за то, что при появлении транссексуальных симптомов речь идет об «общих целевых промежутках» различных типов психопатологического течения, как это впервые очень доходчиво, по моему мнению, было доведено до понимания Персоном и Овси (1974a).¹³

Статьи Штоллера действовали вдохновляюще прежде всего благодаря своей полемической заостренности, динамической ориентации, опоре на теорию репрезентации объекта. Основа идентичности личности закладывается как раз во время фазы первичного нарциссизма, здесь – первый трудный момент дифференцирования

всяких сомнений, если также и реже, собственное утверждение широко затрагивающего, стабильно противодействующего переживания. Клинически налагается прежде всего подшивание полоадекватного выражения идентичности. В начале симптоматики больше можно слышать о сомнениях в идентичности, чем об «однозначно определяемой половой идентичности», которую так сильно выставляет на первый план Айхер (1934) в своих примерах историй болезни. Шаблон «Сколько я себя помню, я ощущал/а себя женщиной/мужчиной», уже потому ничего не проясняет, что ни один из четырех или шестилетка не чувствует себя мужчиной или, соответственно, женщиной, а только мальчиком или девочкой. Вкратце, долгосрочные исследования детей дошкольного возраста, случайно выявивших противоречивое ролевое поведение, которые были предприняты Штоллером (1978) (Грин 1974) показали, что эти дети позже стали не транссексуалами, как ожидалось, а преимущественно гомосексуалистами (Грин 1987 ab).

¹² Ср., например, рассказы о терапии Дезират (1985), Гринсона (1968), Ианссена (1984), Киркпатрика и Фридманна (1976), Кюхенгоффа (1988), Лотштейна (1977, 1983), Лотштейна и Левиня (1981), Мак Каули и Эдхардта (1984), Майенбурга (1982), Моргана (1978), Швебея (1960), Шпрингера (1981). Что касается более шестисот пациентов с транссексуальной симптоматикой, с которыми я познакомился за последние пятнадцать лет и которых я наблюдал долгое время, лишь около двухсот из них выражали желание подвергнуться операции, и еще около сотни в то время не решились, в какой путь они отправятся после долгих колебаний (ср. отрывок 1.2.6).

¹³ Персон и Овси различают первичную и вторичную транссексуальность и считают обе группами личностных и borderline (пограничных) расстройств. Это различие напо-

половой идентичности в фазе сепарации и индивидуации (Фаст 1991). Не удивляет, что у пациентов с транссексуальной симптоматикой обнаруживаются отчетливое чувство тоски и страха разлуки (сепарации) и часто «примитивные» защитные механизмы. В этой связи вспоминается название книги, которое выбрал Штоллер для описания одного случая женской транссексуальности, чтобы прийти к выводу, какое значение он, как и, в общем, многие другие авторы, придавал расщеплению в возникновении и поддержании транссексуальной симптоматики: Splitting. A case of female masculinity (Расщепление. Случай женской маскулинизации) (Штоллер 1973). Ярость, стыд, зависть и ненависть, наряду с разнообразными формами страха (потери, расставания, слияния, кастрации) – это сильные аффекты, которые могут переплетаться в транссексуальной симптоматике, а также нередко служить признаками противоположно направленных реакций. Райхе (1984, стр. 56) говорит об «игре чередования рассеянного наполнения и опустошения», которую демонстрируют встречи с пациентами. Другие авторы описали проективную идентификацию, злобно регрессивные и ажитированные виды сопротивления и защиты. В происхождении расстройства идентификации особое значение имеют фазы сепарации и индивидуации, перерабатывание конфликта ненависти играет существенную роль при дальнейших преобразованиях, а также, само собой разумеется, и переживания в латентный, ранее- и поздне-пубертатный, периоды и во взрослом состоянии. «Открытие половой идентификации, - писала Джэкобсон (1973, стр. 82 и дал.), в своей основополагающей работе «Я и мир объектов», - выстраивается, по моему мнению, параллельно и в игре смен к их постоянно далеким представлениям, а не против них, как считает Райхе, к моменту времени, к тому, что открывается, «предстоит в еще прочной, укрепленной, неизменной форме» (Райхе 1984, стр. 52).

Порой в таком подробном психоаналитическом или психотерапевтическом исследовании развития появляются важные компоненты, необходимые для понимания генеза транссексуальной симптоматики¹⁴, вне зависимости от того, удалось ли в терапии – до такой степени расстроить защиту, чтобы она могла начать выстраиваться заново, так, чтобы вновь стала воздвигаться транссексуальная симптоматика, или не удалось. Хотя перечень такого рода данных, в общем и целом, относительно невелик, они имеют большое значение, так как подчер-

минает о более ранних феноменологических различиях, например, «чистом» транссвестизме Бюргер-Принца et al. отличающемся по основной симптоматике: транссвестической или гомосексуальной, что подмечено многими авторами. Коллега Штоллера Фиск (1973) привел суммарный диагноз Gender Dysphoria Syndrome, который показался Лотштейну слишком унифицирующим, поскольку он множественные формы (Gender Dysphoria Syndromes) представил как альтернативные. Другие авторы удовлетворяются более ранним перечислением транссексуальности к пerversиям. Райхе (1984) справедливо утверждает, что все эти классификации, помимо всего прочего, отражают постоянные противоречия транссексуалов, присущее им беспокойство и желание каким-то образом самоутвердиться, найти себе место.

¹⁴ Ср. литературу, приведенную в примеч. 11, как «Записки» Фенихеля (1930), Томэ (1957) и Сокаридес (1970). Томэ выработал уже двенадцать различных факторов, которые, у леченного им пациента, относились к возникновению и воплощению транссексуальной симптоматики; Гринсон описал важный для мальчиков процесс Disidentifying from mother (отделения себя от матери), а Янссен показал, как ««значительные Другие» на почве собственных внутренних конфликтов перехватывают неосознанно агрессивные я-аспекты транссексуальных пациентов и способствуют в интерперсональной интеракции выправлению или ригидности желания операции по генитальному корректированию и приводят только несколько примеров.

кивают, что реконструкция патогенеза транссексуальной симптоматики не труднее реконструкции истории формирования других невротических симптомов. Пренебрежение этим приводит к тому, что пациенты транссексуалы, самостоятельно ищущие место терапии, находят его с большим трудом, а психоаналитики, принимая их на лечение, не всегда добиваются успеха. Из этого вытекает, что ситуация не отличается коренным образом от ситуаций других пациентов, с ранними расстройствами. Наиболее интересен вопрос, есть ли специфика, бывают ли характерные формы сопротивления, защиты, переноса и контрпереноса, которые могут нас воодушевить брать на лечение пациентов транссексуалов? Бурциг (1982) описал такой специфический перенос у пациентов и распознал его как стремление к установлению определенной, номинально выбираемой самим человеком половой принадлежности, в которой одновременно речь идет о зависимости от внешних гарантий безопасности, как и о попытке выпутать себя из объектной зависимости. Объект (психоаналитик) должен отрицаться в своем инобытии, при этом пациент может его вмещать (контейнировать). Транссексуальное стремление — нарциссическая попытка стабилизации, причем при коммуникации ненависть в переносе переключается и направляется против собственной личности (и, соответственно, против собственных гениталий). Раз это случается, нужно спросить себя, как кабинет аналитика сделать пространством, которого достаточно, чтобы дать место ненависти в переносе, а также необходимому контрпереносу, не разрушая самих отношений.

4.3. Клинический пример

В качестве клинического примера я выбрал начальную фазу восьмилетнего, проведенного сидя лечения пациента, которому в начале лечения было двадцать пять лет, с достаточно обычными основными симптомами. Он рос единственным ребенком у родителей немецкого происхождения в Румынии. Эмоционально и материально скупые родители копили каждый грош, чтобы суметь выбраться на запад, в любимую страну. Мать казалась ему недолговечной, поскольку постоянно страдала сердечными припадами и говорила с трудом. В возрасте шести лет пациент решил, что он больше не нуждается в общении с ней, так как она «дура». Отец был охарактеризован как суровый, подавляющий, злобный, безрадостный, всегда правый и скорый на удары, если школьные достижения сына не соответствовали его ожиданиям, но в целом, по сравнению с матерью, он был более выносим. Пациент был в пубертатном возрасте и лучше знал румынский язык, чем немецкий, когда семья переехала в Германию. Здесь он, достигнув совершеннолетия, бросил учебу в институте, а спустя несколько месяцев, слег в постель, и начал носить женское платье. В течение шести месяцев это регрессивное состояние становилось все отчетливее, в итоге он в девятнадцать лет был переведен на стационарное психотерапевтическое лечение из-за («расстройства рассудка, неконтактности, фобий, несостоятельности в работе и учебе, депрессивного состояния и мыслей о смерти»). В стационаре он провел 14 месяцев с еженедельными тремя сессиями аналитической психотерапии и многими другими активизирующими видами психотерапии («арттерапия, музыкальная, телесная терапия, психодрама и массаж»). В истории его болезни содержится следующее, обращающее на себя внимание предположение: «Так как пациент в один из последних терапевтических сеансов выкрал записи лечащего врача, и на заранее подготовленном месте — во дворе клиники — обдал их бензином и сжег, больше, к сожалению, не возможно привести никаких детальных данных о предыстории и этапах лечения». После того, как его выпустили, он снова почти год провел в родительском доме в постели, затем отпра-

вился в Гамбург. Он получил социальную помощь и не работал регулярно.

В первый раз я увидел моего пациента, когда он еще не являлся таковым, в типичной мешанской лечебной ситуации. Пациент (он же пациентка) лежал с высоко задранной юбкой и спущенной комбинацией ничком на койке. Медассистент, который должен был ввести ему трагидон, до тех пор еще никогда не делал внутримышечных уколов и не отважился сообщить об этом своему непосредственному начальнику, привел меня, чтобы я показал ему, как это делается. Не особо всматриваясь в пациента, я предоставил желанную помощь и быстро забыл этот случай, поскольку в моей памяти не запечатлелось ни имени, ни лица пациента. Лишь четыре года спустя, когда пациент уже давно находился у меня на лечении, он напомнил мне эту сцену, которая для него и нашего сотрудничества имела основополагающее значение. В первый раз врач не чинил препятствий его желанию изменить пол, и он не должен был ничего обосновывать, а просто без комментариев получил гормональную инъекцию.

Вторая встреча с этим пациентом, примерно через полгода после сцены с уколом также была случайной. Один психолог попросил меня провести консультацию с пациентом, которого он уже несколько месяцев осматривал раз в неделю, но с которым, правда, не выходило ничего путного. Он характеризовал пациента как дерзкого, отстраненного, надменного, требовательного, а взаимодействие с ним как напряженное и агрессивное с обеих сторон. Уже при первом интервью он отметил яростный, отвергающий, такой ненавидящий контрперенос, которого он, работая в сходной манере с другими пациентами, еще никогда не испытывал. От сеанса к сеансу этот контрперенос все рос, так что он теперь был больше не готов продолжать лечение, но хотел передать пациента мне. Несколько попыток перевести пациента частично на стационарное лечение, провалилось из-за того, что он провоцировал реакцию отторжения у моих коллег своей открытой враждебностью. Он уже вынудил домашнего врача поставить себе диагноз «явная сопротивляемость терапии», при продолжительной депрессии, что дало ему возможность успешно заполнить требование на получение инвалидности.

Я знал этого психолога как терпеливого слушателя, у которого обычно не было никаких трудностей при контактах с пациентами. Мы попытались понять в нескольких беседах непривычную реакцию контрпереноса, что, однако, не удалось. Мой коллега в конце концов отказался продолжать работу с этим пациентом. Я посчитал враждебность этой реакции контрпереноса столь загадочной, что захотел узнать, что за этим скрывалось, и заявил, что пациент может обратиться ко мне.

Как мы тогда договаривались о встречах, я уже не помню. Каждый раз пациент приходил минут на сорок позже и даже не думал покидать комнату, уходить сразу после окончания сеанса. Он гнусаво жаловался, что после короткой беседы все еще чувствует себя столь же одиноким и покинутым, как раньше, требовал гормональных рецептов и разрешения на операцию по изменению пола. Протяжным голосом в нос он повторял в очередной раз: «У меня тут еще вопрос...», а я все больше злился и вскоре обнаружил, что я в том же напряженном контрпереносе, как мне представил его мой коллега. Я осознал, что не хочу еженедельно доканивать себя этим пациентом, и уцепился за формальное правило, что нельзя выписывать ему гормональные рецепты и разрешать операцию, если я не проведу регулярных наблюдений по крайней мере в течение года. Если он хочет, может приходить ко мне раз в четыре недели.

Благодаря великолепным внешним данным, пациент, несмотря на свой практически двухметровый рост, производил впечатление очень женственного. Мягкие, пра-

вильные черты лица, большие глаза, полные губы и нежные руки делали его, или собственно ее ¹⁵, красивой той красотой, которую немного портили лишь размеры обуви и резкая мимика. Прическа, минимальный и весьма пристойный make-up, блузка, юбка и пальто были подобраны со вкусом, элегантно и при этом не привлекали внимания, что резко контрастировало с своеобразной манерой поведения, которую я испытал на себе столь живо, что выпускал вздох облегчения, когда мне наконец удавалось с ним расстаться.

Двенадцать встреч, которые были у нас в следующем году, оказались безрадостными во всех отношениях и в принципе прошли по тому же стереотипу. Он держал меня в полном неведении об обстоятельствах своей жизни и своей семейной предыстории, т. е. единственное, что ему казалось действительно важным, было – «операция». Новым было то, что пациент начал требовать от меня «почетной смерти» вместо разрешения на операцию, которое я ему никак не хотел давать. В то время главным объектом моих исследований была история психиатрии в нацистский период, чего пациент не мог знать. Мне было физически неприятно слушать его lamentации о своей невыразимой плачевной депрессии. Обычно я резко высказываюсь против такого агрессивного поведения, и сразу его пресекаю. Это я делал также и в данном случае, но без какого-либо заметного эффекта.

Другая тема, которая очень его занимала, была его красота. Он уже два года получал инъекции прогестерона и таким образом добился гинэкомастии, но его грудь была слишком мала для него. Он уже уменьшил себе кадык хирургическим путем, но страдал из-за почти незаметных шрамов, считая, что на них останавливаются все взгляды. Маленькая родинка, не больше булавочной головки, на левой щеке была для него воплощением мирового зла, он дал удалить ее косметическому хирургу. Он удалил себе все волоски бороды по отдельности пинцетом – поэтому кожа лица была гладкой – он непомерно раскаивался, если все же вырастал еще один волосок, или если на папилютке оставался «локон». Он плакал из-за запаха изо рта и бесконечно обрабатывал свои зубы зубной щеткой и ополаскивателем для рта. При этом у него были самые безупречные зубы, какие только можно себе представить. Появляющийся в его манере поведения нарциссический перфекционизм мне было также трудно выносить, как и его высокомерные замашки. Но, размышляя я, что тот, кто так ухаживает за зубами, в старости не будет нуждаться ни в какой искусственной челюсти и не будет не только думать о смерти, ни и иметь большую волю к жизни. Я полагал, что об этом ему стоит сказать, но тут же раскаялся, когда это сделал, так как он проигнорировал мои высказывания и затосковал снова по «почетной смерти» или «операции».

Работа шла по замкнутому кругу, пока через год я не сказал ему, что думаю, что мы не сможем договориться, пока я не даю ему разрешение и соответственно направление на операцию. Также, поскольку я едва мог себе представить, что он себя к своему несчастью сильно изменит во время операции по изменению пола – проделанные до этого операции на гортани и родимом пятне не поколебали его решения – я решил дать ему направление. Но я не отдал его хирургу, а принес с собой на ближайший сеанс, чтобы он мог войти в курс дела и отправиться на операцию самостоятельно.

¹⁵ В последующем тесте мне придется использовать местоимение мужского рода, ориентируясь на положение личности пациента. Во время долгих периодов лечения я обращался к пациенту, в соответствии с его желанием, как и его явным строением, как к женщине. Во вступлении я колебался между представлением в женской и мужской форме, поскольку, когда я читал лекции, эта путаница столь раздражала некоторых слушателей, что они едва могли следовать за развитием событий.

Следующий сеанс был коротким. Не без триумфа заполучил он разрешение на операцию в свое распоряжение и распрощался, как я предполагал, навсегда. Чувствовал я себя при этом неуютно, ведь я почти ничего не знал о развитии пациента, и разрешение на операцию было не вполне обоснованным. Для хирурга этого разрешения формально было достаточно, но что если оно попадет в руки моим коллегам по специальности? Как я смогу оправдаться за то, что я сделал? Больше из страха, как мне теперь кажется задним числом, чем из интереса к пациенту, я попросил его все-таки снова встретиться со мной после операции, так как для меня важно – в интересах будущих пациентов – узнать, как все прошло.

Ровно через четыре недели он позвонил по телефону и попросил встречи, которую я назначил ему в тот же день, так как меня на это раз тронула настойчивость его желания. Он пропустил дату операции, оговоренную с хирургом, так как хотел сначала обсудить со мной некоторые технические детали операции, поскольку хирург недостаточно информировал его об этом. Мои технические описания его не удовлетворили, так как приближалась следующая дата операции, на этот раз мы договорились встретиться вскоре еще раз, и я запасся анатомическими атласами, чтобы иметь возможность ответить на его вопросы о расположении органов и местах, где будут проходить швы, более наглядно, имея изображение под рукой. Он составил себе об этом собственное представление, которое мы обсудили. Я был несколько взволнован нашим разговором, – нам было нужно большее количество встреч, чтобы обсудить его многочисленные вопросы, а я между тем одолжил ему атласы – сосредоточенность на существенных вопросах нейтрализовала агрессивные эффекты, моя готовность информировать так полно, как только возможно, его расслабляла. Но долго так продолжаться не могло, вскоре появились обвинения, жалобы, требования, в особенности, когда я настаивал на прояснении нашего взаимодействия, и вновь накалялась ненависть.

Что меня взволновало, а также обрадовало, так это то, что он впервые начал сомневаться, будет ли он при своем росте уметь успех как женщина. Он также выразил опасения, что хирург недостаточно хорошо выполнит свою работу, так что искусственность матки и влагалища будут заметны ему и возможному партнеру. Я впервые узнал, что его уже два раза оперировали – он не захотел сказать, на каком органе ¹⁶ – и он очень боялся наркоза, так как хирург может делать с ним, что хочет, возможно даже экспериментировать. Нельзя ли провести операцию под местным наркозом? Его опасение, что им будут манипулировать или даже отравят, доходило до крайности. Но то, что он хотел быть женщиной и никогда не полюбит, как мужчина, было для него куда более непереносимым.

Теперь мы договаривались о ежедневных встречах,

¹⁶ Как я узнал только позже, у него была гипоспадия средней тяжести на выходе из уретры под железами, которую его мать обнаружила только, когда ему было два года, и лечение не проводилось. По завершению его содержания в психотерапевтической клинике, в характеристике не было об этом ни слова (так же мало, как и в общем в подробном отчете о телесном исследовании, который я перед направлением на операцию по изменению пола позволил себе послать на формальное подтверждение эндокринолога, который прописал пациенту гормональные уколы), поэтому он прооперировался в университетской клинике с несколько противоречивыми результатами. Соответствующий отчет я вытребовал много позже с согласия пациента и с ним подробно обсудил. К моменту, описанному здесь, он еще скрывал это от меня, так как ему было доступно лишь одно значение слова «операция», (которое он монотонно повторял): генитальная коррективная в «феминизирующем», так же как и «маскулизирующем» направлении.

и он снова и снова откладывал дату своей операции. Он хотел прежде осуществить лишь частичную операцию, подвергнуть себя кастрации, так как для этого был нужен лишь местный наркоз. Хирург-косметолог, который занимался его лицом, был готов это сделать, но попросил у меня направление и выписку из медкарты. На этот раз я не стал этого предоставлять и сослался на постановления закона о кастрации, согласно которому такие попытки подлежат преследованию. Уполномоченная комиссия врачебных палат страны отвергла просьбу пациента. Он продолжал общаться с хирургом-косметологом, который досаждал мне звонками, представляя интересы пациента, и продолжал требовать направление и выписку, хотя я ясно и понятно объяснил и ему, и пациенту, почему я не хочу этого делать. Мы с хирургом противостояли друг другу, и здесь произошло то, что бывало уже и раньше и что повторялось впоследствии еще чаще – пациент порождал агрессивные аффекты во мне и в других людях, которые в то время нам не удалось преодолеть.¹⁷

Хирург решился все-таки предпринять кастрацию. В разговорах со мной пациент рассказывал мне о своих промедлениях и отступлениях. Иногда он и совсем не покидал свою квартиру, порой он поворачивал назад с половины пути.

Затем мне опять позвонил хирург, которого раздражало, что пациент хочет обязательно привлечь к операции врача, с которым он был дружен раньше, и, в особенности, что он все еще отказывается от передачи ему своего яичка после операции, передо мной он обосновывал это своим страхом, что остатки яичка иной раз используются в медицинских исследованиях или промышленной переработке. От хотел их зарыть, но не где-нибудь, а в цветочном горшке в своей квартире. Я обнаружил, что это представление столь укоренено и столь безапелляционно, что оно показалось мне содержащим еще и тот смысл, что он хочет свои мужские семена посадить и вырастить, однако он отменил соответствующее замечание.

Несколькими днями позже пациента забрали на улице как невменяемого и отвезли в психиатрическую клинику. Он был на пути к хирургу, чтобы наконец проопе-

рироваться, и перед этим принял изрядное количество психотропных лекарств (лексотанил и труксал), чтобы успокоиться. После отравления я виделся с ним во время его девятидневного пребывания в стационаре по пять раз в неделю, проводя сидячие сеансы. Он был в тяжелой депрессии, с постоянными суицидальными помыслами. С перерывами только на его немногочисленные краткие пребывания дома и одно многомесячное пребывание в психотерапевтической клинике, я продолжаю с ним работу – которая после тяжелой вначале регрессивной замкнутости постепенно стала нашей общей работой – в целом уже более восьми лет.¹⁸

4.4. Заключительные замечания

В завершающие замечания я хотел бы включить уже однажды рассмотренные варианты, прочтения трех слов названия главы, и на этот раз начать с чтения слова транссексуальный в значении определения, т. е. с вопроса о характерной для транссексуальности защите.

Значение понятия «защита» в процессе создания аналитической теории неоднократно менялось. Это понятие у Фрейда прежде всего было привязано к объяснению невротических симптомов, т. е. к описанию патологических процессов. Оно развивалось в рамках структурной теории и продолжалось в работах Фрейда, где систематически разрабатывается регулирующая функция защиты, которая служит сохранению интеграции «Я». Защита, таким образом, может, с одной стороны, препятствовать узнаванию «крепи более ранних травм». С другой стороны, эти рано полученные травмы реинсценируются в измененной форме, в удачном случае в явном виде, и это позднее встречающиеся личности способны преодолеть, причем ранние травмы нужно искать прежде всего в переносе на негативные аффекты (Мозер 1965).

Как отметили в обзорной работе Штоффенс и Кэхеле (1988), существуют тесные связи между защитой и приспособлением. Она описана в «Концепции адаптации» Хартманна, в которой он спроецировал на внешнюю реальность адаптивную сторону той медали, обратная сторона которой – защита – служит преодолению, приспособлению к реальности инстинктивных конфликтов. Не углубляясь в априори хартманновской концепции адаптации (ср. здесь Штеффена и Кэхеле 1988), я хотел бы подчеркнуть важность выработанной им точки зрения, что первоначально механизмы защиты, относящиеся к инстинктам, могли служить внешней адаптации к реальности, как он это продемонстрировал на примере идентификации с агрессором. Представляется полезным и его различие между ауто- и аллопластической адаптацией. Однако, он вводит это различие, касаясь внешней адаптации к реальности, а не преодоления инстинктов. Однако пример идентификации с агрессором показывает, что (затрагиваются обе области).

В вопросе о транссексуальном развитии и хирургических операциях уже нельзя рассматривать отдельно автопластичность и аллопластичность. В отличие от других пациентов, например с педерастиями, транссексуальный пациент для реализации своего эго-синтонно переживаемого желания кастрации стремится к тому, чтобы сочеталось с другим.¹⁹ Он эксплицитно хочет изменить себя самого (соответственно и свое

¹⁷ Чтобы представить себе эти отторгнутые аффекты, проявляющиеся только в соответствующих символических связях, приведу здесь два примера из гораздо более поздних терапевтических отрывков. Пациент в течение нескольких недель параллельно посещал мои сеансы регулярно с сеансами практикующего терапевта, который лечил его, когда он четыре месяца находился в стационаре. Мне же он сначала не рассказывал об этом, а затем лишь бегло упомянул, что ему захотелось дать врачу отчет о здешних делах. Затем мне внезапно позвонил мой коллега и попросил внешне вежливо, но по сути очень агрессивно и не скрывая своего триумфа, «счет до этого момента», так как пациент теперь, как мне это прекрасно известно, хочет продолжать лечение у него. Мы друг с другом отвратительно поссорились, а на ближайшем сеансе я сообщил пациенту о своей ярости из-за этого происшествия. После этого он выразительно сообщил, что это он огорчен и разгневан мной, поскольку я его не окружал заботой с утра до вечера и не выстраивал его день, как это делали в клинике. Второй пример касается фотографа, который снимал пациента как модель, но выплатил лишь часть обговоренного гонорара. Пациент месяцами преследовал этого фотографа, требовал обратно деньги, угрожал ему, наконец взялся за него на деле, что вылилось ему в денежный штраф за нанесение телесных повреждений. После того, как дело зашло так далеко, он смог абстрагироваться от конкретной ситуации и понять, что он был «опуган магическими силами» и что так подавлен он был потому, что появились плохие ощущения, когда кто-то «держал его изображение в руках». В этом контексте стало понятно и сожжение отчетов во время более раннего пребывания в клинике.

¹⁸ Но здесь не место для рассказа о результатах дальнейшего лечения, данная работа касается скорее препятствий, которые могут возникать на начальных этапах лечения.

¹⁹ Воздействие на другого, само собой разумеется, играет значительную роль при наличии многих невротических симптомов, например при педерастиях, однако при этом речь идет о символических инсценировках, а не о необратимых вмешательствах в собственное тело. Отдельная сравнительная группа, в которой происходит нечто подобное и в которой вероятно таким образом воспол-

тело), однако не может этого сделать и должен покорить другого для того, чтобы он его изменил. Многократно описанное у отдельных пациентов-транссексуалов, так трудно выносимое подавляюще-нуждающееся поведение основано на этом, если можно так выразиться, алло- автопластическом скрещивании.

Важнейшие указания на транссексуальную симптоматику заметны уже в фазе сепарации-индивидуации, поэтому сопротивление Оно массивно, а негативные терапевтические реакции (Грутнер 1979) часты. За ним стоят страхи (и желания), слияния и сепарации, опасность переполнения негативными аффектами, и легко понять, почему длительное лечение удается так редко.

Когда пациент ненависть направляет против собственной личности (Бурциг 1982), так как терапевт не может выдержать ненависти переноса (Виникот 1949, Габбард 1991), пациент с относительно высокой степенью вероятности пойдет на операцию. Часто ненависть в переносе практически нельзя выдержать, так что терапевт с пациентом находят лишь выход, который соответствует хартмановской адаптационной концепции на основе теории аффектов. «Субъективно реализуемое» желание, воплощенное пациентом тогда рассматривается и как «объективно реализуемое». При этом не учитывается, что восприятие внешней реальности происходит через неосознаваемую внутреннюю реальность. Аналитики, которые предвидят слишком большой аффект в контрпереносе, или утверждают, что они не могут преодолеть субъективное отношение к пациентам, которые для них соответствуют реальности, по понятным причинам не могут не отказаться от такого лечения.

Ядро транссексуальной защиты, как мне кажется, лежит в описанном Эриксоном в другой книге сопротивлении идентичности и в страхе. «Аналитик (может) отрицать слабость идентичности пациента и поставить свою на его место... В случае острого расстройства идентичности становится ключевой проблемой терапевтических отношений... Пациент саботирует коммуникацию и настаивает на том, чтобы терапевт принимал его негативную подлинность как настоящую и необходимую, каковой она в самом деле и является или, по крайней мере, была, не делая вывода, что эта негативная идентичность у него только, снаружи» (Эриксон 1970, стр. 222 след.).

Томэ и Кэхеле (1985) сопоставляют сопротивлению идентичности (1960) принцип безопасности Сандлера – центральную функцию саморегулирования. Как и другие пациенты с сопротивлением идентичности, как, например, многие пациенты с анорексией, часть пациентов-транссексуалов, схожих по симптоматике с описанным здесь случаем, воспринимают свой симптом эго-синтонно, и многие из них не считают себя больными, а хотят лишь воспользоваться «услугами» хирургического вмешательства. При этих условиях становится понятно, почему многие из них не могут быть первично мотивированы психотерапией.

По моему впечатлению при ярко выраженном транссексуализме речь в первую очередь идет об идентичности и только затем о половой идентичности. Поэтому я считаю характеристику Бурцига (1982), что у этих пациентов речь идет о признании избранной ими половой идентичности, слишком узкой. Разумеется, пол – одна из центральных составляющих идентичности. Поэтому когнитивная и аффективная реакция у нас столь велика, когда напротив нас сидит пациент, который ставит под вопрос свою, а этим и нашу собственную поло-

няется дефицит символизации, это пациенты, обладающие так называемым Мюнхгаузен-синдромом, однако собственной клинической информации такого рода у меня нет. Далее стоит подумать о более многочисленной группе пациентов, которые делают себе все возможные операции у косметических хирургов, вообще не обсудив это с психотерапевтом.

вую идентичность. Но мне кажется, что у пациентов транссексуалов в еще более глубоком смысле идет речь о том, чтобы их признали другими, пол для этого лишь одно из возможных уточнений.²⁰ Приведу в связи с этим мысль Райхе (1984, стр. 50), который написал, ссылаясь на работу Бурцига (1982): «Пациенты транссексуалы заставляют звучать в нас струну, которую Фрейд назвал бисексуальной конституцией человека, – состояние до прикрепления себя к определенному полу». Чувствовать себя в этом состоянии чрезвычайно тяжело.^{21, 22}

Однако еще труднее оказаться в этом состоянии надолго. Кто имеет на это силы, ищет выхода, а нужда делает находчивым. Транссексуальное желание – креативный выход. Немногие, как Вирджиния Вульф, имеют дар и находят образ – Орlando, меняющийся от одного пола к другому. Другим недостает креативной способности символизации, и они должны искать выход в конкретном. Все такие методы лечения, по мнению Мичерлиха, лечения-нелечения, – это тоже креативные попытки вырваться из тюрьмы половой идентичности. Боль при этом становится телесной, душевная боль по сравнению с этим, кажется не столь сильной (ср. гл. 5). Наконец, другие, как описанный пациент, остаются с душевной болью, и психотерапевт не может знать в начале лечения, над каким выходом для его пациента лучше работать.

²⁰ Майкл Джексон – прекрасный пример того, что бывают также поиски идентичности между черным и белым

²¹ Как это приближенное для транссексуалов тяжело и едва выносимо, когда они замечают, что представлению о их желании нельзя следовать. В отрывке, посвященном Бурцигу, Райхе (1948, стр. 60) пишет на эту тему: ««что транссексуалы могут иметь в точности столько чувств по отношению к себе самим и другим, сколько только возможно, чтобы не подвергать опасности собственную «рудиментарную половую идентичность»».

²² Доказывать здесь на представленных в главе 2-й результатах исследования (психологических тестах), которые совершенно другими методическими средствами явно утверждают, что пациенты транссексуалы не имеют никакой противоположно половой core gender identity, но задерживаются в развитии адекватной анатомии половой идентичности. Это соответствует определению транссексуальности и больше нет смысла тревожиться из-за того, что не леченные пациенты-транссексуалисты идентифицировали себя значительно сильнее, чем сравнительные группы со стереотипными половыми ролями, которые не соответствовали своему анатомическому полу, и что эта контрсексуальная идентификация продолжала оставаться и после завершеного лечения. Значительным во взгляде на вопрос о транссексуальной защите был однако следующий результат – пациентам с завершенным лечением характеристика, которая типически ассоциировалась с их выходным полом, значительно лучше, чем это было возможно для не леченных пациентов, касалась их. Поясненное примером это звучит так: когда мужчина- транссексуалист реализовал свое желание жить как женщина, тогда он содержит и принимает в себе больше мужских черт, чем для него раньше было возможно. И, наоборот, если женщина транссексуалистка реализовала свое нежелание жить как мужчина, тогда она может лучше интегрировать женские черты. По психоаналитическим взглядам надо волновать, что «субъективно-реализуемое поведение», т. е. конкретное расположение к транссексуальной фантазии, придает весу стабилизации регрессивно разъятого восприятия реальности (Штеффенс и Кэхеле 1988) и благодаря этому до этого рудиментарно сохранившаяся адекватной анатомии половая идентичность может лучше держаться. Можно спросить, было ли калечение, которое пациенты брали на себя, той помощью, которую пациенты считали должно принести почве сопротивления над «я», чтобы иметь возможность развить себя адекватно телесному полу. С другой стороны можно также выдвинуть тезис, что транссексуальная симптоматика обновляется в этой области, продолженная в уме, что ставший женщиной мужчина еще больше может сказать: «я и теперь еще другая (чем женщина)». Соответственно ставшая мужчиной женщина: «я тем не менее другой (чем мужчина)», и что тогда оба идентифицируют себя с отсутствующими.

НОВАЯ НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ЕДИНИЦА И МЫШЛЕНИЕ ПО АНАЛОГИИ

7 декабря 1995 профессор Центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского Ф. В. Кондратьев объявил о «введении в обиход» нового диагноза, новой нозологической единицы – «сектомании». Если быть точным, то первенство все же принадлежит профессору Московского института психиатрии Ю. И. Полищуку, который на год раньше ввел в оборот термин «духовная наркомания», но использовал его, по крайней мере первоначально, в переносном смысле, метафорически, хотя постепенно переносный смысл все более становился прямым. И все же диагноз «сектомании» принадлежит проф. Ф. В. Кондратьеву. Авторству проф. Ю. И. Полищука помешала его нерешительная, двойственная позиция: он обнаружил сразу два ряда аналогий для вовлеченных в секты – с наркоманией и с бредом, и начал говорить по отношению к ним о «духовной наркомании» и «псевдорелигиозном бреде», тяготея больше к последнему диагнозу, хотя нам трудно понять, как его дифференцировать с религиозным бредом. Во всяком случае, видимо объективные трудности ква-

лификации эмпирических данных, отсутствие четкого предпочтения одного из этих двух несовместимых нозологических кругов лишили проф. Ю. И. Полищука авторства. Несовместимость бреда и наркомании видна, в частности, по совершенно различной терапевтической тактике, необходимой при них, а ведь основная идея, с которой носился проф. Полищук, – это создание для вовлеченных в секты лечебно-реабилитационных центров по перепрограммированию их сознания или перепромыыванию их мозгов. И все же мы считаем вполне заслуженным, чтобы в новое издание эпонимического словаря В. М. Блейхера вошла новая статья: болезнь Ф. Кондратьева – Ю. Полищука или сектомания.

Мы надеемся, что нас не осудят за критику этого несомненно яркого открытия, которому мы отдаем должное и поэтому помещаем фактически полный текст выступления проф. Ф. В. Кондратьева на международном семинаре по тоталитарным сектам, опубликованный газетой «Тверская, 13» (21 – 27 декабря 1995, № 51) с восстановлением по фонограмме опущенных мест.

НАРКОМАНИЯ И СЕКТОМАНИЯ – ЯВЛЕНИЯ ОДНОТИПНЫЕ

Ф. В. КОНДРАТЬЕВ

«...Остановлюсь на главном. — Как преодолеть отсутствие финансирования этой важнейшей темы? Мой доклад, надеюсь, будет последней каплей.

Множество молодых людей изъяты из трудовых процессов, вовлечены в организации, враждебные национальным, государственным и общественным интересам. Это социальные сироты. Риск психических заболеваний у них значительно выше. Для России эти дети потеряны. Это проблема государственной и национальной безопасности. Это тоже, что проблема наркоманий. Наносится явный вред физическому и психическому здоровью. **Заключение комиссии проф. Полищука не только остается в силе, но все время подкрепляется.**

Я беру на себя смелость ввести в обиход новое словосочетание — «сектомания». Анализируя этот вопрос, я все больше нахожу общего между наркоманией и «сектоманией».

Дословно мания означает крайнее, болезненное пристрастие к чему-либо, сосредоточение всех представлений и чувств на чем-нибудь одном. Как наркотики бывают разные, так и секты бывают разные, но в основе манийности и в том и в другом случае лежит синдром зависимости.

Что это такое?

Синдром зависимости возникает в результате ранее не испытанного (психотропного или психологи-

ческого — не важно) воздействия на человека, от которого он вначале получает определенное облегчение, а затем незаметно для себя привыкает и оказывается во власти постоянной потребности в этом воздействии. Когда человек уже не может чувствовать себя комфортно, свободно, самостоятельно без этого воздействия, то это уже синдром зависимости, то есть психическое расстройство. В наших случаях оно возникает при отсутствии наркотика или очередного психоподавляющего воздействия секты.

Чтобы стать наркоманом или сектоманом, нужны соответствующие факторы риска. Эти факторы риска и у наркоманов, и у сектоманов настолько схожие, что практически все, что относится к одним, относится и к другим.

Во-первых, следует сказать об общей психической инфантилизации личности, которая способствует повышенной внушаемости и податливости чуждому психологическому давлению.

У русского народа фоновая нервно-психическая слабость внутренней интеграции, слабость Я, податливость чуждым влияниям, духовная инфантилизация. В результате материалистического воспитания образовалось ощущение пустоты жизни, то что Франкл назвал экзистенциальным вакуумом. А если у человека нет смысла жизни, осуществление которого сделало бы его счастливым, то духовный ваку-

ум легко могут заполнить различные эрзацы, делающие его счастливым.

Ассортимент таких средств широк: начиная от психотропных средств (алкоголь, наркотики) через порносексуальность до имитаторов духовных истин, дающих ощущение причастности к таинственному, исключительному. Все это дает чувство освобождения от прежних проблем, чувство правильно найденного пути. И наркомания и сектомания предлагают простой и быстрый путь к успеху. Одна — «покури», «сядь на иглу», другая — «иди к нам, тебе напрямую, без тернистого пути откроются божественные истины, смысл бытия, ты выйдешь из серой массы, тебя ждет духовная элитарность». И та и другая мания подстерегают человека, как правило, в кризисной ситуации.

Также схожи между собой наркомафия и сектомафия, которые первоначально завлекают в свое лоно бескорыстно и под благовидным предлогом дать искомое облегчение, разрешение всех личностных проблем. И та и другая добиваются развития синдрома зависимости. И та и другая в последующем меркантильно ее эксплуатируют. И та и другая скрывают правду отдаленных последствий: как дебютанты-наркоманы не ожидают преждевременной смерти в муках абстинентной ломки, так и вряд ли кто из неофитов знал, вступая в секту, что он станет, например, роботом на заводах Муна или будет распылять ядовитые газы в токийском метро, или же станет «зависимой личностью», бросит свою семью, распродаст имущество отнюдь не для духовных целей «духовных авторитетов». Как та, так и другая имеют достаточно средств для ангажирования необходимых специалистов с целью найти обоснования «безобидности» и «законности» своей деятельнос-

ти. И та и другая, имея внутреннюю конкуренцию, тут же объединяются для корпоративной защиты, считая, например, что закрытие одной секты может повлечь закрытие другой. И наконец, и та и другая несут социальное зло, вред духовному и физическому здоровью настоящего и будущего поколений, и та и другая с катастрофическим успехом развивают свою деятельность в России, пользуясь ее переходным состоянием. Однако наркомания встречает сопротивление государства, а сектомания, увы, нет.

Вместе с тем подход должен быть идентичным. По крайней мере, если исходно человек не знал, не предполагал что он станет «зависимой личностью» (от наркотика или от секты), а соблазнитель это знал и этого добивался, то, видимо, можно говорить о заведомом причинении вреда здоровью в виде формирования «зависимого расстройства личности», что может быть основой соответствующего правового реагирования.

Доморощенные ангажированные правозащитники умышленно отвлекают от подлинных целей, они исходят из абстрактных правозащитных идей, а не реальных судеб».

Далее, проф. Ф. В. Кондратьев, извинившись за необходимость цитировать нецензурный текст, прочел большую выдержку из текста Богородичного центра, не содержащую, впрочем, ничего заговорающего, и снова посетовал на отсутствие финансирования и важность центров по перепрограммированию сознания. «Мнение о необходимости создания такой службы мы передали в правительство по запросу С. Шахрая... Необходим мораторий на регистрацию новых религиозных организаций до 2000-го года и специальная экспертиза».

* * *

Начнем с очевидной сознательной терминологической передержки: если уж говорить об аналогиях, то за образец корректнее брать токсикоманию, а не наркоманию, по понятным для всех основаниям. Научная корректность для профессионала все же много выше внешней эффектности и манипулятивности.

Вторая не менее фундаментальная передержка связана с поразительной легкостью решения собственно основной проблемы. Вместо тщательного анализа и подробного обоснования однотипности наркоманической и психологической зависимости, в скобках заявляется: «психотропной или психологической — не важно». Итак, действие наркотика полагается идентичным «очередному психодовлеющему воздействию секты», на основании того, что без них «человек уже не может чувствовать себя комфортно, свободно, самостоятельно». Но тогда, с тем же основанием к действию наркотика может быть приравнено увлеченное участие в любой религиозной, общественной, политической, профессиональной, спортивной организации. Тогда любой неофит, любой юный энтузиаст, неформально отдавшийся делу своей организации, своей малой группы, вовлеченный в общее дело, тесно связанный с коллективом, испытывающий естественную в таких случаях зависимость от него, может быть приравнен к наркоману. Однако понятно даже статистически, что мо-

лодые люди, которые не находят духовного (а подчас и душевного) удовлетворения в своей семье, чаще оказываются среди увлеченных членов различных групп. И причина здесь не в магическом воздействии, не в «порче» и колдовстве, не в тайных техниках воздействия на подсознание, а в давно изученном феномене аффилиации. Причина не в происках восточных и западных миссионеров, а в реальной конкуренции групповых и семейных уз, естественном отборе различных ценностных ориентаций, в бездуховности многих семей.

Но что считать духовной имитацией и кто будет определять это?

Проблема подлинности или неподлинности духовного наполнения не психиатрическая, а философская проблема. Вмешательство в это недопустимо и составляет существо тоталитарного стиля. В самом деле, психиатр-коммунист считает эрзацем духовности любую религию, иной православный психиатр — любую религию кроме ортодоксального православия, но с равным правом можно, вслед за К. Ясперсом считать суррогатом веры и марксизм, и психоанализ, и любую доктрину и концепцию, которые фетишизируются, даже сохраняя наукоподобную форму. Но различие религиозного от псевдорелигиозного — за пределами психиатрии. Психиатр, который все же возьмет на себя «смелость» решать

эту задачу, – а это уже было в истории нашей психиатрии, – будет как и тогда, опираться на соответствие исповедуемой доктрины, приемлемой по его представлениям, а это в немалом проценте случаев приведет к квалификации чужеродного, незнакомо-го, «не нашего» как имитации духовного. Тем самым, такой психиатр окажется еще по-совместительству функционером охранительного ведомства.

Наконец, какова мера инфантилизации личности, которая дает право на патерналистское вмешательство. Или она у всего русского народа такова? – Удобная концепция для сторонников тоталитаризма. Поэтому приводя ее без критики, проф. Ф. В. Кондратьеву следовало хотя бы сослаться на авторов. Мы думаем, что это плод философского, а не научного исследования, тогда как проблема в компетенции науки: этнологии, социологии, социальной психологии.

Итак, мы видим многократные и разнообразные нарушения границ собственно психиатрического предмета исследования: психологизацию и политизацию психиатрии, психиатризацию общественной и политической жизни.

Мы попытались сделать за Ф. В. Кондратьева и Ю. И. Полищука то, что должны были сделать они сами задолго до передачи своих идей накаленной злобой дня публичности: довести их до логического конца, проверить принципом *ad absurdum*. Но тенденциозность, даже апология тенденциозности патристически-патерналистского типа, подмена профессионального взгляда – государственным взглядом на происходящее, то есть нежелание и неспособность к феноменологической редукции, уравнивающей собственные предвзятости с критикуемыми, помешала даже элементарной трезвой реалистичности.

А когда кипят страсти, категориальное мышление легко подменяется мышлением по аналогии. В данном случае сам предмет обсуждения, его материя и его среда настолько напряжены и поляризованы, что значительно облегчают именно такую псевдоархаическую подмену.

Мышление по аналогии – это не метафорическое мышление, не мышление в художественных образах, которое всегда динамично, гибко, творчески импровизирует, исходя из широкого контекстуального понимания смысла предмета рассмотрения.

Мышление по аналогии ищет подходящую готовую кальку, шаблон, которому жестко следует, не в силах оторваться от найденной схемы, осознать условный и переносный характер смысла. В наше время, когда доказана несостоятельность классических концепций, опиравшихся на принцип аналогии (напр., концепции рекапитуляции), когда детальным образом разъяснена на множестве примеров с математической точностью разница аналогии и гомологии, необходимость возвращаться к этому является тревожным признаком снижения профессионального уровня дискуссии.

Карл Дункер в 1926 году писал, что «едва ли найдется другое понятие в психологии, которое так опасно для решения задач, как понятие «сходства». Употребляя его как *объясняющее* понятие, психологи в действительности используют его по здравому смыслу, впадая при этом в порочный круг. Если по-

нятие сходства определяется как «наличие идентичных элементов» (Торндайк), то оно становится вовсе неприемлемым.

Это впервые было показано в проницательной маленькой брошюре J. V. Kries, а также в основных положениях гештальт-психологии. Мы выдвигаем следующий тезис: в большинстве случаев, в которых оно имеет место, «сходство» не обусловлено идентичными элементами; там, где имеется идентичность элементов, мы встречаемся со «сходством» совершенно иного типа, которое даже не следовало бы называть тем же словом. Если бы сходство было обусловлено идентичными элементами, то это означало бы, что чем больше два объекта или процесса имеют общих элементов, тем более они должны быть сходными. Однако это неверно.

Представьте себе мелодию, сыгранную в двух различных ключах; здесь нет ни одного общего элемента, и тем не менее какое сходство: мы замечаем, что это одна и та же мелодия; сходство это настолько велико, что мелодия, заученная в одном ключе, может быть легко воспроизведена в другом. С другой стороны, можно оставить все элементы идентичными, изменив только один или два из них, и мелодия будет полностью разрушена. То же самое можно заметить и в любом виде нашего поведения или приобретенного опыта.¹

Существует принципиальное качественное различие между **внешним, формальным, суммативным сходством** («сходство обусловлено числом идентичных элементов и пропорционально ему») и **целостным, смысловым, гештальтным сходством** (сходство функциональных структур, а не составляющих элементов).

Потребность в духовности, не останавливающаяся перед жертвами, вовлеченность в религиозные и другие группы, вообще не является признаком болезни или патологии, аффилиация – это нормальное естественное явление, тогда как зависимость от наркотика или химического препарата – несомненный признак болезни. И этот факт несопоставимо сильнее сколь угодно большого нагромождения отдельных признаков. Тем более таких: наркоманий много и сект много, наркомании бывают разные и секты бывают разные, в том и другом случаях есть зависимость, есть своя мафия... Это доводы того же типа, веса и глубины, что: у всех людей четыре конечности, два глаза и т. п.

Понятие «духовной наркомании», рассмотрение «сектомании» как явления однотипного с наркоманией, – яркий пример внешнего суммативного формального сходства, мышления по аналогии. Между тем, «понять что-либо означает приобрести гештальт или увидеть его функциональное место в гештальте», понять – значит «ввести в научные теории, в развитые структуры законов, понятий и представлений». Отсюда видно, что Ф. В. Кондратьев и Ю. И. Полищук не поняли существа затронутой ими очень острой проблемы и вышли за пределы своей профессиональной компетенции.

Мышление по аналогии характеризовало науку XVI века, например, определяло концепцию Парацельса (1493 – 1541). С тех пор состоялись по край-

¹ «Психология мышления». М., 1965, 31 – 33

ней мере две семиотические революции, совершенно изменившие стиль научного мышления. Сейчас, когда происходит третья такая революция с переходом к новой общенаучной парадигме особенно важно понимание происходящего в широком контексте истории формирования научного мышления. В част-

ности, что ни Парацельс, ни другие ученые его времени не использовали аналогии в суммативном смысле, как мы это находим у Кондратьева и Полищука, что ставит их представления вообще вне науки, даже архаической.

Ю. С. Савенко

ИЗ ХРОНИКИ СОБЫТИЙ РУБЕЖА 1995 – 96 гг.

Тема: «психиатрия и религия» в настоящее время самым естественным ходом событий в нашей стране сделана одной из центральных.

Вакуум ответов на вечные сокровенные вопросы уже не может быть заполнен прежними суррогатами идеологической кухни. Первоначальная растерянность сменилась отчетливым курсом на православие как государственную идеологию. Совершенно дикие в глазах цивилизованного мира формы сотрудничества властей с православной церковью, да еще в многоконфессиональной стране, – присутствие президента и членов правительства на церковной службе, проведение заседания генералитета во главе с военным министром в резиденции Патриарха, освящение ракетных войск, поддержка Патриархом действий федеральных войск в Чечне и осуждение им уклонения от службы в армии, дотации из государственного бюджета на строительство Храма Христа Спасителя в условиях острой нехватки средств и мн. др., – не имеют ничего общего с отделением церкви от государства и со свободой совести.

Советская власть, проповедуя вторичность, надстроечность идеологии как общественного института, всегда на деле придавала ей первостепенное значение, пытаясь буквально выдолбить с корнем всякую инакость, переделать на свой лад саму природу человека. Казалось бы, грандиозный социальный эксперимент, пришедшийся на жизнь четырех новых поколений, должен был бы хотя бы по горячим следам показать полную утопичность, тщетность надежды власть предержащих на манипулирование массовым сознанием. Этот эксперимент при наличии всех рычагов тоталитарной власти в сочетании с железным занавесом дал совершенно однозначный результат: разнообразие природы и общества подавить невозможно, а повторять эксперимент с заведомо меньшими возможностями бесполезно. Но нет, история ли ничему не учит, или наши власти необучаемы, но попытки тотального контроля и манипулирования повторяются, не считаясь ни с какими издержками, ни с какой грязной пеной, которую они поднимают.

Давно показано, что любая дискриминация по религиозным, социальным, политическим, национальным и др. признакам развращает собственный народ.

Борьба с новыми религиозными, полурелигиозными и квазирелигиозными движениями – это новая форма борьбы с диссидентами. Попытки использовать для этой борьбы психиатрию не менее несостоятельны, чем ее использование в политических целях. Естественно, что НПА первая забила тревогу об этом.

Религиозные взгляды – одна из наиболее деликат-

ных, сугубо личных духовных сфер личности человека. Вмешательство в эту сферу – тоталитаризм в чистом виде. Во II-ом и III-ем выпусках НПЖ за 1995 г. опубликованы материалы, позволяющие на конкретном примере московской организации АУМ продемонстрировать, как беззастенчиво искажаются или игнорируются неудобные факты. Отчетливо выступает грубая силовая политическая борьба, небрежно прикрываемая подходящим поводом, в данном случае вредом психическому здоровью, и равнодушная к тому, так ли это на самом деле.

Мы уже имели возможность убедиться, что когда квартиры отписываются православным батюшкам, это ни у окружающих, ни у заведующих ПНД обычно не вызывает протеста, так же как уход в православный монастырь. Впрочем, это мнение основано не на специальных исследованиях, а на спонтанно приходящих данных. То есть, целенаправленное исследование наверняка обнаружило бы таких случаев гораздо больше, а реакцию родителей – не только покорную обстоятельствам. Приводим отрывок из ответа – как раз на такого рода протест родителей – настоятельницы Ново-Тихвинского женского монастыря (г. Екатеринбург, 18 ноября 1995 г.; монастырь открыт 18 июля 1994 г.).

«Отвечая на смущение некоторых родителей по поводу того, что их детей насильственно заманивают в монастырь и содержат там против воли, приводим правила Святых Отцов, которыми руководствуются православные монастыри и наш монастырь в частности... Устав святителя Василия Великого, гл. ХУ «Отношение к родным». Правила 297 – 299: «должно стараться всеми мерами отнимать поводы ко греху, из которых важнейший есть помятование прежней жизни... а сие всего чаще бывает при постоянных беседах с родными по плоти. От родственников, друзей и родителей надобно столько же отдаляться своим расположением, сколько видим далекими между собою мертвых и живых. Ибо кто действительно приуготовил себя к подвигам добродетели, отрекся от целого мира и от всего, что в мире, и скажу полнее, распялся миру, тот умер для мира и для всего, что в мире, будут ли то родители, или братья, или родственники... Ибо первый, – самый истинный Отец есть Отец всех; а второй после него – наставник в духовном житии.» Устав преподобного Яхонима, правила 43, 47: «Настоятельница может оказать снисхождение и дозволить встречу только в случае крайней нужды, причем если родственники являются православно верующими и не ведущими разговоров на мирские темы. Что является случаем крайней нужды, определяет также настоятельница». Но снисхождение не означает полной отмены прави-

ла, поэтому совершенно правомерно с моей стороны вообще запретить встречи, и я вынуждена сделать это, так как родители не умеют с уважением относиться к правилам нашей внутренней жизни... Расцениваю как неправомерные действия родителей, обращающихся в государственные органы и старающихся с их помощью оказать давление на монастырь.»

Эти правила, как и многое другое, намного жестче, чем практика самана в АУМ, так возмущавшая представителей «родительского комитета по спасению молодежи от тоталитарных сект». Между тем, нам неизвестны родительские комитеты по спасению молодежи от ухода в православные монахи.

Начав с подавления организации буддийского толка, и на волне удачно сложившихся внешних обстоятельств списав на нее грехи сходной организации в Японии, не обременяя себя корректностью доказательств, борцы с «тоталитарными сектами» взяли за диссидентов в христианстве.

Наиболее драматично эта борьба обернулась для Церкви Последнего Завета (Виссарионово Братство). Несколько тысяч ее приверженцев из среды творческой интеллигенции Москвы, Санкт-Петербурга и других крупных городов поехали строить на берегу высокогорного озера Тиберкуль в Саянах (юг Красноярского края в районе Абакана и Минусинска) своего рода город Солнца. Актеры, музыканты, инженеры, врачи, среди которых и очень известные, бросили все, чтобы жить просто, честно, духовно. За два года в их среде не было ни одного преступления, никаких эксцессов. Но, если среди разрухи, безработицы, беспробудного пьянства поднимаются добротные хозяйства и водку не пьют – это уже чужаки. И никакой общинный дух бескорыстия, доброжелательства и духовности не поможет. Борцы с сектами достали их и в тайге и спровоцировали ложивой информацией через местную прессу летом 1995 года избиения и погромы. В ход опять пошла психиатрия. Ажиотаж вокруг якобы готовящегося массового суицида был создан посредством передергивания текста, где суицид якобы рекомендовался, а на деле – не осуждался. Вот эта 58-ая заповедь Виссариона:

«Не осуждай самовольно ушедшего из жизни.

Ибо ежели человек не развивается духовно, то диавол легко может привести его к сему исходу.

Человек творит сие, не имея сил противостоять соблазну.

Падающий без сил не есть грешник,

Грешник тот, кто шел рядом и вовремя не подал руки своей».

Дело дошло до принятия к исполнению иска о наведении порчи на корову виссарионовцами. Впрочем, и московское радио каждое утро предлагает телефоны для снятия порчи и сглаза. Осуждая на словах такую практику как языческую, православная церковь сама практикует так наз. отчитывание, т.е. изгнание бесов, сопровождаемое «пюмками и корчами». Правда, имеются сведения и о запретах такой практики. Дело в том, что сама православная церковь очень неоднородна.

На семинаре «Тоталитарные секты и проблемы защиты семьи, детей, молодежи», организованном 7 декабря 1995 г. Думским Комитетом по делам женщин, семьи и молодежи, архимандрит Макарий, про-

ректор Московской духовной академии, в прошлом историк, заявил, что «колдунов и экстрасенсов следует приравнивать к убийцам (души), скажем, экстрасенс излечивает ребенка, а у матери появляется ненависть к ребенку... Ханаанское царство самоуничтожилось из-за того, что расплодились колдуны.» Почтенный пастырь всерьез забыл, что и Римская империя самоуничтожилась из-за христианства. С единой позиции выступили Ф. В. Кондратьев, Ю. И. Полищук и Э. Л. Гупанский. Последний сказал: «Перестройка началась с Кашировского. Кому это выгодно – заменять Кашировского Чумаком?» Проф. Полищук приравнивал действия деструктивных сект не только к духовной наркомании, но и еще к землетрясению. В розданном накануне проекте Итогового документа говорилось:

«После выхода в 1990 году Закона «О свободе вероисповеданий» Россия стала и остается поныне единственной страной в мире, где права граждан не защищены от посягательств религиозных организаций. Этим воспользовались прежде всего тоталитарные религиозные секты, исповедующие человеконенавистническую идеологию, разжигающие вражду между конфессиями. Деятельность значительного числа объединений, как показали судебные расследования, направлена в первую очередь на подавление, а затем и разрушение личности человека. При этом используются известные психотехнологии, включающие в себя психологические, физиологические, технические, медикаментозные и другие средства и приемы, комплексное воздействие которых позволяет подавлять личность, навязывать ей чуждое мировоззрение и управлять ее поведением, что подтверждается заключением специалистов.

Последователи тоталитарных сект, как правило, лишаются права на медицинскую помощь, на жизнь, на труд, на свободу перемещения, на отдых, на свободу совести, на выполнение гражданских обязанностей, на жилище, на частную собственность, на информацию, на образование, на создание семьи. Фактически эти граждане лишаются основных прав и свобод, декларированных Конституцией РФ и международными документами. Эти организации особенно опасны тем, что чаще всего вовлекают в свою деятельность молодежь в возрасте от 16 до 35 лет.

Стремясь безраздельно управлять личностью адепта, руководители сект умело организуют и используют конфликт в семье адепта с родственниками, не принявшими их вероисповедание».

Налицо экзальтированный стиль и сплошные передергивания, Третируется по настоящему демократический закон. Что это за «человеконенавистническая идеология, разжигающая вражду», которая привлекла «от трех до пяти миллионов россиян» или «массовое убийство и покушения на убийство в Японии и России (АУМ Синрикэ)? Это ли не пример индукции и генерализации? Главным пунктом предлагаемой специальной государственной программы является: «Организация медико-психологических исследований по проблемам психологического воздействия на личность, механизмов управления сознанием групп людей. Разработка методов диагностики психологических воздействий, способов лечения и реабилитации пострадавших.

Организация института оказания психологической, медицинской помощи и последующей реабилитации лиц, попавших под влияние деструктивных религиозных объединений, а также членов их семей. Подготовка медико-психологического обоснования для разработки Федерального закона о психологической безопасности.» Короткую справку представителя НПА о дезавуации заключения комиссии Полищука Президиумом Правления РОП и об отмежевании председателя Ученого Совета Центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского проф. Т. Б. Дмитриевой от позиции проф. Кондратьева зал встретил бурным возмущением, причем наши коллеги тоже хором со всеми громко кричали: «Ложь! Позор!» Зал, заполненный практически одними единомышленниками, сам воспроизводил механизмы психической индукции и напоминал сцены экранизации оруэлловского «1984», где с большой художественной силой воссозданы так наз. «уроки ненависти».

Конечно, новые религиозные движения очень разнородны, конечно среди них есть такие, которым следовало бы с самого начала препятствовать, Такие как Великое Белое Братство или Богородичный Центр. Но всегда на поверхности фигура руководителя, текст его проповеди и состав паствы. В указанных организациях состав малообразованный и малокультурный, подчас несовершеннолетний, проповедь нелепа, а ее авторы малопривлекательны. Но оценивать характер проповеди дело религиоведов, а не психиатров. Оценивать привлекательность проповедника – свободное дело каждого. Здесь как с нежеланным женихом (или невестой) для родителей: нашло затмение на твоего ребенка, влюбился, потерял голову, ни с чем не считается, «сохнет». Что делать? – Вечная тема. До сих пор иные зовут психиатра, требуют лечить от любви, провоцируют стационарирование. И как раз культурные люди (см., напр., НПЖ, 1994, II, 21). А что если бы были таблетки от любви? Наконец, оценивать действия организации следует в установленном порядке в правовом пространстве Уголовного Кодекса, в котором есть все необходимое, включая реакцию на практику органистических культов, ибо существуют их светские подобию.

12 февраля 1996 г. в Москве состоялся круглый стол «Молодежь, церковь, общество», организованный общественным движением «Антифашистское молодежное действие», с участием Глеба Якунина, представителей Русской Зарубежной Церкви, Истинно Православной Церкви и др., которые привели разнообразные факты, свидетельствующие, что самой мощной и жесткой тоталитарной сектой в буквальном смысле этого слова является Московская Патриархия. Ее верхушка, давно укомплектованная сотрудниками спецслужб, с помощью государственного протекционизма (напр., мэр Москвы уже не раз заявлял, что будет передавать московские храмы только Московской Патриархии) стремится к тотальному монополизму. Только этим можно объяснить спокойствие по отношению к критике других конфессий и ажиотажу в отношении вреда психическому здоровью от монашеской жизни, хотя это в равной мере касается православия. Ситуация такова, что скоро общественные комитеты защиты потребуются атеистам. Более того, они уже начали формироваться.

Интересно, что на указанном антифашистском форуме распространялась студенческая православная газета МГУ со значительным числом классических комсомольских статей. В частности, в ней сообщается, что с января 1995 года при университетской церкви св.мученицы Татианы действует информационный центр «Сектор», задачей которого является сбор и анализ сведений о деятельности тоталитарных сект на территории МГУ и других ВУЗов Москвы. Предлагается присылать доносы с обещанием предоставлять их другим изданиям и организациям.

Не состоялось запланированное выступление о «православной психиатрии», смысл которой, как нам объяснили, в православном вероисповедании лечащих врачей, в запрете принимать помощь от врачей иных вероисповеданий и поступления в психиатрический стационар без разрешения своего духовника. Мы думаем, что это некое извращение, а не существо этого направления, вернее многих разных начинаний. НПА имеет опыт сотрудничества с Пантелеймоновским Братством, с рядом конкретных православных пастырей, и питает к их деятельности глубокое уважение. Но невозможно уже не видеть, сколь многое, противное самому духу христианства, прикрывается этим именем. Напомним мнение Вильяма Джемса из его классического труда «Многообразие религиозного опыта»¹:

«Всякое истинно религиозное переживание, подобное только что описанному, не могло не казаться отступничеством от религии. и такой пророк, бегущий от людей, должен был казаться им безумцем. Если его учение обладало достаточной психической заразительностью, чтобы привлечь к себе учеников, оно признавалось ересью. В тех же случаях, когда оно оказывалось настолько сильным, что торжествовало над преследователями, оно становилось господствующей религией. А когда религия становится господствующей, она обыкновенно утрачивает свое внутреннее содержание, и живые источники ее иссякают. Приверженцы ее начинают жить традицией и в свою очередь побивают камнями пророков. Какими добродетелями не были бы украшены члены господствующей церкви, она, как только приобретает власть, становится надежной союзницей в подавлении свободы религиозных исканий... Те низости, в каких часто обвиняют религию, в большинстве случаев должны быть отнесены не к ней, а к ее порочному спутнику – духу церковной власти. Многие виды ханжества также должны быть приписаны другому низкому спутнику религии – духу слепого догматизма, стремлению установить абсолютную, недвижимую, замкнутую систему религиозных правил. Эти два духа, взятые вместе, представляют собой то, что называется церковным духом... Преследование евреев, альбигойцев и вальденсов, побивание камнями квакеров и методистов, избиение мормонов и армян, выражают собой не религиозность преследователей, а скорее древний инстинкт вражды ко всему новому... Религиозность в данном случае лишь маска, за которой скрывается первобытный инстинкт дикаря.»

Между тем, по все еще тянущемуся уголовному

¹ Прекрасно изданный в твердом переплете репринт этой замечательной монографии лежит в книжных магазинах невостребованным фактически бесплатно (за 35 центов).

иску к АУМ, идут судебно-психиатрические экспертизы членов этой организации, выбранных истцами, а не случайным образом. На центральный вопрос следствия – есть ли причинная связь психических расстройств с практикуемыми духовными техниками – экспертиза ПБ № 1 им. Алексеева отказалась ответить.

Городской суд Минска 5 февраля признал правильным решение суда Центрального района города относительно минского Центра Международного Общества Сознания Кришны. Судебное разбирательство по делу Центра началось еще два с половиной года назад по инициативе родителей молодых людей, вошедших в Общество Сознания Кришны. Прокурор Минска предъявил в суд Центрального района города иск против кришнаитов, в котором обвинил их в том, что их вера разрушает психику людей, и потребовал запрещения деятельности Центра. Хотя суд не нашел признаков преступления в действиях минских кришнаитов и еще в начале декабря вынес решение в их пользу, мать одного из них подала кассационную жалобу в городской суд Минска. По словам председателя районного суда Тамары Злобич по делу привлекалось более 20 экспертов. Основательных доводов для поддержания исковых требований о запрещении этой религиозной общины никто представить не смог. Помощь следствию оказал психиатр, член Международной федерации психического здоровья, почетный член Британской ассоциации по исполнению закона о психическом здоровье Владимир Иванов. В своем заключении он отметил, что «участие людей в Обществе Сознания Кришны может улучшить психическое состояние некоторых его членов, которые до этого страдали от одиночества или имели конфликты в семьях... Деятельность Общества Сознания Кришны несомненно полезна, так как оно выступает против приобщения людей к алкогольным напиткам и наркотикам, чем снижает очевидный риск противоправного аморального поведения.»

В конце 1995 года в НПА обратилась представительница московского Общества Сознания Кришны польский психолог Диана Лоренс с просьбой проконсультировать члена их Общества, которая, по ее мнению, психически больна и мать которой, человек необыкновенной активности, добивается не просто возвращения дочери домой, а возвращения «в раскодированном виде», заявляя, что не примет свою дочь обратно, пока она является преданной Кришне и повторяет Мантру Харе-Кришна. Дочь – одинокая женщина 40 лет, талантливый математик, бросившая все и ушедшая к кришнаитам, где выделялась доведением до крайности всех предписаний. Приняв посвящение, сохраняла духовную связь со своим наставником. В ожидании его приезда выкрасила в снимаемой комнате все стены, потолок, пол, мебель и даже стекла на окнах в коричневый цвет. При встрече с ней бросается в глаза очень характерный *habitus*: многозначительная вне всякого повода улыбка, клочками наголо самостоятельно накануне остриженная голова, неловкая несуразность в своей одежде, погруженность в себя с грубой рассеянностью, полное равнодушие к сведениям о своей дочери, которая живет у бабушки, отсутствие желания повидать ее. Находится во власти слуховых псевдогаллюцинаций, в том числе императивных. Неадекватна, манерна, не критична. Без забот нескольких других кришнаитов, живущих на той же квартире, не смогла бы обслуживать себя. Сложилась ситуация, когда Общество Сознания Кришны

хотело бы вернуть ее домой, но мать требует торжественного отречения от веры, которая по ее убеждению, в особенности повторение Мантры Харе-Кришна, сделало ее дочь шизофреником. Себя же мать характеризует как способную сгореть на костре за убеждения. С недоверием отнеслась к терапевтическим рекомендациям, тем более к совету поместить дочь в психиатрическую больницу. Предпочла другого врача, взявшегося за раскодировку с помощью электроакупунктуры. В письме в НПА Диана Лоренс пишет: «...Лично я нахожу довольно трудным поверить, чтобы молитва, такая как Харе Кришна Мантра, могла повредить психическому здоровью Наташи. В конце концов эту мантру в Индии повторяют миллионы индусов. И также я опасаясь, что если мы, кого она считает своими религиозными авторитетами, скажем ей оставить ее религиозную практику, она может испытывать большой шок. Я не знаю, как это может повлиять на ее ментальное состояние.

Однако, я глубоко уважаю заботы матери Наташи о ее психическом здоровье. Я также желаю, чтобы ей стало лучше, и если мы можем что-то сделать в этом отношении, мы будем счастливы следовать Вашим наставлениям. Поэтому я прошу Вас, (опытного психиатра) ответить на следующие вопросы:

1. Думаете ли Вы, что присоединение Наташи к Движению Харе Кришна было причиной ее шизофрении?

2. Думаете ли Вы, что ежедневное повторение предписанных 16 кругов Харе Кришна Мантры ухудшает ее состояние? Было бы лучше для нее прекратить это? Если да, то каким образом мы должны отговорить ее от повторения, так чтобы это не причинило ей шок?

3. Раньше несколько раз мне приходилось слышать от нее: «Наверное, я скоро покину тело» (у нее болело сердце, она плохо питалась, и из-за этого ее состояние ухудшилось). Мне не казалось, что она имела в виду активное самоубийство, но как бы ей это было все равно. Сейчас она более оптимистична, и уже не говорит об этом. Но все-таки я боюсь, что если она вернется к матери, то мать будет насильно заставлять ее бросить практиковать Сознание Кришны. Давление ее матери может подтолкнуть ее к мыслям о самоубийстве. Скажите мне пожалуйста, насколько вероятен такой исход?»

В заключение приводим документ, который подписали представители религиозных конфессий Санкт-Петербурга – буддистов, мусульман, Церкви Адвентистов Седьмого Дня, Церкви Христиан в Духе Апостолов, а также, наряду с религиеведами, психологами, философами, – психиатр, профессор психоневрологического института им. Бехтерева Ю. Л. Нуллер.

Заявление участников круглого стола «Межконфессиональный диалог в России: проблемы и перспективы»

Санкт-Петербург, 11 января 1996 года

«Приведение законодательных актов в области прав человека и свободы совести к международным нормам, принятым в демократических государствах вызвало оживление религиозной жизни России и определило современную религиозную ситуацию. Характерной особенностью этой ситуации стало появление новых религиозных образований и организаций, возникающих, с одной стороны, в результате

продолжения известных в мире духовных традиций, с другой — вследствие взаимодействия различных культур, а с третьей — по причине усвоения вновь возникших учений. Процесс численного роста новых религиозных объединений активизировал деятельность существования ранее конфессий. Эта деятельность стимулируется не только возможностями демократии, но и определенной конкуренцией на основе конституционного равенства прав всех религиозных организаций.

Поскольку многие десятилетия в стране не было условий для нормальной религиозной жизни, ее нынешнее возвращение в нормальное русло воспринимается порой, как некий «религиозный бум», несущий в себе опасность для общества.

Результаты проводимых сегодня социологических исследований доказали, что вопреки бытующему мнению, в целом количество верующих в стране последние годы не увеличилось. Напротив, большинство жителей России, несмотря на формальное отнесение себя к той или иной религиозной конфессии, по-прежнему индифферентны к религии (т. е. не занимаются религией, как практикой не знают истории и традиций исповедуемого учения). Из этого следует, что возникновение новых религиозных движений не нарушает естественно сложившегося баланса в религиозной жизни страны).

Поскольку верующие все же составляют значительную часть населения России и, как правило, занимают активную жизненную позицию, их сотрудничество в социальной и культурной сфере могло бы внести существенный вклад в преодоление переживаемого обществом духовного кризиса. Однако приходится с сожалением констатировать существенную отчужденность между разными конфессиями и их отстраненность от участия в решении насущных проблем общества. Нельзя не отметить отрицательного воздействия на состояние межконфессиональных отношений со стороны определенных общественных, политических и др. организаций и религиозных деятелей, использующих в своих целях существующие в этой сфере сложности, а также влияния неосмотрительного подхода к религиозной тематике со стороны некоторых средств массовой информации. С этим связана развернувшаяся в последнее время кампания по борьбе с так называемыми «тоталитарными сектами» («деструктивными культами»), поводом для которой послужили скандалы, связанные с деятельностью «Белого Братства» и «Аум Сенрике». Однако эта борьба базируется не на научно установленных фактах, а на эмоциях и предубеждениях. Проблема так называемых «тоталитарных сект» до сих пор не изучена должным образом, что дает почву для различного рода дилетантских домыслов.

Специфической деталью, предопределенной культурно-исторической особенностью ситуации в России, является то, что ведущая роль в оценке тех или иных религиозных движений, нередко находящей выражение в законодательных актах, принадлежит, как это ни странно, не религиоведам и не специали-

стам в области истории, философии, социологии, права, психологии и др., а лицам весьма далеким от науки, чьи действия определяются скорее их мировоззрением и эмоциональными переживаниями, а не пониманием имеющих место общественных процессов.

Другим нюансом сложившейся ситуации являются попытки утвердить в многоукладной, многонациональной и многоконфессиональной России исключительный приоритет какой-то одной религии. Эти попытки становятся причиной серьезной озабоченности верующих, ожидающих от государства неукоснительного исполнения своих конституционных обязанностей.

Спорным также является произвольное деление религий на «традиционные» и «нетрадиционные». Сами по себе эти термины не только достоверно не отражают картину религиозной жизни России, но и побуждают думать об исторической и правовой неполноценности религиозных движений, попавших в категорию «нетрадиционных». Кроме того, зачастую имеет место противоречащее принципу свободы совести отождествление понятий религиозной и национальной принадлежности.

Вызывают сильную тревогу попытки трактовать особенности поведения верующих, связанные с духовной практикой той или иной религиозной системы в качестве психических отклонений или «зомбированности». Не менее опасны призывы к созданию правовой основы для принудительного освидетельствования и «лечения» («депрограммирования») последователей некоторых религиозных движений.

Все эти очевидные отклонения от принятых в международной практике норм в подходе к религиозной жизни вызваны с одной стороны дилетантизмом тех, кто берет на себя ответственность делать подобные заключения, нередко предлагающиеся для серьезного обсуждения в законодательных собраниях Санкт-Петербурга и России, а с другой стороны — недостаточным обсуждением этих вопросов квалифицированными научными кадрами. Порой создается впечатление, что мнение специалистов сознательно игнорируется.

Считаем, что все попытки решить проблемы межконфессионального диалога без привлечения специалистов в области религиоведения и других общественных и гуманитарных дисциплин и без проведения серьезных научных исследований опасны, так как могут привести как к существенным осложнениям взаимоотношений между последователями различных вероисповеданий вплоть до межрелигиозных конфликтов, так и грубым нарушениям фундаментальных прав человека.

Недостаток знаний в области психологии, истории, истории религии и философии; низкий уровень правовой и духовной культуры — препятствия на пути взаимопонимания. Для достижений устойчивых и доброжелательных общественно-конфессиональных и межконфессиональных отношений в российском обществе, следует предоставить обществу достоверную научную информацию о нем самом, и роль науки здесь трудно переоценить».

VII ЦИКЛ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ НПА

VII цикл образовательной программы НПА (13 – 16 декабря 1995 г., Москва) был посвящен проблеме права и этики в психиатрии и ознаменовался активным участием в нем одного из ведущих философов страны Эриха Юрьевича Соловьева, автора многих монографий по этике и истории философии. Это дало возможность присутствующим получить ответы на ряд сложных и острых вопросов на самом высоком уровне и очень откровенно. Живое общение с такими людьми делает семинары незаменимыми.

Семинар начался с доклада Ю. С. Савенко «Психиатрия и права человека», которому оппонировал, а на деле согласованно развивал Э. Ю. Соловьев. Возникшее оживленное обсуждение было продолжено через день на круглом столе «Психиатрия и этика» (ведущие Ю. С. Савенко и В. А. Тихоненко). Здесь помимо Э. Ю. Соловьева и В. А. Тихоненко выступил в очень интересном докладе в социологическом ключе ведущий специалист по биоэтике в нашей стране Б. Г. Юдин. Хотя присутствовало только 30 коллег, в их числе В. В. Белов, В. Н. Козырев, В. Г. Ротштейн, Э. М. Рутман, Н. Г. Шумский, О. А. Трифонов, В. С. Ястребов, В. Я. Евтушенко, С. Ю. Циркин, развернулась острая дискуссия, в частности, по проблеме ответственности за злоупотребления психиатрией и даже реальности этих злоупотреблений, в ходе которой обнаружилось, что

проф. В. В. Белов убежден, что генерал П. Г. Григоренко был психически болен и что это доказанная вещь. Подробные материалы этого дела, которые печатались в НПЖ 1992 года № 3 – 4, напомнил д-р Ю. С. Савенко, участник последней 13-ой уже по смертной экспертизы этого наиболее полно и тщательно документированного дела.

Были проведены также круглые столы «Новые законодательные акты и система законодательства в области прав психически больных» (ведущая Ю. Н. Аргунова) и «Практика применения Закона о психиатрической помощи, назревшие коррективы» (ведущие Ю. Н. Аргунова, В. Н. Козырев), а также ставшие традиционными клинические разборы больных. Информационный центр Организации Объединенных Наций предоставил всем участникам семинара издания Центра по правам человека в Женеве, из которых наибольший интерес представлял выпуск «Права человека и работа в социальной сфере». Присутствующие первыми познакомились и с IV-ым выпуском НПЖ.

В целом семинар прошел – по всеобщему мнению – как всегда интересно и на высоком уровне. НПА выражает глубокую признательность главному врачу Московской психиатрической больницы № 1 им. Алексеева В. Н. Козыреву за безвозмездное предоставление зала и личное участие.

КОНСТОРУМСКИЕ ЧТЕНИЯ

22 декабря 1995 г. Общество клинической психотерапии НПА России провело первую Всероссийскую научно-практическую конференцию (из предполагаемых ежегодных «Консторумских чтений») на тему: «Психотерапия малопрогредиентной шизофрении». В конференции участвовало более 30 психотерапевтов страны. После вступительных слов М. Е. Бурно и Ю. С. Савенко были зачитаны и обсуждены доклады: С. В. Некрасовой – «Краткосрочная психотерапия больных малопрогредиентной шизофренией с невротоподобными и шизотипическими расстройствами методом терапии творческого самовыражения», И. В. Сальничева – «Гипноз как метод диагнос-

тики и лечения малопрогредиентной шизофрении с сенесто-ипохондрическими проявлениями (соматоформными расстройствами по МКБ-10)», А. М. Бурно – «Психотерапия обсессивно-компульсивных расстройств при малопрогредиентной шизофрении», М. М. Мучник (Томск) – «Больные шизофренией в смешанной психотерапевтической группе: чужой мир и нарцисстическая агрессия», М. Е. Бурно – «О душевных особенностях психиатра-психотерапевта Семёна Исидоровича Консторума». Материалы этой конференции, отражающей клинико-гуманистический подход психотерапевтов Общества клинической психотерапии, будут опубликованы в издании НПА.

ПСИХОЛОГИЯ И ПАТОЛОГИЯ ТВОРЧЕСТВА

Конференция с таким названием прошла 5 – 6 января 1996 года в Москве. Она была организована Московской психотерапевтической академией (МПА), Российским обществом медиков-литераторов (РОМ-Л) и Российским обществом друзей А. Дю-

ма. Выступившие с докладами М. Е. Бурно и автор этих строк, будучи членами первых двух объединений, также представляли Общество клинической (медицинской) психотерапии – одно из подразделений НПА.

Замысел конференции принадлежал М. И. Буянову. В сообщении одного из постоянных авторов НПЖ врача-психиатра А. В. Шувалова «Человек гениальный – кто он?» отмечалась сложность проблемы. Ее невозможно решить в рамках психиатрии, но деликатное и адекватное приложение «психопатологических инструментов» (Б. В.) иногда помогает открыть в ней новые грани, углубить понимание произведения и личности творца. В связи с этим вспоминается мелиховское: «Гениальность, конечно, не болезнь. Но болезнь гения является фактом большой художественной значимости».

Выступление Б. А. Воскресенского было посвящено психотерапии творческого поражения, которое понимается как тягостные, страдальческие переживания автора, обусловленные драматически складывающейся судьбой его произведения. Отправной и конечной точкой для этих размышлений с подзаголовком «Из горького и светлого опыта великих» послужила фраза Б. Л. Пастернака «Но поражение от победы ты сам не должен отличать».

В докладе М. Е. Бурно «Патография и терапия

творческим самовыражением» было предложено понимание патографии как области психиатрии, изучающей процесс лечения незаурядным творчеством, изучающей само творчество, понимаемое сообразно клиническим личностным особенностям творца. На этой основе строится целебное подражание, позволяющее пациенту полнее почувствовать свой душевный склад через соприкосновение с внутренним миром и произведениями изучаемого мастера. Тем самым активнее пробуждаются собственные творческие силы больного.

В феврале 1996 года должна состояться конференция, посвященная двум особенно привлекательным для психиатра рассказам «Палата № 6» и «Черный монах». В планах – конференция «Булгаков и медицина», «Вересаев и медицина». Хочется думать, что складывается определенный цикл, традиция, которая не сводится к собраниям любителей изящной словесности, а представляет собой поиски и размышления на путях психотерапии духовной культурой.

Б. А. Воскресенский

СЕМИНАР В КРУЖКЕ ПСИХИАТРИИ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

В декабре 1995 года состоялась встреча президента НПА Ю. С. Савенко с молодыми коллегами из студенческого научного кружка психиатрии Российского государственного медицинского университета. Эта встреча была не первой – среди присутствующих были и те, кто познакомился с Ю. С. Савенко на предыдущем семинаре, проходившем два года назад. Тогда запланированное обсуждение феноменологии тревожных и депрессивных расстройств получилось заинтересованным и активным. Затем разговор перешел к вопросам, так или иначе связанным с деятельностью НПА. Была атмосфера открытости, уважения к любой честно отстаиваемой позиции. Почти все участники того первого семинара уже закончили университет, большинство – в их числе Оля Журавлева, Саша Березовская, Светлана Скок, Александр Мордохович, Андрей Шмилович – стали психиатрами. А бывшие кружковцы – А. Бурно, М. Бережной, О. Леонова, вступили в НПА. Некоторые же – клинические ординаторы С. Масихина и Ю. Гребченко, интерн Д. Пуляткин пришли и на этот второй семинар, проходивший на традиционном предновогоднем заседании, когда в гости ждут «выпускников» кружка. На этот раз беседа Ю. С. Савенко была посвящена тому, как учиться психиат-

рии; прежде всего, обращаясь к первоисточникам – основе настоящего образования; безусловно предпочитая Крепелина и Кречмера, Ясперса и Шнейдера всевозможной эпигонской литературе.

Значительная часть семинара была посвящена биоэтике. Некоторая несуразность этого очередного привившегося в России «буржуазного» термина покрывается значением стоящей за ним проблемы. В дискуссиях приняло участие большинство кружковцев. Запомнились выступления О. Михалевской, Е. Баншиковой. Ребята вспоминали и анализировали свои первые впечатления от психиатрической клиники, от особенностей общения врачей с пациентами. И увы, нередко вполне заслуженно отмечали этическую этическую уязвимость нашего, преподавателей, поведения. Обсуждались достоинства и недостатки патерналистского и партнерского подходов.

Сегодняшние студенты-кружковцы – это наша завтрашняя психиатрия. Для юности, устремленной в будущее, равно важны ясность и широта горизонта, возможность выбора, самостоятельного и осознанного обретения «узких врат». Семинар расширил студенческий горизонт и сделал яснее многие его контуры.

Е. Б. Беззубова

ВАЖНАЯ ИНИЦИАТИВА

Главный психиатр Москвы В. Н. Козырев выступил с очень актуальной инициативой, поддержанной Департаментом здравоохранения Москвы, которой была посвящена научно-практическая конференция «Психосоматические и соматизированные психические расстройства в общемедицинской

и психиатрической практике», которая состоялась 24 января 1996 г. в психиатрической больнице им. Н. А. Алексеева. Центральный доклад В. Н. Козырева был посвящен обоснованию целесообразности, более того, назревшей нужде в организации психиатрической службы для психосоматических больных.

Доклад основывался на опыте работы психиатра в многопрофильной соматической больнице, имеющей психосоматическое отделение, на анализе контингента больных, с которыми приходится иметь дело, и на реальных возможностях тактики их лечения (лечить на месте, переводить в общую ПБ или психосоматическое отделение и т. д.).

Контингент больных оказывается очень разнородным, состоящим по меньшей мере из пяти групп. Во-первых, это сомато-психиатрические миксты, наиболее тяжелые из которых составляют традиционный состав «психосоматических отделений», существующих, по словам докладчика, только в Москве (даже в Санкт-Петербурге их нет). В столице 7 таких отделений, куда попадают больные с тяжелой соматической и острой психотической симптоматикой. Они всегда переполнены, мест не хватает. Это, пожалуй, самое трудное и ответственное место работы. Во-вторых, это соматогенные психические расстройства. В-третьих, собственно психосоматические расстройства (психогенные язвенная болезнь, колиты, гипертоническая болезнь, кардионеврозы, кожные и эндокринные заболевания). В-четвертых, соматизированные психические расстройства, представляющие, преимущественно, разнообразные маски депрессивных состояний. В-пятых, психические расстройства, попадающие к интернистам.

Наиболее частые психопатологические синдромы это: расстройства сознания, чаще всего делириозные, психопатические и неврозоподобные синдромы, депрессивные синдромы, деменции разного

рода, галлюцинаторнопараноидные и аффективно-бредовые, и судорожные синдромы.

Понятно, что третья группа больных, включающая значительное число обращающихся в соматические больницы, нуждается в помощи не только интернистов, но и психиатра-психотерапевта. Эта проблема, давно и неоднократно поднимавшаяся, так и не нашла своего практического решения. Поэтому нельзя не приветствовать предложение В. Н. Козырева создавать, в зависимости от реальных нужд и возможностей, специальные психосоматические отделения (в каждой крупной многопрофильной больнице) или блоки, или палаты, или кабинеты (в каждой территориальной поликлинике на 50 – 70 тысяч населения) или – по крайней мере – иметь специализировавшегося в этой области психиатра.

Проведенный анализ показал, что фактически 70 % больных многопрофильной соматической больницы нуждается в помощи психиатра. Выяснилось также, что именно здесь происходит раннее выявление алкогольной, токсико- и наркоманической зависимости.

Согласно анализу деятельности обычной территориальной поликлиники сюда обращается втрое больше больных с реактивными состояниями, чем в ПНД.

Обоснования убедительны, с инициативой и предложениями В. Н. Козырева мы всецело солидарны. Вот только некоторые главные врачи крупных многопрофильных больниц говорят: зачем нам еще эта головная боль? Остается надеяться на проявленную заинтересованность к этой инициативе начальника Департамента здравоохранения Москвы А. Н. Соловьева.

ПРОФЕССОР М. М. КАБАНОВ – ПРЕЗИДЕНТ WADP

16 декабря 1995 г. на заседании Исполнительного комитета Всемирной ассоциации динамической психиатрии (World Association for Dynamic Psychiatry, WADP), состоявшегося после смерти проф. Гюнтера Аммона, президентом WADP был избран проф. М. М. Кабанов, а руководителем российского отделения – проф. В. Д. Вид.

В руководство WADP в разные периоды входили и члены НПА России – проф. Ф. В. Бассин и д.м.н. В. С. Ротенберг.

WADP имеет отделения в 19 странах мира: Австрии, Бразилии, Венгрии, Германии, Доминиканской Республике, Египте, Израиле, Индии, Индонезии, Италии, Китае, Польше, России, Словении, США, Турции, Швейцарии, Японии, и выпускает известный международный журнал по психиатрии и психоанализу: DYNAMIC PSYCHIATRY.

НПА России поздравляет проф. М. М. Кабанова с почетным для всех российских психиатров избранием.

ИНФОЦЕНТР ПСИХОТЕРАПИИ

сообщает, что в издательстве «ПРОГРЕСС» идет подготовка к изданию двухтомного учебника психоаналитической психотерапии

«СОВРЕМЕННЫЙ ПСИХОАНАЛИЗ» (ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА)»

Хельмута Томэ и Хорста Кэхеле.

Книга, многократно издававшаяся во многих странах Европы и Америки, появится в русском переводе весной 1996 года. Учреждения и частные лица, желающие получить в дар английское издание книги,

а также заказать ее русский перевод могут обращаться в издательство «Прогресс»

(Елена Ивановна Солдаткина, тел. 246–27–54 – по четвергам),

а также в ИНФОЦЕНТР (Анна Владимировна Казанская, тел. 237–35–49

или E-mail azanna@glas.apc.org).

КАК ИЗБЕЖАТЬ КОНФЛИКТА ЗАКОНА И ЭТИКИ – РЕЦЕПТ Ю. В. ПОПОВА

Невозможно пройти мимо поразительной по содержанию и стилю статьи Ю. В. Попова в «Обзрении психиатрии и мед. психологи им. Бехтерева» (1994, 4, 114 – 119). Невозможно в связи с темой и тем, что ее автор – главный редактор журнала и член руководства Санкт-Петербургской психиатрической ассоциации.

Смысл работы емко отражен в ее заглавии: «Этика и профессиональный долг врача: конфликт и взаимодействие». Он делается вполне понятным из следующего пассажа: «если профессиональным долгом врача считать соблюдение закона, то неизбежен внутренний конфликт его нравственности с его долгом гражданина государства, если профессиональный долг в выполнении нравственных принципов, то возможен внешний конфликт с законом». После этого ясно, что Ю. В. Попов предпочел и вынес в заглавие первый вариант, т. е. профессиональный долг врача – это соблюдение закона, а не нравственный императив. Ю. В. Попов, как и пристало администратору, предпочел внутренний конфликт внешнему конфликту с законом. Еще бы, ведь внутренний конфликт можно лечить, а внешний пресекает карьеру администратора, «однозначно». А вот и рецепт преодоления этого внутреннего конфликта. «В практической работе врач, к счастью, как правило, не стоит перед выбором между этими полюсами. В тех же случаях, когда это становится необходимым, то обычно человек выбирает «золотую середину». А это, согласно Аристотелю¹, укрепляет государство». Обтекаемость этой позиции напоминает некий суммарный средне-арифметический результат, некие стандартные нормативы, тогда как этика по самой своей сути чужда такому подходу. Хорошо известно, что по разному формулируя полюса, можно как угодно перемещать и «золотую середину». Наконец, понятно, что такой подход совершенно чужд идее приоритетов в ряду личность – общество – государство. Всякий раз праведное (справедливое) и правильное (истинное) решение индивидуально, а такое решение всякий раз требует усилия, в отличие от шаблонного, базирующегося на принципе экономии усилий.

Профессия врача интегрирует в себя и этику, и естественные права человека, и право, в том числе международное, и закон, и министерские инструкции, и собственные профессиональные предписания. Каждый отечественный врач одновременно и чело-

век, давший клятву Гиппократу, и чиновник министерства здравоохранения. От того, что для него весомее, зависит и его решение. Проблема личной ответственности здесь всегда решающая и никакие попытки снять ее не могут быть ни удовлетворительными, ни оправданными. Такова уж профессия врача. Приоритет конкретного гуманизма, блага индивидуального больного в ней безусловны.

В тоталитарных странах закон отождествлялся с правом, а государство имело приоритет перед обществом, а тем более перед личностью. В период войны медработники, оказывающие медицинскую помощь солдатам противника, нередко расстреливались, расстреливались собственные отступающие солдаты, сдача в плен приравнивалась к предательству. Жизнь никогда не рассматривалась как основополагающая ценность. Между тем, Ю. В. Попов пишет: «Шедевром развития учений об этике явилось создание учения о марксистско-ленинской этике как «взрыве» революционной мысли... Но учения об этике менялись, а основные нравственные принципы оставались неизменными... Моральный кодекс строителя коммунизма во многом повторял то, что в предельно концентрированном виде выражено в 10 заповедях Ветхого Завета и Нагорной Проповеди Нового Завета». Если первую фразу этой цитаты еще можно воспринять как юмор, то в указанном контексте она уже звучит по меньшей мере как дурная двусмысленность.

Не случайно статья Ю. В. Попова вызвала поспешную (даже без abstract), но четкую, ясно и точно расставляющую акценты реакцию Ю. Л. Нуллера (Ibid, 119 – 122), с которой мы полностью согласны и которая для всех нас может служить высоким образцом ответа по существу, и что еще труднее – без всякой критики.

И, наконец, очень откровенно выглядит заключительная часть статьи, где заслуга создания «наиболее экономичной и эффективной специализированной, независимой от органов здравоохранения службы по защите прав психически больных» приписывается государственному центру социальной и судебной психиатрии им. Сербского. И ни слова не упоминается об успешно функционирующей в течение семи лет такой службе в лице НПА России. Учреждение, которое более трех десятилетий было «министерством психиатрии» и остается оплотом государственной психиатрии, действительно имеет уже опыт в создании комитетов по проверке собственной деятельности и по реабилитации жертв собственных репрессий. Его Ученый Совет единогласно утвердил в 1992 году Г. В. Морозова руководителем научной темы по истории Института, который он возглавлял 32 года, и большинство ведущих работников которого до сих пор считают генерала Г. Григоренко психически больным.

¹ Пренебрежительное отношение к этике выступает в пересказе ее основ по каким-то допотопным вульгарным источникам. У Ю. В. Попова получается, что основоположник этики Аристотель считал исходным проявлением нравственности стремление к наслаждению и счастью, оговаривая, что высшее счастье может дать только разум. На самом деле – не разум, а добродетель (арете), не гедонический, а аретологический эвдомонизм (счастье). И прежде всего этическая, а не интеллектуальная добродетель. Аналогичным образом гедонизм Эпикура путается с просторечием «эпикуреизм» (гедонизм Аристиппа).

НЕДОСТОЙНАЯ МАНИПУЛЯТИВНОСТЬ ДОСТОЙНОГО ЖУРНАЛА

В свете предыдущего текста делается понятной откровенная манипулятивность главного редактора «Обозрения психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева» Ю. В. Попова по отношению к НПА России, попытки игнорировать ее деятельность (полное замалчивание многочисленных изданий НПА, в частности игнорирование при подсчете индекса цитирования «Независимого психиатрического журнала», имеющего втрое больший тираж, чем «Обозрение»¹), вплоть до полной дискредитации. Так, в 3-ем выпуске «Обозрения» за 1993 год была помещена крайне уязвимая рецензия на 1-ый ежегодник НПА («Пути обновления психиатрии». М., 1991) трех томских коллег (В. Б. Миневич, Е. М. Райзман, И. Р. Семин) под красноречивым заглавием «Пути обновления психиатрии в понимании Ю. Савенко».

Грубо нарушая давнюю, принятую во всем мире традицию предоставлять коллегам возможность ответить на критику в том же номере журнала, тем более на критику, касающуюся целого издания, Ю. В. Попов не считал нужным даже поставить меня об этом в известность. В результате, мне впервые преподнесли этот текст в мае 1994 года в США на съезде АРА уже в JOURNAL OF RUSSIAN & EAST EUROPEAN PSYCHIATRY (1994, vol. 27, № 1, pp 65 – 68)!

Когда я послал ответ на эту рецензию, заканчивая ее сожалением, что американцы в лице редактора выпуска профессора права Richard Bonnie тоже нарушают элементарные правила (не было опубликовано ничего из того, что критиковалось в приведенной рецензии) и поэтому не заслуживают пиетета, Ю. В. отказал в публикации, ссылаясь на этот абзац.

Когда же я, в конце концов, согласился его снять, дело ограничилось одними обещаниями публикации в ближайшем номере. Прошло полтора года и 7 февраля 1996 г. при личной встрече Ю. В. Попов заявил мне вначале, что «забыл» об этой публикации, потом, что «она ведь отклонена», потом, что «это уже не актуально»! Спокойный цинизм перебирания

несовместимых друг с другом поводов отказа, полная глухота к любым доводам и просьбам дать возможность ответить на очень грубую по тону и существу критику, при том – главному редактору журнала своих коллег, является попранием самых элементарных правил этики публикаций и просто поведения.

Четыре года назад Ю. В. совершил кульбит из коммунистов в демократы. Он явился в Москву ко мне домой знакомиться со мной и С. Глузманом и очаровал нас своей демократической настроенностью и красноречием. Но времена изменились и в 4-ом выпуске «Обозрения» за 1994 год подписанном к печати в июле 1995 г., Ю. В. совершает обратный кульбит из демократов в коммунисты. Но все это не извиняет нарушения этических традиций публикаций. Роль главного редактора особенно обязывает к их строгому выполнению.

В противовес этому стилю, «Независимый психиатрический журнал» (1995, № 4) полностью опубликовал втрое большее письмо д-ра А. П. Коцюбинского, полное грубых выпадов в адрес своего главного редактора.

В связи со всем этим стоит вспомнить, что от предлагавшегося в 1991 – 92 гг. объединения НПА России с Ленинградской (теперь Санкт-Петербургской) психиатрической ассоциацией нас удержало высокое положение в ней как раз Ю. В. Попова (член руководства Ассоциации, главный редактор ее журнала), как человека, длительное время бывшего заместителем директора Института по международным связям, а это, как известно, «кэзгэбэшная должность». КГБ – учреждение, совершенно естественное в любом государстве, в условиях тоталитарного режима превращается в концентрат худшего в нем, и поэтому сотрудничество с ним обычно вызывает остракизм.

Ниже приводится письмо в редакцию «Обозрения психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева» без купюр, как оно было послано туда более полутора лет назад.

ОТВЕТ НА ОТКЛИК ТОМСКИХ КОЛЛЕГ НА I ЕЖЕГОДНИК НПА, КОТОРЫЙ РЕДАКЦИЯ «ОБОЗРЕНИЯ ИМ. БЕХТЕРЕВА» ЗАДЕРЖИВАЕТ УЖЕ ПОЛТОРА ГОДА

Я познакомился с критическим откликом в адрес первого ежегодника Независимой психиатрической ассоциации за 1991 года, опубликованным в Вашем журнале (1993, № 3), с большим опозданием и, к тому же, на английском языке, оперативно оказавшемся в журнале издательства Sharpe («Journal of Russian & European Psychiatry», 1994, vol. 27, № 1, 65 – 68).

Очень жаль, что «Обозрение... им. Бехтерева», заявившее себя многими интересными и важными публикациями, нарушило в данном случае общепринятую практику такого рода выступлений, тем более,

столь грубых по тону, – ознакомить с текстом критикуемого и дать возможность ответить в том же номере. Например, так постоянно поступает новая редакция «Психологического журнала». Может быть редакция целиком разделяет высказанную критику? Ведь опубликован очень эмоциональный и тенденциозный отклик против ежегодника НПА. Эта тенденциозность видна из полного умолчания о принципиально важных работах А. К. Ануфриева, В. М. Гиндилиса, Б. А. Протченко и А. И. Рудякова, а также о втором ежегоднике и, по меньшей мере, семи выпусках Независимого психиатрического журнала (известных редактору), где по существу основных затронутых вопросов были даны развернутые разъяснения.

¹ При этом, само «Обозрение» не является подписным изданием, не имеет ни ISBN, ни регистрационного номера, а значит и права на реферирование в Index Medicus и мн. др.

И все-таки, постараюсь ответить по-существу.

Что касается «ожесточенной» критики московской школы, то в традиционном словоупотреблении антитезы Московская – Санкт-Петербургская (Г. А. Захарьин – С. П. Боткин, С. С. Корсаков – В. М. Бехтерев), я сам принадлежу московской школе, т. е. примату клиницизма над лабораторией (хотя имею большой опыт работы в психологической и ЭЭГ-лабораториях), т. е. считаю позитивистскую установку недостаточной.

Что до «гротескной» переоценки феноменологии, то все, что пишут далее авторы, акцентируя различия пониманий этого термина у Канта, Гуссерля, Ясперса и Бинсвангера, игнорирует установившееся словоупотребление, ясное в моем контексте. Понятие феноменологии различно не только у различных философских школ прошлого, оно различно внутри феноменологического движения, более того, оно различно у самого Гуссерля разных периодов. Объединяет же большое разнообразие феноменологических школ общность феноменологической установки и феноменологического метода. В истории философии существует «до» и «после» «Логических исследований» Гуссерля. – Это выдающийся рубеж, масштабы и смысл которого по всем наукам от математики до этики невозможно понять по эрзацам советской литературы. Тогда авторы не противопоставили бы Ясперса и Бинсвангера по характеру феноменологического метода. Их различает последующая герменевтическая процедура. Ясперс, один из создателей экзистенциализма, был категорически против внесения экзистенциалистского философствования в психиатрическую науку. – Поучительный пример деидеологизации, что наиболее отвечает духу феноменологии.

Почему феноменология в первую очередь? – Потому, что она первая ступень любого исследования. Поэтому несоблюдение феноменологической процедуры делает все последующее построенным на песке. Это открывает новый широкий горизонт для перепроверки принципиально важных прежних исследований.

Чем хуже психоанализ и биологически ориентированная психиатрия? – В обоих направлениях очень сильна уходящая неопозитивистская общенаучная парадигма, хотя известно и немало выдающихся синтезов (от Пауля Шильдера до Клауса Конрада).

Авторы хвалят меня за эрудицию, но нарушили важнейшее правило: понимать аргументацию оппонента в самом сильном, неудобном для себя виде. В порыве собственной эрудиции они даже агглютинировали Людвигу Бинсвангера (1881 – 1966), о котором идет речь, с Отто Бинсвангером (1852 – 1929) и на всякий случай написали О. Л. Бинсвангер.

Хвалить за эрудицию – известный эвфемизм нетворческой. И авторы тут же обнаруживают это прямоком: «Работы представителей НПА не развивают феноменологию, а только трактуют, т. е. представляют собой современную экзегезу (умение толковать неясные места в религиозных текстах)».

Что же, прояснить темные места, разобрать путаницу, четко указать ошибки – тоже немало. Вот только развивать феноменологию – дело философов. Дело психологов развивать феноменологию депрес-

сивных, паранойяльных и других состояний. Вот здесь содержательная дискуссия была бы особенно уместна. Но авторы ограничиваются простой декларацией о «схематичности, спорности, конвенциональности критериев психотического для тревожных и депрессивных синдромов». Между тем, за этим текстом стоит моя докторская диссертация «Тревожные психотические синдромы», высоко оцененная проф. Э. Я. Штернбергом и мною др.

Однако у авторов иная цель: воздать за А. Б. Смуглевича, резкой критике монографией которого о паранойе и вялотекущей шизофрении посвящены мои статьи соответственно в 1-ом и 2-ом выпусках ежегодника НПА «Пути обновления психиатрии» (1991, 67 – 78; 1992, 30 – 44). И здесь им изменяет элементарная корректность: вялотекущая шизофрения приписывается ими школе Снежневского. Много лет проработавшей с А. В. Снежневским проф. А. К. Ануфриев писал в 1989 г. об одном неграмотном журналисте, который «обвиняет А. В. Снежневского в создании концепции «вялотекущей шизофрении». Но такой концепции вообще нет. Трудно представить, что столь недобросовестную информацию журналист получил от профессиональных психиатров... Снежневский употреблял термин «вялотекущая шизофрения» не в смысле какой-то особой формы шизофрении, а в смысле или предшествующего шизофреническому психозу непсихотического этапа заболевания, или последующего такого же вида после приступного периода» (НПЖ, 1991, 1, 13).

Раздражение авторов, сквозящее в самом заголовке. – «Пути обновления психиатрии в понимании Ю. Савенко» – и характерной лексике: «ожесточенная», «гротескная», «экзотически-развлекательная», идет кренделем. Трудно понять, что экзотического нашли авторы в работе Вадима Ротенберга, нейрофизиологическая концепция которого получила международное признание. Но дело не в этом. Ведь обновление, как раз в немалой мере и состоит в широком плюрализме сборника, статьи которого отражают не вкусы редактора, а далеко еще не полный спектр идей членов НПА.

Авторы предполагают, что дело в неприязненных личных отношениях и приписывают мне грех маниейства: усматривание злого умысла. Поверив в свое предположение о личных счетах, авторы порицают меня за «такой стиль и понимание научной этики». Но не самопроекция ли это? Ведь весь отклик по стилю, логике, содержанию как раз и является «возмещением морального ущерба» за резкую критику высокоцитируемой ими монографии А. Б. Смуглевича. Я предпочел бы обсуждать не мотивы, а содержательную сторону критики допущенных Смуглевичем искажений, которые в моем тексте иллюстрируются конкретными примерами. Между тем, авторы, не считаясь с действительностью, пишут, что в моей статье не дается анализ концепции А. Б. Смуглевича, «исходя из ее логичности», хотя детализации именно этого она и посвящена. Будучи центральным объектом критики и действительно являясь концептуально важной, эта статья («Паранойяльные синдромы и критерии психотического») по элементарной этике и логике должна была бы быть опубликована редактором английского выпуска профессором права R-

ichard Bennil, раз он поместил такую грубую рецензию. Не лучший пример для современной отечественной литературы, переполненной подобным стилем, или, правильнее сказать, хороший пример неосновательности чрезмерного пиетета перед зарубежными авторитетами.

Летом 1994 года, подарив мне этот выпуск, д-р R. Bonnie намного больше поразил меня другим: он упорно отстаивал чисто советский тезис, что право-

защитная деятельность – это политическая борьба. А ведь это один из ведущих американских авторитетов по праву в психиатрии.

Редакция НПЖ охотно предоставит авторам место в своем журнале для содержательной дискуссии по любому затронутому положению. Это было бы действительно полезно.

Ю. С. Савенко

ОРИГИНАЛЬНЫЙ СПОСОБ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ

Мудрый Сократ говорил «Здоровье – это все, но все без здоровья – ничто!». То, что со здоровьем, как телесным, так и душевным, в нашей стране неблагополучно, – факт общеизвестный. Вот некоторые данные из материалов прошедшего в ноябре 1995 г. XII съезда психиатров России и из других официальных источников. За последние 5 лет первичная регистрация психических расстройств выросла на 21 %, резко (на 56,5 %) увеличилась инвалидность по психическим заболеваниям (И. Я. Гурович и др.). 86,5 % работников промышленных предприятий имеют те или иные психические аномалии, при этом у половины из них речь идет о хронических душевных расстройствах, у 16 % – о личностных отклонениях и у остальных – о хроническом алкоголизме (В. Я. Гиндикин и др.).

Достоверно растет количество детей и подростков с нервно-психической патологией – в среднем на 8 – 12 % (Л. Я. Шеметова и др.). У 9,6 % младенцев отмечаются явные психические нарушения (Г. В. Козловская и др.), а среди дошкольников лишь у 45 % отсутствуют признаки болезненных отклонений в психическом здоровье, но еще у 8 % они отчетливо проявляются через 1 – 1,5 г. при отсутствии необходимой психопрофилактической помощи (Л. Я. Шеметова и др.). Распространенность же нервно-психических расстройств среди детей школьного возраста достигает уже 70 – 80 % (С. П. Борзов и др.). В таких мегаполисах, как Санкт-Петербург, лишь 7 детей из 100 не нуждаются в психоневрологической помощи (В. Е. Каган).

В то же время массовые обследования показывают, что за пределами психиатрической помощи оказываются 80 % (!) нуждающихся в ней детей и подростков (Г. В. Козловская). 63 % психически больных детей-инвалидов не осматривается психиатром по году и больше (Л. А. Прокопенко). Само собой, не приходится даже говорить о профилактической работе с группами риска.

Одновременно с этим в современных социально-экономических условиях происходит массовая де социализация детского населения. 1,5 миллиона детей и подростков школьного возраста оказались за воротами школы. По различным данным, употребление наркотизирующих средств детьми и подростками за последние 5 лет выросло в 3 – 7 раз и охватывает до 20 % детско-подростковой популяции; детско-подростковая преступность за этот же срок

выросла в 1,5 раза, а самоубийства на 30 – 60 %. Но ведь среди детей со школьной дезадаптацией 93 % – 95 % имеют психические нарушения (Н. М. Иовчук и др.); 50 % – 81 % детей и подростков с отклоняющимся и криминальным поведением страдают психическими заболеваниями (Н. В. Вострокнутов); среди детей-бродяг не более 6 % могут быть признаны психически здоровыми (Л. Ю. Данилова и др.). При всем этом неуклонно растут сроки от начала заболевания ребенка до его первичного психиатрического обследования, которое происходит (и то не всегда) лишь после того, как он станет малолетним преступником, наркоманом, бродягой, проституткой, совершит попытку самоубийства.

Область психического здоровья детей отлична от сферы оказания помощи взрослым и пожилым. Еще в 187 г. немецкий психиатр Шюле писал: детские нарушения не представляют из себя «типичную копию взрослых...», потому что пациенты являются именно детьми, а детский мозг обладает специфическими реакциями» – и требовал введения отдельного раздела науки, посвященного психически больным детям. Приведенные данные убедительно показывают, что игнорирование юных пациентов, забота лишь о психиатрии для взрослых, львиная доля которых принесла свою беду из детства и юности, может породить серьезные проблемы. Драматическое увеличение числа тяжелых психически больных застанет общество врасплох, и поэтому необходимо самым серьезнейшим образом обратить внимание на недостаток квалифицированных специалистов в детской и подростковой психиатрии, на возрастающую и не получающую удовлетворения потребность в помощи, что требует совершенствования детской психиатрии, ее коренной реорганизации, прежде всего за рамками специализированных больниц.

Неблагополучное общество, искажение правовых и нравственных норм само по себе рождает отклоняющееся поведение вследствие разрыва взаимодействия между обществом и лицами с пограничными состояниями психики. Необходимо осознать – вся психиатрия есть социальная психиатрия. Общество должно быть защищено от опасного поведения психически больного. Но главный, гуманистический способ такой защиты – это своевременная и адекватная помощь общества психически больному. С такой точки зрения, психическое здоровье детей – это забота всего общества. Это забота общества в

том числе и о самосохранении, о своем будущем. Естественно, организация психиатрической помощи, ее финансовое, кадровое, научное обеспечение должны лежать в первую очередь на государстве, если оно заинтересовано в сохранении нации.

Ко сожалению, в последние годы все отчетливее проявляется опасность того, что российской детско-подростковой психиатрии отведена роль бедной падчерицы в организации медицинской науки и практики. Наглядная иллюстрация тому – отсутствие в тематике пленарных заседаний упомянутого выше съезда доклада, посвященного охране психического здоровья подрастающего поколения. Более того, детские и подростковые психиатры на своей секции услышали из уст представителя Министерства здравоохранения и медицинской промышленности, что их специальности исключены из номенклатуры врачебных специальностей решением данного Министерства. Оправдания такого беспрецедентного решения были настолько невняты, что невольно вспомнился известный девиз «отца народов»: «Есть человек – есть проблема, нет человека – нет проблемы». Оказывается, все изложенные выше и еще многие не упомянутые проблемы детской психиатрии можно решить таким кардинально, уничтожающе простым путем. Остается только гадать, проблемы какой следующей медицинской специальности будут решаться столь же радикально, в духе запойного реформаторства – через разрушение.

Конечно, министры приходят и уходят, а в наше время так просто мелькают наподобие метеоритов, но их деструктивные приказы продолжают действовать и выполняться охотней и скорей, чем конструктивные, поскольку «ломать – не строить». А плата за подобные решения – это здоровье людей, в данном случае – психическое здоровье наших детей, психическое здоровье будущих поколений. Если взрослый не пойдет лечиться к детскому врачу и по-

требует «взрослого» специалиста, то кого теперь потребует родитель больного ребенка, к кому пойдет с проблемами своей больной души подросток? Ведь им невдомек, что детских специалистов «отменили» не потому, что теперь все хорошо лечат всех – и младенцев, и стариков (чего никогда не бывает; во всем мире медицина развивается в сторону все более тонкой специализации), а потому, что так легче экономить те гроши, которые выделяются российскому нищему здравоохранению. И если раньше 1 детский психиатр должен был обслуживать 20 000 (!) детского населения, что было само по себе дикостью, с которой безнадежно боролось несколько поколений врачей, то теперь эта дикость наконец-то ликвидирована, причем самым простым путем – ликвидацией детских психиатров вообще.

Но экономить на здоровье – это САМОУБИЙСТВО! А экономить на здоровье детей – это ПРЕСТУПЛЕНИЕ!

Хочется надеяться, что новый Министр здравоохранения (сам детский врач) понимает, что редко из больных детей вырастают здоровые взрослые, и разберется в ситуации. Хочется напомнить нашей новой Государственной Думе, которую все мы избирали пусть с призрачными, но надеждами, старую, но нестареющую истину: «Дети – наше (и ваше тоже) будущее».

Ю. С. Шевченко

доктор медицинских наук, зав. Кафедрой детской и подростковой психиатрии и психотерапии Российской медицинской академии последипломного образования, Президент Фонда социально-психического здоровья семьи и ребенка, Председатель Московского отделения Независимой ассоциации детских психиатров и психологов

А. А. Северный

Президент Независимой ассоциации детских психиатров и психологов

КОММЕНТАРИЙ РЕДАКТОРА

С большим удовлетворением сообщаем, что – как заверил нас главный психиатр МЗ РФ Б. А. Казаковцев – основания для беспокойства, вызванные у многих детских психиатров неудачным сообщением д-ра В. Б. Прейса на съезде РОП, что повлекло за собой и приводимое здесь письмо, неосновательны: никаких отрицательных практических последствий, о которых высказываются опасения, не будет. Приказ МЗ РФ № 27 от 13.02.95 о штатных нормативах учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, предусматривает дифференцированные градации нагрузки для врачей-психиатров и других специалистов различного профиля, среднего и младшего медицинского персонала в зависимости от числа коек для взрослых, подростков и детей. Сохраняется и внештатная должность главного детского психиатра МЗ РФ, Приказом министра от 12.02.96 на это место

назначен Николай Евгеньевич Миронов. На протяжении последних лет МЗ усилиями прежде всего Б. А. Казаковцева подготовил целую серию важных и обстоятельных нормативных документов. Однако практические врачи обнаруживают очень слабую осведомленность об этой нормативной базе. В определенной мере это связано с позицией главных врачей, которые не проявляют активности в информировании врачей, более того, нередко не заинтересованы в этом. И все-таки остается вопрос: не повлечет ли исключение из номенклатуры врачебных специальностей детских и подростковых психиатров к ликвидации специализации по этим предметам? Чем была продиктована эта мера, если якобы ничего не меняется? Довод В. Б. Прейса, что надо знать общую психиатрию, с намного большим основанием касается наркологов, но эта специальность еще не ликвидирована.

БОЛЕЗНЬ Н. В. ГОГОЛЯ И ЕГО ПУТЕШЕСТВИЕ К СВЯТЫМ МЕСТАМ

В. Е. Лернер и Э. Виштум (Беер-Шева, Израиль), Г. М. Котиков (Москва)

«Скучно на этом свете, господа...»

Н. В. Гоголь. «Повесть о том, как поссорился...»

*«Или вы больны – и вам надо спешить лечиться, или... не смею
досказать своей мысли»*

В. Белинский. Из «Письма к Гоголю»

С античных времен внимание исследователей привлекает связь между способностями к творчеству и душевной патологией. Платон (17) описывает в «Федре» четыре типа «божественного безумия»: поэтический, пророческий, ритуальный и эротический. Аристотель (3), отмечая предрасположенность известных актеров и поэтов к меланхолии, полагал, что творчество является естественным и рациональным процессом. За сто с лишним лет, прошедших с момента выхода в свет книги Ломброзо «Гениальность и помешательство», опубликовано множество исследований, посвященных взаимосвязи творчества, «гениальности» и различных психических заболеваний (12, 24, 27 – 31 и многие другие). В последние годы интерес к этой теме заметно усилился. Появился ряд статей, где с позиций современного медицинского знания рассматриваются вопросы взаимосвязи творчества и психопатологии известных артистов, художников, писателей, военачальников (27 – 29, 31 – 34).

Жизни и творчеству Н. В. Гоголя посвящено множество отечественных и зарубежных исследований (7, 11, 15, 19, 21, 22, 26, 35, 36 и мн. др.), но лишь незначительная их часть касается изучения его болезни (5, 6, 10, 14, 21). Кроме того, большая часть этих работ написана в начале века – до существования классификации психических заболеваний и состояний. Наконец, взгляды психиатров начала века, противоречащие друг другу (5, 21) и не соответствующие современным представлениям о течении психических заболеваний, затрудняет ретроспективную диагностику болезни Гоголя. Так, В. Чиж (21), не соглашаясь с диагнозом Н. Баженова «периодическая меланхолия», одновременно заявляет, что «точный диагноз не имеет большого значения и едва ли возможен». С первой частью этого заявления нельзя согласиться, поскольку именно правильный, точный диагноз и определяет адекватные врачебные назначения. Установление же диагноза, действительно, представляется задачей довольно сложной, хотя и вполне выполнимой, т. к. Воспоминания современников и собственные описания Гоголем своего состояния позволяют прийти к довольно однозначному заключению. Психоаналитический подход других авторов (9, 35) не позволяет классифицировать заболевание писателя. Несколько работ, появившихся в последние годы (6, 14), касаются только причин смерти Гоголя, и в них не принимается во внимание история его жизни и болезни, к тому же, к сожалению, они написаны не врачами.

Еще при жизни Гоголя его друзья и знакомые не могли иначе объяснить некоторые его особенности и поступки как тем, что у него «что-то тронулось в голове... Вся Москва была о нем такого мнения» (20). В течение столетия ведутся споры о заболевании, которым страдал писатель, но до сих пор нет четкого определения этого заболевания. F. Posrt (34) в статье, посвященной вопросам творчества и психопатологии, относит Гоголя к группе больных тяжелой психопатологией, но при этом не дает нозологического определения заболевания. В многочисленных литературных исследованиях, посвященных Гоголю, авторы лишь описывают события его жизни, но не могут, да и не задаются целью дать клиническую оценку его состояния.

В этой статье нам бы хотелось восполнить существующий пробел и попытаться диагностировать заболевание Гоголя в соответствии с ныне существующими классификациями, в частности, с позиций DSM-IV и ICD-10. Нельзя не отметить, что необходимость формулирования заболевания Гоголя с современной точки зрения подчеркивается и исследователями творчества писателя (35).

Прежде чем перейти к краткому описанию жизни и болезни Гоголя, оговоримся, что эта статья не претендует на критический разбор произведений Гоголя, а касается лишь особенностей его личности и заболевания, несомненно, отразившихся на его литературном творчестве.

Из различных источников известно, что отец Н. В. Гоголя был мнительным, болезненно раздражительным и физически слабым человеком, страдал – по всей видимости – туберкулезом легких, осложнившимся кровотечением, и умер в возрасте 44 лет (5, 7, 21, 22). Будущему писателю было тогда 16 лет. И. Д. Ермаков (10), основываясь на неизвестных данных, сообщает, что отец Гоголя страдал «сифилисом» и «лечился декоктом».

Мать Гоголя, как и ее муж, отличалась мнительностью, подозрительностью, причем подозрительность временами принимала характер бредовых навязчивых идей (5) – школьные товарищи Гоголя считали ее «ненормальной». Своему сыну она приписывала все литературные сочинения и все достижения технического прогресса того времени – например, изобретение железных дорог и телеграфа. Она страдала неустойчивым, подверженным резким колебаниям настроением: то сидела часами, не сходя с места и не меняя позы, с безжизненным выражением лица, то

была весела, оживлена, делала бессмысленные покупки, оставляя почти без средств горячо любимого сына. Четырнадцать лет от роду она вышла замуж за человека вдвое ее старшего, и родила ему двенадцать детей, более половины которых умерли в детском возрасте. Гоголь, родившийся в 1809 году от третьих родов 17 – 18-летней матери, был первым выжившим ребенком. Двое младенцев, родившихся ранее, умерли, не прожив и недели (9). По собственному свидетельству матери Гоголя «...потом мы лишились всех средних детей и потом остались только меньшие три дочери» (22), при этом младшая из сестер была «глухая», «не отличалась особым умом», а племянник – сын одной из двух здоровых сестер – страдал психозом, подробные данные о характере которого отсутствуют (21).

Гоголь рос слабым, болезненным ребенком, страдавшим гноетечением из ушей и золотухой, отличался мнительностью и склонностью к преувеличению своих страданий. В письмах к родителям и друзьям, датированных 1822 – 23 гг., этот 13 – 14-летний мальчик часто повторял «я опасно болен», «пролежал целую неделю больным, был болен весьма опасно, даже отчаивался об выздоровлении» (10).

Первоначальное образование Гоголь получил дома и в гимназию в г. Нежине был отдан 12 лет отроду. Учился он плохо и неохотно – по воспоминаниям Арнольди (4) «учиться у других он не любил», знание как таковое не имело для него значения. По видимому, в период обучения в нежинской гимназии сложились основные свойства характера Гоголя: «он рос неискренним и капризным, охотно пользовался слабостями других, был неряшлив и замкнут», на окружающих производил впечатление странное, чтобы не сказать таинственного и загадочного человека, не пользовавшегося уважением гимназистов, награждавших его обидными прозвищами типа: «таинственный Карла», «чудак», «комик» и «нечеловек». Гоголь с детства видел себя натурой, созданной иначе, нежели другие (10), позволял себе весьма одиозное поведение: он «то поет петухом среди ночи, то хрюкает свиньей, забравшись куда-нибудь в темный угол». «Все, что казалось людям изящным, приличным, ему, напротив, представлялось безобразным», причем распространялось это и на устоявшиеся нормы и правила общественного поведения: Гоголь, например, не осенял себя крестом в храме и «не одобрял степеней и градаций в церкви» (13).

С годами Гоголь из эпатазирующего окружающих подростка превращается в крайне капризного, упрямого скупого молодого человека с неустойчивым характером, склонным к педантичности, собиранию и коллекционированию, мелким мистификациям. К примеру, посылая письма из России, указывал в качестве пункта отправления города, находящиеся за ее пределами, или помечал собственные литературные сочинения более ранними годами.

Без всякого на то основания Гоголь был способен менять свои взгляды на людей – те, кого он ранее уважал, внезапно делались в его глазах ничтожествами, вызывающими презрение пошляками. Гоголь и сам отмечает дисгармонию своей личности: в 17-летнем возрасте он пишет своей матери: «Вряд ли кто вынес столько неблагоприятностей, несправедливостей, холодного презрения... Правда, я почитаюсь загадкой для всех, никто не разгадал меня совершенно. У вас почитают меня своенравным, каким-

то несносным педантом, думающим что он умнее всех, что он создан на другой лад от людей. Нет, я слишком знаю людей, чтобы быть мечтателем. Уроки, которые я от них получил, останутся навеки неизгладимыми и они верная порука моему счастью». В другом письме: «Часто я думаю о себе... зачем Бог... одел все это в такую странную смесь противоречий, упрямства, дерзкой самонадеянности и самого униженного смирения» (22). В воспоминаниях Арнольди (4) мы находим такие замечания о его характере, как «постоянное стремление к нравственному совершенству с его гордостью» и в то же время «тупость и непонимание вещей самых простых», «странная манера одеваться и насмешка над теми, кто одевался смешно и без вкуса, не брезгает грубой лестью, придает огромное значение тому, что о нем говорят».

Появившаяся у Гоголя еще в ранние годы страсть высмеивать людей, особенно учителей и старших себя по возрасту, с годами приобретает все более оскорбительный для окружающих характер – его высокомерное отношение к простым смертным – «дураки», «существователи» – распространяется даже на родную мать, ставившуюся им «обидно ниже себя по уму» (10). Мысли о своем особом предназначении, не оставляют Гоголя: в 1827 году он пишет: с самых лет почти непонимания я пламенел неугасимой ревностью сделать свою жизнь нужной для блага государства... Холодный пот проскакивает на лице при мысли, что может быть мне доведется погибнуть в пыли, не означив имени ни одним прекрасным делом» (22). В этот период у Гоголя не было никаких оснований ставить себя выше других, однако этот «бедный, некрасивый, неловкий, болезненный, плохо образованный, довольно средне окончивший школу, не знающий иностранных языков» (21) молодой человек, ставит себя неизмеримо выше окружающих людей потому, что они недостаточно его уважают.

В межличностных отношениях Гоголь придерживается известной системы: с редкой обходительностью держит себя с нужными ему лицами, ничуть не стесняясь, при этом с бесполезными для себя в тот момент – по собственному свидетельству: «я был в состоянии любить всех вообще, но любить кого-либо особенно предпочтительно я мог любить только из интереса». То же подтверждает и С. Т. Аксаков (2): «Я не знаю, любил ли кого-нибудь Гоголь исключительно как человека. Я думаю нет... Всякому было очевидно, что Гоголю ни до кого нет дела». По воспоминаниям того же Аксакова (2), при посещении Гоголем его дома, где при поддержке хозяина тот намеревался завязать знакомство с директором московских театров Загоскиным, поведение автора «Ревизора» было двояким: с Аксаковым, не считая для себя полезным ему понравиться, «...он держал себя неприветливо, небрежно, свысока», тогда как гостя, напротив, он очаровал. На вопрос, понравился ли ему Гоголь, Загоскин закричал: «...милый, скромный... умница, умница» и это при том, что Гоголем, по мнению Аксакова, не было сказано ничего, кроме обходных пошлых слов.

Гоголь, ни с кем не поддерживавший дружбы, основанной на общности взглядов и стремлений, выбирал друзей, способных оказать ему разного рода услуги – дать денег в займы, добиться изданий его произведений, стать преданными учениками. Увидев же, что тот или иной человек переставал быть ему полезен, Гоголь полностью прекращал всячес-

кие с ним отношения. Тот, кто не разделял его взглядов, не мог оставаться его другом. Так, Гоголю была крайне лестна дружба с Пушкиным, которого он вынудил хлопотать о предоставлении ему кафедры в Санкт-Петербургском университете. Однако после трений с ним по поводу издания «Современника», Гоголь впервые упоминает о Пушкине в своей переписке только после его гибели. Гоголь, извлекавший из дружбы лишь собственную выгоду, относился при этом к своим друзьям высокомерно, не отвечая им взаимностью и не заботясь об их интересах. Незменность своего характера Гоголь прекрасно понимал и даже сам подчеркивал: «внутренне я никогда не менялся» (22).

Полнота характеристики личности Гоголя требует упоминания о его совершенно безучастном отношении к женщинам. Полное отсутствие любовных увлечений писателя, подтвержденное всеми его биографами и отразившееся в его произведениях, позволило Ломброзо (12) и согласившемуся с его мнением с его мнением В. Чижу (21) объявить Гоголя «мастурбантом». Известно, что Гоголь с особым удовольствием и мастерством рассказывал недошедшие до нас непечатные анекдоты.

Хотя Н. Н. Баженов полагает (5), что первый признак болезни возник у Гоголя в 1833 году – в возрасте 24 лет, – мнение Чижы о том, что заболевание началось ранее на 20 – 21 году жизни, заслуживает, по нашему мнению, большого внимания. Мы полагаем, что продромные явления появились у писателя в 1828 году, на 19-ом году его жизни, когда мысли о собственном превосходстве настолько переполняли его, что Гоголь решает покинуть Нежин, где он не сможет быть достаточно оценен и проявить себя. По приезде в Петербург Гоголь по протекции начинает службу в канцелярии, хотя и презрительно относится к этой униженной, как он считал, для себя работе. Достоверно известно (21), что, нуждаясь в деньгах, Гоголь по несколько дней не появлялся на службе, предпочитая выпрашивать деньги у своего родственника, а получив их, потратил на покупку зимнего пальто, особой нужды в котором не испытывал. В 1829 году Гоголь издает под псевдонимом «В. Алов» поэму «Ганц Кюхельгартен» – резко встреченное критикой сочинение, весь тираж которого он, скупив, сжигает – после чего внезапно уезжает за границу, «воспользовавшись деньгами матери, присланными ею для уплаты процентов в опекунский совет» (15). Через полтора месяца он возвращается, истратив на путешествие 1800 рублей – весьма значительную по тем временам сумму. Впоследствии Гоголь напишет: «...проект и цели моего путешествия были очень неясны», но «не мог противиться чувству, мне самому непонятному» (22).

В последующие два года состояние здоровья Гоголя было видимо хорошим. Он создает одно из лучших произведений русской литературы – «Вечера на хуторе...» и мастерски пользуется завоеванным успехом для завязывания полезных знакомств и улучшения финансового положения – получает место учителя на государственной службе и множество частных уроков.

Благополучие оказывается недолгим, в 1831 году – на 22 году жизни писателя – появляются ипохондрические жалобы, высказываемые им в переписке: «Я было вздумал захворать геморроидами». – пишет он матери, «серьезно болен» – Погодину, «болен неиз-

лечимо», и «причина болезни находится в кишках» – Аксакову (22). Но в целом состояние оставалось удовлетворительным, Гоголь продолжал плодотворно работать. С июля 1833 года состояние Гоголя резко ухудшается, появляется состояние апатии, тоскливой тревоги, неспособности работать: «...Как сильно растерзано все внутри меня!», «...сколько я пережил (пережог), сколько перестрадал!» – пишет он Максимовичу (22).

К началу 1834 года (25 лет) депрессивное состояние переходит в развернутую манию, о чем красноречиво свидетельствует известное обращение к гению: «...где означу я тебя великими трудами?», «Я совершу... Я совершу. Жизнь кипит во мне. Труды мои будут вдохновенны» (8). Убежденность в собственном превосходстве над окружающими переполняет Гоголя: он считает себя достаточно компетентным для руководства кафедрой Петербургского университета, которую во многом благодаря усилиям Пушкина и занимает. Получив кафедру, мало сведущий в истории Украины и России, не давая при этом себе труда хоть сколько-нибудь восполнить недостаток образования, Гоголь сохранял полную уверенность в том, что всякий «...меня отличит от толпы вялых профессоров...» (18). Студенты были поражены его непрофессионализмом – то, что Гоголь ничего не смыслит в истории» (20), становится им очевидным после нескольких лекций. Некомпетентность Гоголя, по видимому, очевидна не только студентам – и в 1835 году его увольняют из университета.

В конце 1836 года у Гоголя вновь появляются ипохондрические жалобы, непрерывное чередование пониженного и повышенного настроения с преобладанием депрессивных приступов, чаще наступающих в осенние и зимние месяцы, длящиеся три – четыре месяца и прерывающихся периодами сравнительно хорошего самочувствия, во время которых он продолжает работать.

В 1839 году (30 лет) очередное депрессивное состояние сменяется повышенным настроением с идеями величия. Гоголь видит себя пророком, о чем и сообщает в письме Плетневу: «...я не знаю, отчего в душе моей поселился теперь дар пророчества» (22).

С весны 1840 года Гоголь переживает новый приступ тоски и сниженного настроения, доходящего до «*raptus melancholicus*». Он пишет к Погодину: «...К этому присоединилась болезненная тоска, которой нет описания», «...не знал куда деть себя. Ни двух минут я не мог остаться в покойном положении», «...мне становилось все хуже и хуже» (22). Во время этого приступа, по свидетельству С. Т. Аксакова, «Гоголь... имел какие-то видения, о которых он тогда же рассказывал ухаживавшему за ним Н. П. Боткину...» (2).

На смену прошлогоднему депрессивному приступу в 1841 году приходит состояние с преобладанием идей величия, склонностью к поучениям и наставлениям: «Молитвы дел, а не молитвы слов требуют от нас Иисус», – пишет он матери и: «...теперь ты должен слушать моего слова, ибо вдвойне властно над тобой мое слово и горе кому-то бы ни было, не слушающего моего слова... Властью высшею отныне облечено мое слово», – из письма Данилевскому (22).

В психическом состоянии Гоголя появляются идеи овладения и воздействия. Так, он в категорической форме требует от князя Вяземского, человека почти на 20 лет себя старшего, сочинения биографии Фонвизина, аргументируя, что «это было веление изнут-

ри меня, поэтому оно могло быть Божиим велением». В письме Шевыреву 2.3.1843 г.: «Иногда силой внутреннего глаза и уха я вижу и слышу» (21).

Начиная с 1841 года, способность Гоголя к творчеству заметно снижается – с этого времени «ничего равного прежним произведениям он не создает» (21). В период с 1842 по 1848 годы его писательская деятельность была сведена, главным образом, к переписке. Работа над второй частью «Мертвых душ» продвигалась крайне медленно и не удовлетворяла писателя. По свидетельству Ю. Самарина, вместе с А. Хомяковым присутствовавшего на прочтении первых двух глав второго тома, Гоголь обратился к ним с вопросом: «Скажите по совести только одно, не хуже первой части? Мы переглянулись и ни у него, ни у меня не достало духу сказать ему, что мы оба думали и чувствовали» (7).

Состояние Гоголя в этот период значительно ухудшается – усложняется психопатологическая картина приступов и появляются соматические нарушения. Гоголь сам видно отдает себе отчет в ухудшении самочувствия. В письмах, датированных 1845 годом, мы находим тому подтверждения: «Душа изнывает от страшной хандры... Всякое умственное занятие невозможно и усиливает хандру... Изнурение сил совершенное», – пишет он Смирновой; «Я хую теперь и истаиваю не по дням, а по часам», – из письма Языкову; «по моему телу можно теперь проходить полный курс анатомии» – Жуковскому; «Приезжайте ко мне причастить. Я умираю» – протоиерею Базарову (22). В этом же году Гоголь в первый раз сжигает 2-й том «Мертвых душ». Приступы тоски, ужаса, апатии достигают временами такой степени, что у Гоголя даже возникают мысли о самоубийстве: в 1846 году в письме Погдину он пишет: «...тяжкие и болезненные состояния были так невыносимы, что повеситься или утопиться казалось бы похожим на какое-то лекарство или облегчение» (18).

Тяжкие физические страдания изрядно пугают Гоголя. Убедившись в малой эффективности рекомендаций врачей, он обращается за помощью к Богу и просит окружающих молиться о его выздоровлении. Дошедшие до нас воспоминания современников и, главным образом, многочисленные письма Гоголя безусловно свидетельствуют в пользу того, что «его набожность развивалась параллельно развитию болезни» (21). Переломную роль, по-видимому, сыграл тяжелый приступ 1845 года – во всяком случае именно тогда резко изменился тон его писем. Гоголь, всегда любивший «рассказывать непечатные анекдоты о попах» (21) и еще в 1843 году нелестно отзывавшийся о священнослужителях, в 1845 году пишет Языкову: «Жду полного успеха лечения только от одной милости божьей» и «...о моем здоровье не переставайте молиться крепко» – матери. По-видимому, именно в этот период у Гоголя на фоне усиления набожности возникает идея путешествия в Святую землю как последнего средства для восстановления здоровья. В 1846 году он пишет матери: «Чувствую, что более всего мне следует надеяться на святые места и поклонение Гробу господню, чем на докторов и лечение» (18). Необходимо отметить, что политические перемены, происходящие в Европе в этот период вряд ли располагали к путешествиям в дальние края, но Гоголь не обращает на них никакого внимания.

В 1847 году Гоголь издает «Избранные места...», по поводу которых С. Т. Аксаков в письме к сыну

выразился достаточно резко: «Самое лучшее, что можно сказать о ней (книге – автору) – назвать Гоголя сумасшедшим» (1).

Неприятие книги людьми своего круга было воспринято Гоголем как самая большая трагедия его жизни. В письме к Жуковскому он пишет: «Появление книги моей... оплеуха друзьям моим и, наконец, еще сильнейшая оплеуха мне самому». В письмах, датированных первой половиной 1847 года, Гоголь уничижает себя и одновременно пытается защитить свой труд: «...книга моя несмотря на все ее недостатки – сокровище», – пишет он Плетневу. В конце концов, он признает неуспех и решает вовсе бросить сочинительство, о чем упоминает в 2847 году в «Авторской исповеди». Гоголя не оставляют тягостные мысли о собственной никчемности, греховности, причем и здесь Гоголь пребывает в плену сознания собственной исключительности – видит себя особенным и необыкновенным грешником, не таким, как все люди: «...обо мне нужно молиться более чем о всяком другом человеке... Участь моя будет страшнее участи всех прочих людей», – пишет он о. Матвею (18).

Происшедшие перемены в чувствах очевидны и самому Гоголю, он полностью осознает и называет их «черствостью», происшедший упадок физических и душевных сил объясняет в свои 37 лет – старостью.

Идея паломничества в Святую землю, как видно, не оставляет Гоголя – в декабре 1846 года он обращается с прошением на высочайшее имя о выдаче ему беспоплиного паспорта сроком на три года. Хотя прошение писателя было рассмотрено положительно еще в январе 1847 года, паспорт он получил лишь в феврале и был вынужден отложить путешествие по крайней мере на год, поскольку заведомо не поспевал в Иерусалим к празднику Воскресения Христова. На решение отложить поездку в Иерусалим, несомненно, оказала влияние и двойственность в мыслях и поступках. Мысль о том, что он, последний из «грешников», «дерзает» ехать в Святую землю, не давала Гоголю покоя: «Не будет ли оскорблением святости мой приезд и поклонение мое?» – спрашивает он в письме к С. П. Шевыреву. Помимо «черствости» Гоголя страшат и внешние препятствия – главным образом морская болезнь, о чем он в письме 1847 года сообщает Шевыреву: «Я страдаю ужасно от морской болезни, пути (в Иерусалим) почти 11 дней» и далее спрашивает себя: «Зачем я поеду теперь в Иерусалим? Прежде я был, по крайней мере, в заблуждении насчет себя. Я думал, что я хоть немного лучше того, что я есть». В письмах родным и знакомым Гоголь просит молиться за него – «Я требую от вас всех помощи, соедините ваши моления и помогите воскрылиться к Богу моей молитве» – рассылает специально составленные им молитвы: «Боже, сделай безопасным путь его, пребывание в Святой Земле благодатным...», «Н...сподоби... восстать от Святого Гроба с обновленными силами, бодростью и рвением возвратиться к делу и труду...» (18). В конце концов после множества отстрочек Гоголь решается встретить пасху 1848 года в Иерусалиме. Буквально за месяц до отъезда он пишет: «не ехать же в Иерусалим как-то стало даже совестно» и вновь просит молиться за него, поскольку «нет сил молиться самому: силы ослабели, сердце черство, малодушна душа» (22). Составив предварительно завещание, Гоголь отправляется в путь. Двадцать второго января 1848 года он отплывает из Неаполя и, судя по

отметке на паспорте, 26 января прибывает на Мальту, где будучи изнурен морской болезнью, задерживается на несколько дней. Из Мальты на пароходе «Истамбул» австрийской компании Гоголь через Смирну добирается в Бейрут, где останавливается у К. Базили – генерального русского консула и своего школьного товарища, оставившего воспоминания об их совместном путешествии в Иерусалим. Опираясь на эти воспоминания, Шенрок (22) пишет: «Гоголь, изнуряемый зноем песчаной пустыни... не раз сопровождал жалобы такими жестами, которые в глазах туземцев были доказательствами ничтожности грозного сатрапа. Это не нравилось Базили. Он просил поэта говорить ему наедине что угодно, но при свидетелях быть осторожным. Гоголь соглашался с ним, но при первой досаде... превратился в избалованного ребенка. Тогда Базили... принял с ним такой тон, как с последним из своих подчиненных. Это заставило поэта замолчать».

Наконец 17 февраля Гоголь «через Сидон, древний Тир, Акру, а оттуда через Назарет» добирается до Иерусалима, откуда пишет всего четыре письма, где лишь сообщает, что «прибыл благополучно» и вновь просит молиться о себе. Свидетельств современников о пребывании Гоголя в Иерусалиме практически не сохранилось, тогда как он сам крайне неохотно говорил о своих впечатлениях. На вопрос одной знакомой, хорошо знавшей его, он, например, ответил: «Вы кажется добираетесь до моей души!» (22).

В целом, его письма сначала состояли из противоречивых оценок собственного состояния – если о. Матвею он пишет: «...еще никогда я не был так мало доволен состоянием сердца своего, как в Иерусалиме и после Иерусалима», в то же самое время графу Толстому – «Я был здоров все время, больше здоров, чем когда-либо прежде» (18). Лишь через два года после возвращения Гоголь, вняв настойчивым просьбам Жуковского, относительно подробно описывает поездку к Святым местам и путешествие по Палестине – очень живое в целом описание явно окрашено в депрессивные тона: «Не знаю, что могу сообщить тебе... чтобы навело тебя на благодатные мысли. ...я удостоился приобщиться от святых тайн... и при всем том я не стал лучшим. ...Что могут доставить тебе мои сонные впечатления? Видел я как во сне эту землю» (16).

После возвращения из Иерусалима наступает последний период в жизни Гоголя – медленное угасание, почти постоянный упадок сил, потеря творческих способностей, недоверие к своим силам, о чем он пишет своим друзьям и родственникам: «...Голова тупа, ничего не мыслится и не пишется» – Шевыреву, «нашло на меня такое оцепенение» – Жуковскому, «Я нахожусь в каком-то нравственном бессилии» – Смирновой и, наконец, матери – «бедная моя голова». Сестра писателя также отмечает происшедшие с ним перемены: «такой холодный и равнодушный к нам», «не виделись 6 лет и не сидит с нами» (22).

Весной 1849 года Гоголь пытается посвататься к графине Вельегорской – девушке намного младше себя и несравненно выше по положению. Хотя данных о сватовстве сохранилось не очень много, но эту попытку следует расценивать как утрату способности оценивать реальность. Ранее Гоголь вполне мог понимать неравенство такого брака и, естественно, предвидеть последующий отказ, который

ставил его в крайне неприятное положение. С другой стороны, эту попытку можно расценивать как возникновение гипоманиакального или маниакального состояния, хотя нет данных, свидетельствующих об этом, кроме свидетельства современников о том, что в этот период жизни «самочувствие Гоголя было хорошим». Сам же он через некоторое время в письме С. М. Соллогуб оценил свое состояние так: «Я действовал таким образом, как может только действовать в состоянии безумья человек и воображал в то же время, что действую умно» (22).

«Последние годы он был погружен в себя и становился все более замкнутым и угрюмым, что, впрочем, не мешало ему изредка шутить и оживляться среди близких дорогих людей. В тесном кругу последних... много и весело разговаривал, шутил» (22). В это же время резко усилилась его нерешительность. Перед тем как куда-то ехать, долго советовался, с трудом решался, затем возвращался с дороги. Так, летом 1851 года, собираясь на Украину на свадьбу к сестре, приехал в Оптину пустынь и, вернувшись оттуда, забыл о намерении ехать на Украину (22). Друзья Гоголя, щадя его самолюбие, избегали говорить о работе над второй частью «Мертвых душ».

Летом и ранней осенью 1851 года Гоголь жаловался на «расстройство нервов, нарушение работы желудка». К середине осени и к началу зимы его состояние улучшилось. Гоголь принимает активное участие в издании своих сочинений. По свидетельству доктора Тарасенкова, «...он казался веселее обыкновенного; ...Деятельности в нем обнаруживалось больше, нежели прежде. Он даже занимался тем, чем прежде пренебрегал...: поехал в театр посмотреть своего «Ревизора» на московской сцене. Оставшись недовольным исполнением, он пригласил актеров и читал им многие сцены... Потом явился в театр посмотреть, как исполняется его пьеса после замечаний». В течение января и даже в первые два дня февраля 1852 года Гоголь чувствовал себя хорошо, продолжал работать над вторым томом и изданием своих сочинений. Последнему приступу болезни предшествовала смерть сестры одного из близких друзей. Гоголь сообщил своему духовнику, что на него напал страх смерти». Перестал есть, «принимал только несколько капель воды с красным вином» (22). Доктор Тарасенков 10 февраля 1852 года посетил Гоголя и увидел человека «как бы изнуренного до крайности... Все тело его до чрезвычайности похудело, глаза сделались тусклыми и впалы. Сидел не двигаясь и не меняя положения головы». «Видно было, что у него нет горячечного состояния и неупотребление пищи нельзя было приписать отсутствию аппетита» (22).

В ночь с 8 на 9 февраля Гоголь послал за приходским священником и попросил причастить и соборовать его, потому что «он видел себя мертвым, слышал какие-то голоса и теперь считает себя умирающим». За несколько дней до смерти, по свидетельству доктора Тарасенкова, появилась «течь из уха», которую, по его мнению, некоторые врачи «могут считать как имеющую связь с его последней болезнью. Разнообразные врачебные назначения (кровопускания, горячие растирания, клизмы и т. п.) не оказали влияния, и 21 февраля в 8 часов утра Гоголь скончался. Перед смертью что-то невнятно бормотал, выкрикивал отдельные слова «поднимите, заложите, на мельницу, ну же, подайте, давай, давай. Лестницу, поскорее давай лестницу» (22).

Врачи, лечившие Гоголя, разошлись во мнении относительно диагноза и причины смерти: «гастро-энтерит», «тиф», «менингит», «религиозная мания» и связанное с нею голодание, приведшее к смерти (22). Аутопсия не проводилась. Ломброзо (12), никогда не видевший и не лечивший Гоголя, основываясь на неизвестных данных, сообщил, что Гоголь умер от «*tabes dorsalis*».

В одной из относительно недавно опубликованных статей, посвященных причинам смерти Гоголя (6), автор приходит к твердому убеждению, что писатель «умер от тифа» и этот факт был, будто бы, намеренно скрыт от широкой публики, чтобы не повредить репутации профессоров, которые неправильно поставили диагноз и, соответственно, неверно лечили его, и, кроме того, в его смерти якобы было заинтересованно царское правительство. Многие приводимые факты неточны или вырваны из контекста. Так, автор цитирует запись доктора Тарасенкова, одного из врачей, наблюдавших и лечивших Гоголя в последние дни его жизни: «...доведенный продолжающимся тифом до необыкновенного изнеможения» как одно из доказательств в пользу сделанного заключения. Более полно, однако, эта фраза выглядит так: «...передо мною человек как бы изнуренный до крайности чахоткой или доведенный продолжающимся тифом...» и т. д. Пропуск частицы «как бы» и первой части предложения полностью меняет смысл фразы. Тарасенков не приводит своего мнения, а также мнения других, лечивших Гоголя врачей о его болезни, о чем сетовал еще в своей книге доктор Чиж (21). В то же время Тарасенков твердо уверен, что больной писатель нуждался в кормлении (искусственном) и будет плохо, если это не будет сделано. Автор статьи очень высоко оценивает профессора Варвинского – одного из врачей, лечившего Гоголя в последние дни его жизни, и сокрушается о том, что другие врачи не послушались его советов. Но именно профессор Варвинский, а не профессор Эвениус, как пишет автор, посоветовал «бульонную ванну», хотя и сомневался, вынесет ли ее Гоголь, но его указания выполняются. Не будем останавливаться на всех допущенных неточностях и противоречиях. Однако те симптомы, которые так подробно описывает автор, приписывая их «желудочно-кишечному заболеванию»: «бессонница, слабость, потеря трудоспособности и аппетита, запор», в сочетании с гипомией и гиподинамией, отказом от еды и врачебной помощи, о которой автор не упоминает, у любого психиатра вызовут вопрос: «А не страдает ли пациент депрессией?» Кстати, профессор Овер ставит диагноз «ипохондрия», что приблизительно соответствует современному понятию депрессии. Доктор Тарасенков пишет, что участь больного была решена «неумолимым советом трех», но он как-то отстраняет себя от ответственности за принятые решения, хотя и пишет, что в консилиуме, кроме профессора Овера, Эвениуса и доктора Клименкова, принимали участие он сам и доктор Сокологорский, но не высказывает своего мнения о болезни писателя и не приводит никаких сведений о лечебных рекомендациях.

В другой недавней статье (14), посвященной причине смерти Гоголя, автор в первых строках пишет: «сумасшествие и голодание нужно сразу отбросить как ни на чем, кроме недоразумения, не основанные». Вульгарное слово «сумасшествие», употребляемое в разговорной речи непрофессионалов, не совпада-

ет по значению с научным термином «психическое или душевное расстройство» и среди психиатров оно не используется. Об этом еще писал почти сто лет назад доктор Баженов (5). Психические, или душевные заболевания проявляются самыми разнообразными симптомами, и только некоторые из них, например, грубое, неправильное поведение, нелепые поступки, явные обманы восприятия, очевидные даже для непосвященных, связываются с понятием «сумасшествие». В то же время автор, даже не будучи психиатром, произвольно указывает на особое душевное состояние Гоголя, которое, естественно, находит свое отражение в его произведениях и письмах, но трактуется это непрофессионально с медицинской точки зрения: «скучно», «тяжело и грустно», «ослабевающие и деревянеющие силы». Сам Гоголь понимал свои болезненные состояния, называя их «нервическими расстройствами» и так, например, писал о себе Прокоповичу: «Я был болен тогда душою», «...боюсь ипохондрии, которая гонится за мною по пятам» или «...а потом овладела мною моя обыкновенная периодическая болезнь, во время которой я остаюсь почти в неподвижном состоянии в своей комнате, иногда в продолжение двух-трех недель» – Дондукову-Корсакову (22). С профессиональной точки зрения, это состояние (вместе с другими симптомами) можно расценить как депрессивное. Медицинский непрофессионализм автора виден и в таком выражении, как: «Ранний быстрый склероз (внешне объясняющий упадок сил)». «Упадок сил может быть вызван самыми различными причинами, но в данном конкретном случае, если проследить всю жизнь и творчество Гоголя, видно, что такие «упадки сил» и спады в творчестве были и раньше, например, в возрасте 24 лет, когда речь ни о каком «раннем склерозе» идти не могла. И что это вообще за понятие «ранний быстрый склероз», которого нет ни в одной современной медицинской классификации болезней? Соответствует ли оно прежнему понятию «*dementia praecox*», то что сегодня называется шизофренией, или это что-то другое? В то же время можно полностью согласиться с автором, что вера Гоголя в силу слова, его болезненное самоубеждение не позволили организму противостоять последнему приступу заболевания. (подробнее об этом речь пойдет ниже). В психиатрической практике нередко встречаются больные с тяжелыми депрессивными состояниями, аналогичными состоянию Гоголя в последние его дни, и лишь энергичные современные методы лечения (назначение антидепрессантов, искусственное кормление, общеукрепляющая терапия и др.), могут предотвратить летальный исход.

Конечно, сегодня легко судить и рассуждать о правильности действий тех, кто почти 150 лет тому назад пытался спасти, мы подчеркиваем – спасти, а не погубить писателя. Однако лечили его соответственно уровню знаний того времени. В. Чиж (21) считает, что смерть Гоголя не связана с истощением, и то незначительное количество пищи (бульон, чернослив, саго), которое он принимал, могло «предохранить его от истощения». Но если принять во внимание всю симптоматику, приведшую к печальному исходу, то можно считать, что смерть Гоголя наступила в результате совокупности патологических факторов. В настоящее время достоверно известно, что лица, психологически сопротивляющиеся болез-

ни, выздоравливают быстрее тех, кто пассивно подчиняется болезненным симптомам. Твердая убежденность Гоголя в неминуемой смерти, в том, «что он болен той же болезнью, от которой умер его отец в этом же возрасте» и «ненужность лечения, так как болезнь отца сделалась смертельной от того, что его лечили» (22, выделено нами), также приблизила смерть писателя.

В специальной литературе описано возникновение психических нарушений, связанных с посещением исторических достопримечательностей и сокровищ искусств. Итальянские исследователи назвали это состояние «синдромом Стендаля», по имени известного французского писателя, испытывавшего сильное эмоциональное воздействие от своего посещения Флоренции в 1817 году. В последние годы был описан синдром Иерусалима (25, 37), суть которого сводится к возникновению острых психотических состояний у туристов, посещающих этот святой город – оплот трех основополагающих религий. Заболевшие представляют себя, главным образом, Мессией, Богом, чертом и другими значимыми библейскими фигурами. 50 % больных, госпитализированных в связи с возникновением этого синдрома, ранее страдали шизофренией или эффективными психозами (37).

В свете изложенного, можно было бы предположить, что у Гоголя, как человека душевно больного, глубоко религиозного, в последние годы жизни посещение «Святых мест, к чему он стремился в течение 6 лет и чего одновременно боялся, должно было вызвать обострение заболевания. Однако кроме кратковременного возникновения религиозного экстазически-эйфорического состояния: «...пение ...и прочие гимны едва доходило до моих ушей, как бы исходившее из какой-нибудь другой области... Все было так чудно! Я не помню молился ли я. ...Литургия неслась так быстро, что самые крылатые моления не в силах бы угнаться за нею» (Жуковскому 6.4.1848 г.), – ничего более не описано ни им самим, ни его современниками. Впечатления от посещения Палестины скорее «приближались к обыденным, чем к тем чрезвычайным, которых он так страстно ожидал. Не замечая в себе того горячего религиозного энтузиазма, который представлялся ему естественным и неизбежным перед святыней Гроба Господня, он упрекал себя в черствости сердца» (16).

Несмотря на то что еще при жизни многие считали Гоголя психически не вполне здоровым, он ни разу даже во время тяжелых душевных кризисов (1833, 1840 и 1846) не наблюдался психиатрами и не лечился у них. Различные соматические симптомы, сопровождавшие депрессивные состояния (расстройство деятельности кишечника, отсутствие аппетита, похудание, «зябкость» и др.) приковывали внимание врачей, рассматривающих болезнь Гоголя в «поперечном срезе». При таком подходе эти симптомы принимались за «первичные», что приводило к неправильному заключению о соматическом характере болезни.

Единственно объективно констатированными заболеваниями при жизни Гоголя были «геморрой», «хронический катар кишечника» и «течь из уха» (22). Врачи, на протяжении жизни обследовавшие и лечившие Гоголя, ставили ему различные диагнозы: «болезнь печени», «нервическое расстройство», «малария», «катар кишок», «ипохондрия» (7, 21 22).

В настоящее время известно, что различные со-

матические нарушения обычно сопровождают депрессивные состояния. Колебания в настроении в различной степени, нарушения в когнитии, в личности, в цикле – сна и бодрствования, изменения в энергетическом потенциале и поведении часто наблюдаются в течение каждой из фаз при аффективных нарушениях. Даже во время «нормальных» состояний многие лица испытывают легкие или более выраженные колебания в интенсивности восприятия и чувствований. Все эти изменения имеют потенциально важное воздействие на личность и ее проявления, но вероятно эти изменения, возникающие в период нарушенного аффекта, играют еще более важную роль (29).

В биографических исследованиях писателей, художников, политических лидеров часто описываются в деталях их периоды «меланхолии». Периоды жизни, более подходящие под клинические описания гипомании или даже явного психоза, описываются как «нормальное функционирование», «творческое вдохновение», «артистический характер», «интенсивный творческий период», «эксцентричность» и «хаотический стиль жизни» (29).

Серия публикаций последних лет (24, 27, 31, 34 и др.) убедительно демонстрирует связь между творчеством и тенденцией к аффективным нарушениям, а взаимосвязь гипоманиакальных фаз и творческих взлетов со всей очевидностью доказана работами Jamison (28, 29).

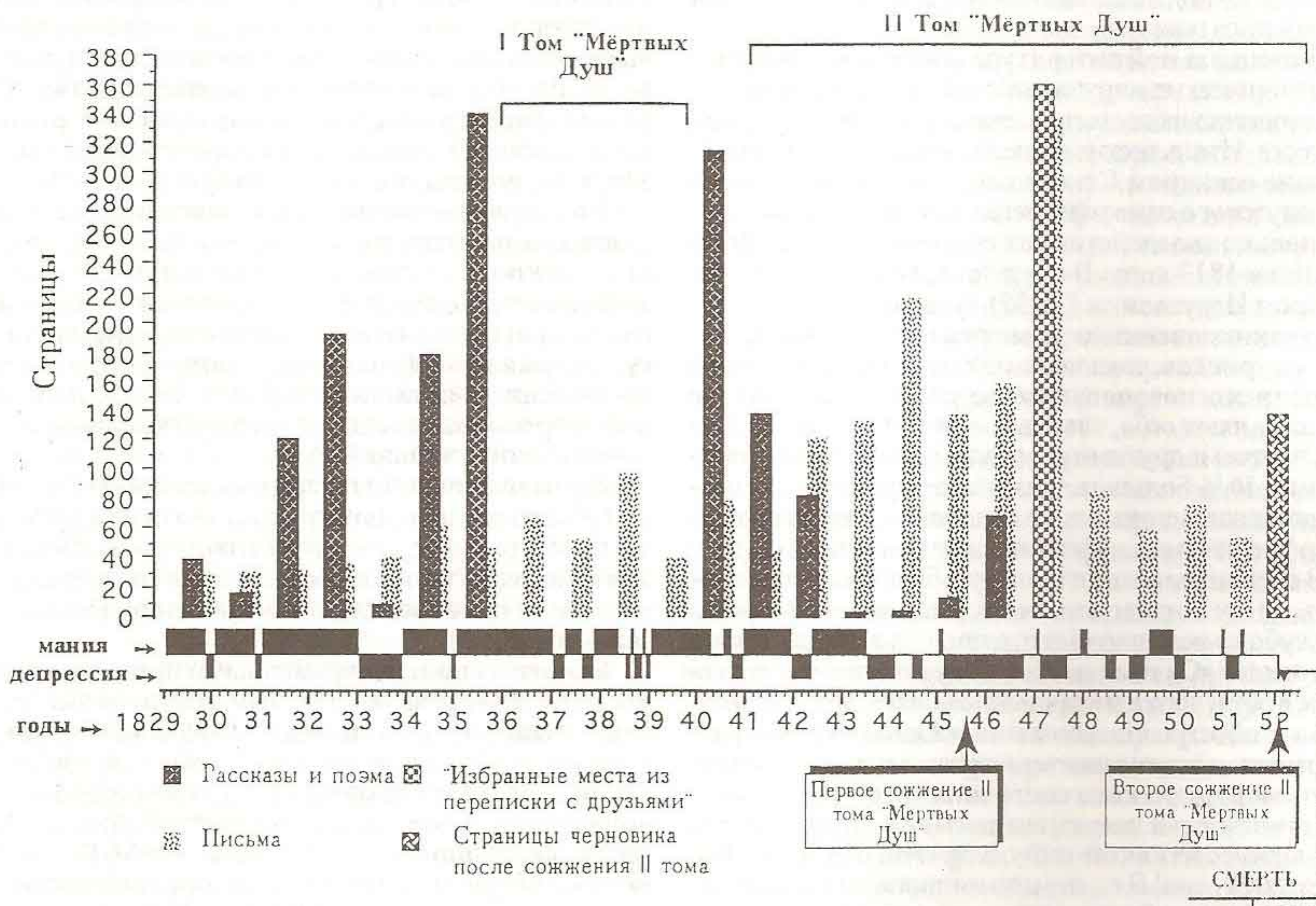
В соответствии с современными представлениями, депрессия проявляется такими симптомами, как: апатия, сниженное настроение, изменение моторной и идеаторной активности, нарушения сна, концентрации внимания и памяти, мысли о безнадежности, неспособность получать удовольствие. Диагностические критерии в соответствии с DSM-IV также включают суицидальные мысли, бред самообвинения и чувство неадекватной вины. Критериями же, дифференцирующими клиническую депрессию от колебаний настроения, связанных с повседневными проблемами, являются, во-первых, продолжительность упомянутого комплекса симптомов не менее двух недель и, во-вторых, значительное их препятствие повседневному функционированию. Во время маниакальных или гипоманиакальных приступов, напротив, настроение больных повышено. Они полны энергии, повышена трудоспособность. Появляется твердая убежденность в правильности и важности своих идей. Характерны также быстрая речь и переходы с одной темы беседы на другую, часто наблюдаются параноидные мысли и раздражительность. Мысли о собственной необыкновенной значимости сопровождаются недостаточной критикой и импульсивным поведением. Лица в таком состоянии могут тратить большие суммы денег, участвовать в рискованных мероприятиях. Нарушения аффекта могут сопровождаться как слуховыми, так и зрительными галлюцинациями, соответствующими или несоответствующими аффекту (23).

Из вышеизложенного описания жизни Гоголя можно увидеть, что в определенные периоды жизни у писателя возникали как депрессивные и субдепрессивные, так и маниакальные и гипоманиакальные состояния. Начиная с 20-летнего возраста, всю жизнь Гоголя сопровождали отчетливые колебания настроения с преобладанием депрессивного компонента в последние годы его жизни. Естественно, что депрессивные состояния препятствовали работоспо-

способности, и снижение его творческой активности может быть связано с этим. Письма Гоголя последних лет отчетливо указывают на это: «Не могу сосредоточиться...», «мысли разбегаются...» и т. д.

люцинаций); стабилизация творчества.

1842 – 1847 гг. – утяжеление клинической картины и увеличение длительности депрессивных состояний (идеи овладения, воздействия, суицидальные



Подводя итог вышеизложенному, можно заключить, что заболевание Гоголя началось исподволь, у патологической личности, отличавшейся с раннего детства грандиозным чувством самоуверенности, преувеличением достижений и талантов, погруженностью в фантазии безграничного успеха, уверенностью в своей уникальности и непонятности другими, постоянным требованием от других восхищения собой, эксплуатацией окружающих для достижения своих целей, неспособностью понять чувства и нужды других, высокомерным поведением по отношению к окружающим.

Продромы болезни появились в 1828 году на 18 – 20 году жизни и проявлялись в приподнятом настроении, переоценке собственной личности, разбазаривании денег, бесцельных импульсивных поездках.

При рассмотрении болезни в клинике отчетливо видны подъемы и спады в настроении, учащение соматических жалоб в периоды депрессий и влияние настроения на работоспособность писателя. Если это представить графически, то можно увидеть, что течение болезни как бы разделяется на периоды (см. *диагр.*).

1828 – 1830 гг. – период продрома; начало творческой активности.

1831 – 1836 гг. – преобладание гипо- и маниакальных состояний; расцвет творческой активности.

1837 – 1841 гг. – учащение смен настроения, увеличение доли депрессивных приступов и усложнение клинической картины приступов (появление гал-

мысли); все письма, написанные Гоголем до 1842 года, составляют 1105 страниц, из них письма, написанные в 1847 году, – 337 страниц; с 1848 по 1852 годы – 278 страниц (21).

1848 – 1852 гг. – однообразный малопродуктивный период с незначительными колебаниями настроения в ту или другую сторону; перед смертью – депрессивный ступор, отказ от лечения и еды, кахексия.

В соответствии с критериями DSM-IV, заболевание Н. В. Гоголя можно диагностировать как:

Ось I: 296.94 – неуточненное аффективное нарушение;

Ось II: 301.81 – нарцисстическое нарушение личности;

Ось III: колит; геморрой; хронический запор; отит;

Ось IV: психосоциальный стресс – отсутствует;

Ось V: функциональный уровень 41–50.

В соответствии с ICD-10, заболевание Н. В. Гоголя представляется как: **биполярное аффективное расстройство, неуточненное – F31.9, возникшее на фоне нарцисстического расстройства личности – F60.8.**

Трагедия Гоголя как больного состояла, по нашему мнению, в том, что заболевание его не было точно диагностировано, и эффективного лечения назначено не было, что сыграло роковую роль во время последнего приступа болезни. В то же время нельзя не отметить, что как установленный лечащими врачами диагноз, так и сделанные ими назначения – «пиявки», «влажные обертывания», «горячая

ванна», «лед на голову», «каломель» и др., справедливо раскритикованные спустя полстолетия доктором Н. Баженовым (5), находились в полном соответствии с современным Гоголю уровнем медицинской науки и практики. Посещение же Гоголем Святых мест можно рассматривать как попытку своеобразного «самолечения» человека, ставшего повышенно набожным вследствие своего психического заболевания.

Чувствующего свою болезнь, но оказавшегося не в состоянии верно оценить ее характер. Применение современных методов диагностики и терапии больных психотической депрессией с отказом от пищи и последующей тяжелой соматической патологией позволяет сегодня спасти жизнь многим пациентам и, будь они известны в середине прошлого века, жизнь Гоголя, вероятно, была бы продолжена.

Авторы:

В. Е. Лернер – Старший психиатр, Центр Психического Здоровья, Университет им. Бен Гуриона, Беер-Шева, Израиль.

Э. Вицтум – Профессор, Центр Психического Здоровья, Университет им. Бен Гуриона, Беер-Шева, Израиль.

Г. М. Котиков – Психиатр, Психосоматическая Клиника, Центральная медсанчасть № 11 ФУМБЭП при Минздраве России, Москва.

Авторы выражают глубокую признательность Ю. Берсудскому, В. Жуховицкому, К. Новоселову и В. Шапиро за помощь, оказанную в подготовке этой статьи.

Адрес для корреспонденции: Московская область, г. Люберцы, ул. Урицкого, дом 6, кв. 2, Котиков Г. М. Тел. 554 40 29.

Библиография

1. Аксаков И. С. Письма. М., 1888, т. 1.
2. Аксаков С. Т. История моего знакомства с Гоголем М., АН СССР, 1960.
3. Аристотель. Метафизика. М., Гос. Соц. Экон. Изд. 1934.
4. Арнольди Л. И. Мое знакомство с Гоголем. Русский Вестник, 1862, 1.
5. Баженов Н. Н. Болезнь и смерть Гоголя. В кн.: Психиатрические беседы на литературные и общественные темы. М., 1903, с. 123 – 159.
6. Бельшева А. Тайна смерти Гоголя. Нева, 1967, 3, 170 – 181.
7. Вересаев В. В. Гоголь в жизни. М., Московский рабочий. 1990.
8. Гоголь Н. В. Собрание сочинений в 6-ти томах. М., Художественная литература, 1959, т. 6. 13 – 14.
9. Данилевский Г. П. Знакомство с Гоголем. СПб., 1902, т. 14.
10. Ермаков И. Д. Очерки по анализу творчества Н. В. Гоголя. Москва-Петроград, 1923.
11. Золотусский И. П. Гоголь. ЖЗЛ. М., 1984.
12. Ломброзо Ц. Гениальность и помешательство. М., 1885.
13. Любич-Романовский В. И. (по записи Глебова С. И.). Исторический Вестник, 1902, 2.
14. Мильдон В. Отчего умер Гоголь. Вопросы Литературы, 1988, 3, 119 – 130.
15. Мочульский К. Духовный путь Гоголя. YMCA Press, Paris, 1934.
16. Переписка Гоголя. Сост. Карпов. М., 1988, т. 2.
17. Платон. Федр. Петербург. Академия. 1923, т. 5.
18. Сочинения и письма Гоголя (под ред. В. В. Калаша). СПб., 1901. Т. 9, письма.
19. Тропин Г. Гений и здоровье Н. В. Гоголя. Вопросы философии и психологии. 1905, 1, 37 – 85; 2, 187 – 249; 3, 333 – 383.
20. Тургенев И. С. Литературные и житейские воспоминания. Цит. По Вересаев В. В. «Гоголь в жизни», М., 1990.
21. Чиж В. Ф. Болезнь Н. В. Гоголя. М., 1904.
22. Шенрок В. И. Материалы для биографии Гоголя. М., 1892 – 1897, тт. 1 – 4.
23. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 4, American Psychiatric Association, 1994.
24. Andreasen N. C. Creativity and Mental Illness: Prevalence Rates in Writers and Their First-Degree Relatives, American Journal of Psychiatry, 1987, 144: 10, 1288 – 1292.
25. Bar-El I., Witztum E., Kallian M., Brom D. Psychiatric Hospitalization of Tourist in Jerusalem. Comprehensive Psychiatry, 1991, 32: 3, 238 – 244.
26. Drissen F. C. Gogol as a Short-Story Writer. The Hague: Mouton, 1965.
27. Hare E. Creativity and Mental Illness. British Medical Journal, 1987, 295, 1587 – 1589.
28. Jamison K. R. Mood Disorders and Patterns of creativity in British Writers and Artists. Psychiatry, 1989, 52: 2, 125 – 134.
29. Jamison K. R. Manic-Depressive Illness, Creativity, and Leadership. In: F. K. Goodwin & K. R. Jamison (eds). «Manic-Depressive Illness». New York, Oxford University Press, 1990, pp. 332 – 356/
30. Kretschmer F. The psychology of men of genius. London, Kegan Paul, 1931.
31. Ludwig A. M. Creative Achievement and Psychopathology: Comparison among Professions. American Journal of Psychotherapy, 1992, 46: 3, 330 – 356.
32. Ober W. B. Boswell's Clap and Other Essays. Medical Analyses of Literary Men's Afflictions. Southern Illinois University Press. Feffer & Simons, Inc. 1979.
33. Ostwald P. The «God of the Dance»: Treating Nijinsky's Manic Excitement and Catatonia. Hospital and Community Psychiatry, 1994, 45: 10, 981 – 985.
34. Post F. Creativity and Psychopathology. A study of 291 World-Famous Men. British Journal of Psychiatry, 1994, 165, 22 – 34.
35. Rancour-Laferriere D. Out from under Gogol's Overcoat. A Psychoanalytic Study. Ardis, 1982.
36. Troyat H. Divided Soul. The Life of Gogol. Doubleday & Company, Inc., Garden City, New York, 1973.
37. Witztum E., Kallian M. and Brom D. Pilgrims' Perils: Breakdown in Jerusalem. Encyclopaedia Britannica, Inc. from 1994 Medical and Health Annual. Chicago, Auckland, London etc, 1993.

ВОРОТА РАСЁМОН

Доктор И. Б. Якушев (Северодвинск)

*«Ветка хаги задела меня...
Или демон охватил меня за голову
В тени ворот Расёмон*

М. Басё

Ворота Расёмон – южные ворота в Киото, воздвигнутые в начале IX века, считались издревле прибежищем демонов и разбойников. В Японии существует множество легенд, связанных с этим местом.

Первый сборник рассказов японского писателя Рюноске Акутагавы назывался «Ворота Расёмон», и можно предположить, что уже тогда, к моменту создания книги, «демон безумия» коснулся головы автора. Или это случилось позже.

С детских лет страх сумасшествия преследовал Акутагаву, мать которого сошла с ума вскоре после рождения мальчика. Впоследствии писатель неоднократно навещал ее в лечебнице для душевнобольных, где мать находилась долгие годы. Эти посещения оставляли след в его душе и отражались в творчестве. В своих произведениях Акутагава неоднократно касался тем безумия и самоубийства. Ни у одного из писателей нет такого разнообразия описаний видов смерти, способов убийства и самоубийства. Тема смерти, если судить по ее «концентрации» в общем объеме прозы Акутагавы, довлела над писателем постоянно. Кажется, описывая смерть в разных видах, автор словно делал себе своеобразную вакцинацию против нее, создавая своего рода «иммунитет» к описанному. Характерно, что в рассказах писателя не встречается отравление вероналом (к такому виду смерти иммунитета у Акутагавы не оказалось).

Рюноске Акутагава был одним из первых японских писателей, испытавших влияние культуры и литературы Запада. Он не порывал окончательно с национальными традициями, но ряд эстетических, этических, религиозных особенностей, характерных для Японии, был явно чужд этому европеизированному человеку. Казалось бы, далеким должен был представляться писателю и средневековый кодекс чести самурая «Бусидо» («Путь воина»). Напомню, что согласно кодексу самурай подвергал себя характеру (точнее сеппуку) в случае угрозы «потери лица», бесчестия. Не может ли служить потеря личности, индивидуальности синонимом сумасшествия? Не знаю, имеют ли в японском языке слово «лицо» и «личность» общий корень, однако понятия это сугубо персональны и индивидуальны. Потеря лица с точки зрения утраты уникальности человека может быть понята как распад личности вследствие психического заболевания.

Собственно об этом написаны некоторые романы другого выдающегося японского писателя Кобо Абэ (психиатра по образованию) – «Сожженное лицо» и «Человек-ящик». Героя первого из них – пострадавший в результате взрыва в лаборатории ученый – конструирует маску из изобретенного им состава, чтобы закрыть обезображенное лицо. Однако маска вскоре начинает тяготить его, потом делается невыносимой. Герой предпочитает ей собственное, изуродованное келоидными рубцами лицо – метафора сохранения своей личности.

Но вернемся к Акутагаве. Тема сумасшествия также постоянно присутствует в его творчестве, хотя и проходя не редко в виде эпизодов.

Любопытно проследить за датировкой произведений писателя. Чем ближе дата его смерти, тем более странными, «сумасшедшими» предстают некоторые персонажи. Характер мышления, стилистика речи да и сам выбор действующих лиц (оборотни, водяные-каппы, лесные-тангу и т. п.) все сильнее отличаются от прежней повествовательной манеры автора. В новелле «Зубчатые колеса» писатель делает характерное признание: «Я населил мир своего рассказа сверхъестественными животными. Больше того, в одном из этих животных я нарисовал самого себя».

Можно предположить, что психическое заболевание постепенно захватывало писателя, оставляя все меньше «пространства» рассудка. И перед угрозой утраты личности, «потери лица» Акутагава совершил самоубийство, как того требовали каноны «Бусидо», но не прибегая при этом к мечу самурая.

Мне могут возразить, что психически больные люди совершают немало суицидов. Стоит ли нанизывать длинную цепь рассуждений и говорить о какой-то «потере лица»? Но самоубийства психически больных совершаются при галлюцинаторно-бредовой симптоматике или депрессивной состоянии. Здесь же речь идет о суициде из-за осознания себя психически больным. Это событие достаточно редкое, поскольку сознание болезни, критичность отсутствует у действительно душевнобольных.

В свое время З. Фрейд поразил мир открытием «сосуществования» Eros и Thanatos. Дialeктике их взаимодействия подчинена жизнь любого существа. По Фрейду Эрос представляет созидающее, мужское, начала, тогда как Танатос – начало деструктивное, женское. Эта мысль поразительно близка к китайской культуре (дialeктика отношений Инь и Янь, женского и мужского начал), просматривается она и в христианстве (за плечами человека двое: ангел-созидание за правым плечом и демон-разрушение – за левым). В той же новелле «Зубчатые колеса» Акутагава писал: «Я зашагал, сутулясь, чувствуя за своей спиной непрестанно преследующих меня духов мщения».

Демоны, притаившиеся за левым плечом писателя в тени ворот Расёмон, коснулись его головы. «Дialeктические качели» – Инь и Янь – замерли, потом иероглиф инь перевесил. Страх потери лица оказался сильнее страха смерти.

Верно, это пикада
Пеньем вся изошла
Одна скорлупа осталась.

Р. С. Около ворот Расёмон по-прежнему таятся демоны. Режиссер А. Курасава, который экранизировал рассказ Акутагавы, создав фильм «Расёмон», неоднократно пытался совершить суицид.

Памяти Андрея Константиновича Суворова

Ушел из жизни Андрей Суворов, наш коллега, товарищ, психиатр. Его профессиональный путь начинался в Московском НИИ психиатрии, где он прошел добротную клиническую школу, защитил диссертацию, был старшим научным сотрудником. Затем становится ассистентом кафедры психиатрии Московского медицинского стоматологического института. Через несколько лет вынужден уйти. Работает врачом, возвращается к научной деятельности, пытается найти себя... Ему было слегка за сорок...

Образованный, высококультурный психиатр, любивший и знавший свое дело. Искренне преданный науке, чуждый конъюнктуре, увлеченный своими исследованиями. Сначала как все – статьи, диссертации, снова статьи. Главная тема – депрессия и сенесто-ипохондрия. Одним из первых обращает внимание на приступообразные проявления депрессий, в том числе раптоидные. Затем – как исследователь, пытающийся нащупать свой собственный путь в психиатрии, обосновать свое видение проблемы. И тогда уже работа «для себя», «в стол».

Суворов относился к немногим, предпочитающим первоисточники. Создал уникальную библиотеку – машинописные листы, переплетенные в многочисленные толстые тома. «Общая психопатология» Ясперса и «Клиническая психопатология» Шнейдера, например, были представлены несколькими различными вариантами переводов.

Хороший психиатр, толковый врач, одаренный исследователь. Человек тонкий и глубокий. С талантом. С принципами. С характером. С непростым, нелегким характером. Судьба, столь напоминающая

вечные темы русской классической литературы.

Мы не были близко знакомы – лишь несколько встреч, связанных с диссертацией нашего сотрудника. Запомнился долгий разговор на зябком осеннем Сретенском бульваре, в сгущающихся глухих лиловатых сумерках, расцвеченных уже редкими одиночными листьями. Андрей рассказывал о своих работах, рисовал схемы, ниспровергал, предлагал. В его увлеченности и запальчивости сквозила незащищенность перед собой, перед другими, перед судьбой.

В такой же темный осенний вечер много лет спустя пришло известие о его смерти. Несколько человек вспомнили, что недавно – месяц, два, три назад – он звонил, искал работу, предлагал встретиться. Искал – обычного человеческого участия, той самой неотложной психологической помощи, обязанность оказывать которую была провозглашена в начале нашего века «общечеловеческой повинностью».

Власть и черствость обыденности, соблазны психиатрического наукообразия, нагромождение внешних событий, заполняя пространство жизни, не уведут ли от нее самой, ее времени и сути. Наши звонкие «этические» и «деонтологические» комиссии, сборы и воззвания не сопряжены ли с попыткой вольного или невольного оправдания неспособности к обычному, естественному, человеческому – увидеть, почувствовать, откликнуться, протянуть руку. Память об Андрее Суворове для меня соединяется с ощущением собственной вины.

Е. Беззубова

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

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

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

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

Телефон для справок:
(095) 206-86-39

Почтовый адрес:

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

Экспертиза и консультации проводятся бесплатно

РЕКОМЕНДАЦИИ

Валантен Маньян – Клинические лекции по душевным болезням. Алкоголизм. Издательство психиатров 67-ой московской б-цы. 1995

Карл Густав Юнг – Война с тенью. – Вестник МГУ, сер. 7, 1995, 6, 80 – 87

Карл Густав Юнг – Постигая дзен. – «Человек», 1995, 6, 99 – 108

Психоанализ и культура. Избр. труды Карен Хорни и Эриха Фромма. М., 1995

Жанн Делюмо – Ужасы на Западе (XIV – XVII вв.). М., 1994

П. Д. Тищенко – Метафорика и метафизика телесности – «Постижение культуры». М., 1995, 238 – 255

В. Игнатъев – Этический комитет – «Человек», 1995, 6, 99 – 108

М. М. Мальцева, В. П. Котов – Опасные действия психически больных. М., 1995

А. И. Нельсон – Практическое руководство по электро-судорожной терапии. М., 1995

Э. Фуллер Торри – Шизофрения. Книга в помощь врачам, пациентам и членам их семей. Изд. Питер. Спб., 1996

Д. Фонтана, Г. Перри, А. Брум и Х. Джеллико – Как справиться со стрессом. Как справиться с кризисом. Как жить с вашей болью. М., 1995

В. Парето – Применение социологических теорий – «Социол. иссл.», 1996, 1, 108 – 118

П. Ансар – Современная социология. – Ibid., 134 – 150

Ю. Л. Качанов, Н. А. Шматко – Базовая метафора в структуре социальной идентичности – Ibid., 61 – 71

И. Ремани – «Живописное мышление» и абстракция: проблемы эволюции стиля в творчестве Пауля Клее – Вестник МГУ, сер. 7, 6, 48 – 56

Клод Леви-Строс – Печальные тропики. Изд. «Культура», 1994

Светлана Лурье – Метаморфозы традиционного сознания. СПб., 1994

Александр Кирпичников – Коррупция и закон в русском сознании. – «Звезда», 1996, 1, 159 – 169

С. Л. Франк – Предмет знания. Душа человека. Спб., 1995

Л. Сидоров – Трактат «Метод священной молитвы и внимания» и его место в традиции исихаизма – «Символ», Париж, 1995, 34, 191 – 224

Вильгельм Дильтей – Два текста о. М., 1995

Иосиф Бродский – Вершины великого треугольника – «Звезда», 1996, 1, 225 – 233

Красота и мозг (биологические аспекты эстетики). М., 1995

Е. С. Левина – Вавилов, Лысенко, Тимофеев-Ресовский. М., 1995

А. А. Печенкин – Методологические принципы школы Л. И. Мандельштама и традиции немецкой физики – Вестник МГУ, сер. 7, 6, 15 – 24

Д. П. Горский – Ошибки гения самые опасные. М., 1995

Людвиг фон Мизес – Либерализм в классической традиции. Начала-Пресс. М., 1995

Джон Ролз – Теория справедливости. Изд. Новосибирского унив., 1995

«МОСКОВСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ»

Проблемы психологического консультирования,
тренинга и психотерапии у нас и за рубежом

Индекс для индивидуальных подписчиков – 73268

для организаций – 73269

Адрес редакции:

129366, Москва

Ярославская ул., 13

Центр психологии и психотерапии

Тел. 282-44-00

ABSTRACTS

Jealousy Delirium.

On the question: «development of personality» or «process»?

Karl Jaspers

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

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

Psychiatry and human rights: fundamental importance of correlation, situation in Russia, attitude of IPA

Yu. Savenko

The theme, put forward at our recent seminar, unfortunately has become extremely urgent again, in spite of long – standing very unfavourable background. The evidence of it is the level of understanding of this theme on the part of many, even leading Russian psychiatrists, who reduce the matter to formal recognition of articles of the Declaration of Human Rights and of their own Constitution, which remain for them the utopian declaration of good intentions. Their attitude to the theme of human rights underlines this even more vividly. «I am not engaged in publicism» – said one of such leaders in reply to the proposal to publish his article on this theme in our Journal. The contemptuous tone of that remark was evidently meant to blame politization, moralizing and idle talk, but in fact it reflected the superficial attitude to the problem.

For medicine, and first of all for psychiatry human rights represent the integral part of the essence of the subject as science and not only of practice. As the remarkable seminars of Larisa Bogoraz, published by the Moscow Helsinki group and many other excellent publications did not attract the attention of a wide psychiatric audience, it would not be unnecessary to recall the historical context of the human rights problem.

The ancient Greeks together with «the right by Law» underlined the «right by nature». Aristotel in his *Nicomach Ethics* gave the following definition of the latter one: the right by nature is any right, which acts everywhere and it does not depend on the fact, if people consider it acting or not». In the Age of the European Enlightenment it had developed into the large scale concept, which influenced the American and French Revolutions and defined the modern type of a democratic constitutionally legal state with its deviation of authority, neutral attitude to religion and with the Declaration of Human Rights. However, since XIX the concept of natural right seemed to have been absolutely exhausted and dissolved in civil and private law, which actually was not a defeat, but evidence of genuine success. (Otfried Heffe,

1987). Only the experience of totalitarian regimes of XX century and, first of all, the tragedy of Holocaust revives this concept in its independent manner. Typical is the contemptuous reaction to it on the part of romantics, neoromantics, positivists and Marksists. Also typical are the terms «moral universalism of XYIII century», «civil religion», «morale of slaves», «morale of the weak», «feebleness», «bourgeois prejudice» and «fiction». Meanwhile the central question is being put on the agenda again: should we break off with the ideals of the Enlightenment or develop them (Yurgen Habermas, 1995).

The ideas of the Enlightenment served as the example of the ideology, which deeply corresponded to the historically mature task and was replacing ideas of feudalism, fighting theological prejudices, intolerance and fanaticism and asseverating the freedom of thought and strength of knowledge. «The revolution was taking place in the minds of people before it reached fighting stage», fifteen years in America, nearly thirty years in France. The *Encyclopaedia* by D'alamber and Diderot in 28 volumes, which was being published for 14 years in spite of all the attacks on it and bans (1751 – 1765) represented the formidable work, which had prepared society for the idea of necessity of revolution and substantiated human rights in New Times. The Age of the Enlightenment had changed outlook of all Europe.

Exactly during the Age of the Enlightenment the idea of natural human rights developed into a large scale system, formulated for the first time in Virginia Bill of Rights (1776) and in the French Declaration of Human and Citizen's Rights (1789). In 1791 The Bill of Rights was included into the USA Constitution. The idea of natural right had become the basis of three European codes of laws: Prussian (1794), French (1804) and Austrian (1811). This idea won total victory at least on the constitutional level. It was included into our Constitution 200 years later.

It is deeply significant, that together with the con-

cept of natural right the Enlightenment gave rise to the founders of the scientific psychiatry: the father of the American psychiatry Benjamin Rush, whose name stands in the same line with B. Franklin, T. Jefferson and T. Paine and the father of the European psychiatry Philippe Pinel. Yu. Kannabih (1926) wrote: «After releasing from chains (that happened in 1793) appeared the possibility to watch genuine pictures of psychoses unspoiled by animosity, artificially imparted fear and other consequences of maltreatment. Psychiatry found the object for its research – mentally ill person in his natural state. Only since that moment onward movement of science became possible. The first steps in that direction were made by Pinel himself».

In those words the inseparability of scientific psychiatry with humanistic outlook was formulated with utmost lucidity. The medicine as such has been humanistic since Hippocrates. It was anthropologic, that is integral in relation to human being as personality. The age of positivism, which began since 30-ies of XIX century with its dismembering of the whole, severance of soul and spirit, division of the body into different spheres of medical treatment, **with its attitude to the patient as the object of research and treatment** has inevitably led to the crisis of the foundations of medicine itself. For psychiatry that process was the most painful, for due to its integral multi-level character the objective approach deprived it of actually own subject, replacing it by «brain pathology».

It is easy to find analogical evolution in the law too. Until now none of definitions of the law has become universally recognized. One of the main reasons for it are acute differences of opinion between advocates and opponents of natural right (Rene David, 1978). The positivist paradigm of XIX century came, in particular to the cult of obscure science, which tried to substitute philosophy, ethics and religion. The ideas, unamenable to scientific substantiation were scornfully called metaphysics. Exactly that term had been applied to the concept of natural right too.

At the beginning of XX century many thinkers began talking about the most frightful and formidable crisis – the crisis of humanism. E. Husserl had made the deepest analysis of the spiritual situation of the epoch, which allowed to forecast the first and the second world war. The crisis of humanism, the core of which are natural human rights, frightful catastrophes of wars and totalitarian regimes to a large degree are connected with victorious spreading of positivist paradigm, which had prepared the ground for prosperity of XIX century and horrors of XX century. All that evoked powerful anti-scientism counterreaction which found its expression in numerous anti-rationalistic doctrines of XX century.

The earliest and the deepest resistance to the positivist paradigm had become the phenomenological movement, which began with «Logical research» by Husserl. The philosophic anthropology of Max Scheler which had grown up on that basis, gave the classic substantiation of the universal values of law and ethics, as directly perceivable, denied the idea of formal ethics, showed independence of value of fair, that is objective, law and order from the idea of law, idea of state and idea of society. It showed, that the value of personality was the independent value in the sphere of the sacred. Finally, according to Scheler, the moral meaning of phenome-

nology consists of necessity for the act of phenomenological reduction to be filled with spiritually moral mood, with love for being, comparison for all real, humility and reverence before its mysteries and of necessity by ascetic acts to attain self-control, to master regulation of own psychovital sphere. (Scheler). Here is the source of Scheler's remarkable sociology of knowledge. Here we witness, that ethics is not indifferent at all to our possibilities to learn the truth, and in our case to understand and describe a mentally ill person without prejudice. On this phenomenological basis the remarkable psychiatric systems of Karl Jaspers and Kurt Schneider have grown up. The principle of understanding combined with elimination of any psychologization has made it possible to give reliable criteria to delusional paranoid disorder – the most complicated field of psychiatry. And the study by Jaspers of the problem of communication of psychiatrist with his patient, humanization of this contact has grown into the grandiose concept of existentialism.

The Nuremberg Trials gave impetus to deep elaboration of human rights. In modern times again the contribution of Jaspers was great. I have in mind, in particular, his well known interview with Rudolph Augstein, the publisher and editor-in-chief of «Spiegel».

The antipsychiatric movement with its peak at the end of 60-ies protested against depersonalized narrowly biologically oriented psychiatry. Although the first points of the antipsychiatric programme, namely protest against prison regime in mental hospitals and deprivation of human rights of mentally ill persons and against interference of psychiatry into social and political life, by the way first of all in the USSR, had awakened the society out of its indifference to social aspects of psychiatry, the grotesque denial of the concept of mental illness itself, of psychopharmacology and objectivity of clinical method of research comprised the contents of what we call antipsychiatry. The ideologist of that movement was Herbert Markuse, who in 1951 – 52 developed one of the concepts of spiritual manipulation, which had absolutized the role of political factor and had come close to the concept of «brainwashing».

Unprecedented by its scale the use of psychiatry for political purposes in the Soviet Union since 1960-ies have led to the situation, when since 1970-ies the problem of human rights has not only become urgent, but «has become for the first time the integral part of international politics» (K. Fitzpatrick, 1992). This involvement has even assisted in the attempt to discredit human rights aspect as the political one. One of the Duma committees has recently complained, that the Human Rights Committee had not become an independent branch of power, advocating human rights («Novoye vremya», 1995, 37, p. 19). However we often met similar illiterate identification on the part of some foreign colleagues. That, in particular, had prompted us to devote the preceding Congress to the theme «Psychiatry and Politics». I'll repeat in brief: the essence of the concept «politics» consists of two aspects – the vertical, the aspect of power, to be more exact, rule, order under compulsion and the horizontal, regulative, balancing different social and political forces by nonviolent diplomatic way. The same function is being fulfilled by law, ethics, religion, infrastructure of society and public opinion. The aspect of advocating human rights represents the struggle not for

power, but against interference of authorities into rights of personality and autonomy of professional institutions. It is stipulated in the Charters of all human rights organisations, that they are nonpolitical organisations. The use of the human rights problem in the political struggle does not convert it into politics, as well as any object used as an instrument of murder cannot be considered as arms. The real politization of psychiatry is not the struggle for observation of human rights in regard to mentally ill persons, but total control of the state over psychiatry and psychiatric service, that is total rule of the executive power.

The modern political and legal concepts and establishments of the West, so called Western tradition of law stems from the autonomy of ecclesiastical power from secular power, beginning from the Pope Revolution of 1075, which lasted 50 years and from the autonomy of the feudal (regional) power, beginning from the Great Charter of 1215. «The duality of the ecclesiastical and the secular jurisdiction and a great number of secular jurisdictions had created the acute rivalry, which have resulted in not only rule by law, but rule of law. This rivalry represents the main feature of the Western tradition of law, which has been existing for 870 years and is a source of development of law and the source of freedom.» (G. Berman, 1983). These historical roots of the Western European law were absent in Russia. Ivan the Terrible, Peter the Great and communist regime had nipped them in the bud. The laws are not being respected and they are being ignored.

The most important task of the Law and the Constitution – protection of personality from the arbitrary rule of the State – raises in the societies, which have not yet become legal, departmental disregard of the Law and the Constitution, which in its turn gives rise to legal nihilism of the majority of population. It is evident to everybody, that neither laws nor the Constitution are being observed, that in jurisprudence politics, but not the law has supreme power. And if one recalls, that the Russian intelligentsia even before the revolution never respected the Law, that legal traditions are simply nonexistent, that even the conversion of the people to Christianity has been never deep, that behind orthodox rites the pagans have remained and, finally, that the indispensable genuinely social infrastructure is not only absent, but will not be present for a long time. And if we want a sober prognosis, it is relevant to cite the words of Catherine Fitzpatrick: «Without fair and guaranteed laws, independent courts and professional barristers the struggle for human rights represents the elementary struggle for publicity, which has more moral, than juridical character». Sober assessment of the situation and the choice of priorities adequate to situation is a pledge of success and a guarantee from disappointments.

The problem of human rights and natural rights is not a prerogative of lawyers. This is, first of all, the problem of philosophic anthropology, philosophy and sociology of law, ethics and history of culture. One should not forget, that this problem was deeply elaborated by theology and doctrines of different religious confessions. But this is also the problem of medicine, which is inconceivable outside the humanistic outlook. The psychiatry is the most vivid example of this.

The natural rights of personality have roots in human nature and because of this they are directly per-

ceivable. Psychopathology, being considered in the aspect of four principal rights embodied in the French Declaration of Human and Citizen's Rights (liberty, property, security and right to resistance) is almost limited by their contents. In any case it is significant, that the most acute mental disorders are connected with meaning sphere of liberty and security.

The specific features of a mental illness constantly raise before us problems, which have no typical answers. Different rights often contradict each other: the right to refuse treatment – contradict the right to health, and sometimes the right to life, the right to choose physician and method of treatment – contradict the right not to be deceived, the right to full information. These general medical antinomies are many times more complicated as far as mental patients are concerned.

Even now the Hippocratic Oath in the best possible way settles all these complicated issues, brightens life, makes medicine humane and releases a physician from political dependence.

Principally new opportunities of modern biotechnologies have led to formation of the new branch of science – bioethics. Nowadays as such is called the branch of science, which defines the measure of responsibility of those, who take decision on using scientific knowledge in medical practice. Under the auspices of the Council of Europe the grandiose international research in the sphere of medicine and human rights had been undertaken. The results of the research were published in 1500 pages in 1990 and in 1992 in Russia abbreviated by seven times. But we shall have a special report on bioethics. It is important to note, that the attacks on sacralisation of life under the banner of bioethics are being made from the standpoint of the positivist paradigm.

So law is strictly formal and is connected with coercion by the executive power and ethics is rich in content and is connected only with inner compulsion. **The natural rights of the person** are the basis of law and ethics. They represent something integral and inalienable, which belong to us primordially and are given by God, Nature, Reason, Custom and Social Understanding. These are the basis of the legitimacy of feeling for law and order. All great religions were proclaiming the sacred character of human life. Physical life is considered to be the basic value. That is why the freedom of the physician as well as the patient must conform to responsibility in regard of life, health and human dignity.

Going on directly to the human rights problem in psychiatry, one should make several preliminary remarks.

1. This problem – as any other problem – has not been and cannot be exhausted in spite of the wide spread opinion to the contrary.

2. Legislation is guided by existing notions of physiology, psychology, and personality. Such notions have been often absolutely outdated.

3. Basis, essence and specific features of any problem are in its subject, in its ontology. Positivism was characterized, in particular, by total neglect of ontology, having treated it as metaphysics.

4. On the face of it, the problem of rights of mentally ill persons concerns the rights of minorities – discriminated or privileged (combined study of them is more fruitful, as every group has its own privileges and restrictions). The ground for this, besides all, is belonging of mentally ill persons to many other minorities: racial,

national, religious, political, criminal and social (refugees, disabled persons, poor and homeless persons). And always mentally ill persons belong to the group of patients, deviants or invalids.

5. However in own sphere of mental disorders there are several principally important differentiations, ignoring which with undifferentiated approach to the groups, different by their quality, is an anachronism and it opens the way to abuses.

First of all, this is non-differentiation of psychotic and non-psychotic level of desorganisation of psychic activity.

Secondly, this is non-differentiation in the framework of non-psychotic illness and pathology, that is, of illness progressing according to a definite type or of irrevocable changes of character or cognition.

The bureaucrats in the sphere of psychiatry attacked these classical notions. «If psychopathy is mentioned in the classification of mental illnesses, it means, that it is an illness». These words represent enviable devotion to the letter of departmental instruction. But one forgets, that psychiatry is not a normative, but the empiric science. Meanwhile, the question is of not so harmless a trifle. It is very easy to diagnose psychopathy to a political dissident even for the fact of protest in a totalitarian society. By placing psychopathy and mental illness on the same footing it would be easy to justify many gross misrepresentations. It is difficult to believe, that this «logic» was repeated by a number of our respected clinicists (for instance, prof. I. Gurovitch).

This is possibly connected with preferential reading of not clinical, but legal literature on psychiatry, where the term «mental disorder» has prevailed. And placing psychopathy on the same footing with mental illness is equal to preferential use of this most broad term.

This equalization, absurd in the professional sphere for good reason has prevailed in the legal sphere. The exact professional qualification in the text of the Law places the task of resolving all issues into the hands of the physician, taking them from the lawyer. In this way the legal aspect, which has its own ontology, i.e. own subject and substance, is being replaced by the professional one. However, the professionals must confine themselves to the role of experts, but not pretend to the role of judges.

As the main task of the Law is banning discrimination of persons with mental disorders on the basis of presence of such disorders, precise diagnostics loose its sense. In good times the winners would be mentally ill persons, in bad times the losers would be deviants.

The grounds in the Law for involuntary examination and hospitalization, for defining diminished responsibility and incapacity implicitly recognize presence of mental illness and psychotic level of desorganisation and, mainly the necessity of examination of each patient by a commission of experts. Thus, the absence of strict differentiation in the text of the Law even prompts to individualization.

To tell the truth, in the modern reality replacing of independent decision of a judge by conclusion of an expert takes place: the judges themselves place decision into the hands of psychiatrists in cases of involuntary examination and hospitalization, and often by judgment by default.

On the other hand the specific character of a number of psychiatric spheres is too wide, the vivid examples of which present legal issues of narcology and sexology.

It is evident, that the most important is not the ontology of law, as well as ethics. Ethics is only modus of an attitude to values. Otherwise it would degenerate into hypocrisy. The same can be attributed to the law. The ontology of concret interaction of people and concret problems of concrete participants is of prime supremacy.

The Draft Law on psychiatric care presented by IPA (It was elaborated by Dr. I. Dashevski) differed from others, among other things, by the list of definitions of all principal concepts. The idea of such list has been declined on the basis of supposedly inevitable endless disputes on each term. The reason for this was strong pressure on both commissions, they were being hurried. The matter was that the Law on Psychiatric Care had been initiated by political considerations: its promulgation was one of necessary conditions for granting our country the regime of most favoured nation treatment in trade.

We were in a complicated situation. It was evident, that inclusion of IPA members in the commission was made for the sake of decorum. But at the same time it was a chance to get the best wording of concrete articles. One should know, that in the first commission headed by A. Sebentsov there were 4 lawyers, among them the IPA representative Alexander Rudyakov, the greatest authority in legal practice with mental patients. In the second commission, chaired by L. Kogan only two lawyers remained and both were theorists. When the commission had finished its work, one of the lawyers – dr. S. Polubinskaya under the pretext of legal editorship has illegally introduced a great number of changes, for which of course the chairman of the commission also bore responsibility. The most important change concerned article 2, part 2, where instead of concept «normative acts» the words «legal acts» have appeared, namely: ministries and departments have the right to adopt legal acts on psychiatric care in the framework of their terms of reference». Thus, the Ministry of Health was given the opportunity to substitute the legislator. Questioning of many lawyers on difference between these terms has revealed confusion among many of them in regard to that issue, which is fundamental for their profession. It is the case of the heritage of A. Vyshinski doctrine, which had identified the Law and the Right and had equated departmental instructions with the Law.

Thus, the Law has realized the social order, dictated by international and departmental interests. Nevertheless, the fact itself of existence of the Law and a great number of its provisions make it a great step forward in observation of human rights in the sphere of psychiatry.

That is why IPA from the very beginning concentrated its efforts on guarantees of implementing the Law, the more so, that according to the results of all inspections it was being ignored or limited in respect to many articles.

One should attribute the guarantees of implementing the Law to the Institute of Independent psychiatric expert examination, established by IPA in 1989, to public and professional control over observation of the Law, to the work of IPA lawyer in the Duma committee on public health in elaboration of different draft laws connected with some articles of the Law on psychiatric care and to training of lawyers in the sphere of psychiatry. The latter one was initiated at the recent very representative international seminar and by legal subjects at all our preceeding seminars, including seminars visiting Chernyakhovsk, Ryazan, Kaluga, Orel and by the pivotal column in the IPA journal. However, many procedures have not yet been worked out and the problem of

the sources of payment to specially trained lawyers and of their sufficient number has not yet been solved.

Regress in 1994 in the sphere of democratic achievements in psychiatry was revealed first of all in sharp increase of departmental privacy. Under the pretext of medical confidentiality public and professional control over observation of human rights in mental institutions was being suppressed. The institute of independent psychiatric expert examination was being subjected to attacks. Under the pretext of protection of mental health the attempt to adopt a number of antidemocratic laws was made. At the same time the observation of the Law on psychiatric care was being imitated to a large degree. The remarks on inadvisability of existence of two psychiatric associations in Russia have even appeared.

Meanwhile, adequately chosen priorities and the wide front of activities, real independence and gained prestige have made possible for IPA to create the atmosphere of competition by its expert examination, its educational programs and by its Journal and to stave off the traditional style of declarations and decors. The existence of IPA itself averts monopolism in own professional scientific and practical issues, as well as in the activities for protection of human rights in psychiatry. The importance of these activities is enhanced by the fact, that they correspond to the irrevocable tendencies to pluralism, greater structural differentiation, openness and consolidation of professional values. All this in the long run creates, although distant, but gratifying perspective.

Now, let's sum up. The report has pursued the following tasks:

First, to show deep involvement of the problem of human rights in psychiatry and their integration into the essence itself of the subject of psychiatry. We demonstrated, that the Age of the Enlightenment with its Declaration of Human Rights had initiated the scientific psychiatry in Europe and America, that the subsequent age of positivism had considered the problem of human rights exhausted and non-scientific, but in reali-

ty positivism exhausted itself. The philosophic anthropology in the framework of wide phenomenological movement gave new deep substantiation to human rights and raised psychiatry to a new level: from narrow biologism and psychologism to the personality approach of Karl Jaspers and Kurt Schneider, whose contribution, to our mind, is unsurpassed and future belongs to it. This approach embodies the new generally scientific paradigm. In that way the scientific, humanistic and human rights protecting credo of IPA represents the integral, harmonious whole.

The second task of the report was to explain interrelation of human rights with politics, law and ethics.

The third task was to show how the most fundamental differentiations of psychiatry had been ignored in the Law. As a result its observation still greatly depends on a political conjuncture, in other words, it is not taken into consideration.

Finally, the fourth task was to outline the attitudes and possibilities of IPA in the process of observation and implanting human rights in the practice of Russian psychiatry.

In conclusion I would like to point out, that our times are crisis, crucial times not only for Russia. It is a world wide phenomenon. Culture, science, law and ethics of the West are in a deep crisis. It is connected with transition to the new generally scientific even generally cultural paradigm. Two leading Western philosophers, who recently visited our country with rare unanimity defined, what all of us should do now.

Jurgen Habermas in spring of 1989: «Unconditional transition to moral universalism of the West European Enlightenment is the only guarantee, that the post-war tendency of breaking off with «destroying intellect» should be irreversible».

Paul Ricker in autumn of 1993: «We must revive in culture the critical pathos of the ideology of the Enlightenment. But the beginning must be made by the intelligentsia itself».

Letter to the Editor

REPLY TO THE COMMENTS OF AUTHORS FROM TOMSK ON THE FIRST YEARBOOK OF IPA*

I came across the polemic comments on the first Yearbook of the Independent Psychiatric Association for 1991 published in your Journal (1993, № 3) with great delay and furthermore in English, in due time they were published in the Journal of Sharpe publishing house. (Journal of Russian and East European Psychiatry, 1994, vol. 27, pp. 65 – 68).

What a shame, that «Obozrenie» (the Bekhterev Institute Review of Psychiatry and Medical Psychology), famous for its many interesting and important publications, in that case have violated conventional practice of publications of such a kind, furthermore so rude by its tone. The universally accepted practice requires the possibility for a criticized person to look through the text and to give his reply in the same number of the Journal.

For instance, the new editorial board of «Psichologicheski zhurnal» (Psychological Journal) always adheres to such a practice. May be the editors of «Obozre-

nie» fully support the expressed criticism? The matter is, that very emotional and tendentious comments against the IPA yearbook have been published. This tendentiousness is demonstrated by total failure to mention principally important works by A. K. Anufriev, V. M. Gindilis, B. A. Protchenko and A. I. Rudyakov, as well as the second Yearbook and, at least, seven issues of Independent Psychiatric Journal (known to the editor), where more detailed explanations on the essence of main relevant issues have been published.

Nevertheless, I'll try to give the reply on the substance of the matter.

As far as the «fierce» criticism of the «Moscow school» is concerned, in the traditional use of antithesis «The Moscow school» against «The St.-Petersburg school» (G. A. Zakharin – opposite S. P. Botkin, S. S. Korsakov – opposite V. M. Bekhterev). I myself belong to the «Moscow school», i. e. I advocate priority of clinicism over laboratory work (although I have vast experience in psychological and electroencephalograph-

* The editors of «Obozrenie im. Bekhtereva» have been delaying of the reply for a year and a half.

ic labs) and consider the positivist approach insufficient.

As for the «grotesque» overestimation of phenomenology, everything, that authors write hereafter, stressing the difference in interpretation of this term by Kant, Husserl, Jaspers and Binswanger ignores the established use of the word, obvious in my context. The concept of phenomenology is different not only in various philosophic schools of the past, it varies inside the phenomenological movement itself. Moreover, it is different for Husserl himself at different periods. The great variety of phenomenological schools is united by the community of the phenomenological concept and the phenomenological method. The history of philosophy knows the terms «before» and «after» «Logical studies» by Husserl. This is an outstanding boundary, the scale and essence of which in all branches of science from mathematics to ethics can not be overestimated. If the authors were using not only *erzatzes* of Soviet literature, they would not have opposed Jaspers to Binswanger according to character of the phenomenological method. They differ in respect to subsequent hermeneutic procedure. One of the founders of existentialism Jaspers categorically opposed introduction of existentialist philosophizing into psychiatric science. This is an instructive example of deideologisation, which corresponds to the spirit of phenomenology to a considerable degree.

Why the priority of phenomenology? Because phenomenology is the first step of any research. That is why non-observation of the phenomenological procedure converts all subsequent work into a sand castle. This opens up a new wide horizon for re-check-up of principally important former research.

Why psychoanalysis and biologically-oriented psychiatry are less preferable? – In both trends outgoing neopositivist general scientific paradigm is very strong, although a lot of remarkable syntheses are known (from Paul Schilder to Klaus Conrad).

The authors compliment me for my erudition. But they have violated the most important rule: to understand the most strong, but unpalatable for them arguments of an opponent.

In the burst of their own erudition they have even agglutinated Ludwig Binswanger (1881 – 1966), to whom they were referring, with Otto Binswanger (1852 – 1929) and just in case wrote – O. L. Binswanger.

The compliment for erudition is the famous euphemism for non-creativity. And the authors reveal it in a direct way: «The writing of IPA representatives do not develop phenomenology, but only interpret it, i. e. they represent a kind of modern exegete (i. e. someone with the ability to interpret obscure passages in religious texts».

Well, clearing up obscure passages, untangling mess and showing mistakes are not of little importance too. But developing phenomenology is the business of philosophers. The business of psychiatrists is to develop phenomenology of depressive, paranoiac and other conditions. And in this sphere a discussion, rich in content, would be especially appropriate. But the authors confine themselves to the simple declaration that «Savenko's own criteria for what is psychotic are very debatable, a matter of convention, and schematic from the outset». Meanwhile this text bears relation to my Ph. D. thesis, «Anxiety and Psychotic Syndromes», which was highly praised by Prof. E. Ya. Sternberg and many other authors.

However, the authors have different objective: to revenge for A. B. Smulevitch, whose monographs on para-

noia and sluggish schizophrenia were subjected to sharp criticism in my articles in the 1-st and 2-nd issues of IPA Yearbook under the title «Pathways to the Renewal of Psychiatry» (1991, pp. 67 – 78; 1992, pp. 30 – 44). And here the authors failed to state facts correctly: they attribute the discovery of sluggish schizophrenia to the Snezhnevski school. Prof. A. K. Anufriev, who had worked with Snezhnevski for many years wrote in 1989 about an ignorant journalist, who accused A. V. Snezhnevski of working out the concept of «sluggish schizophrenia». But such a concept does not exist at all. It is hard to conceive, that the journalist has got such a careless information from professional psychiatrists... Snezhnevski had used the term «sluggish schizophrenia» not in a sense of some special form of schizophrenia, but in the sense either of nonpsychotic stage of illness preceding schizophrenic psychosis or of subsequent post bout period of the same type (IPJ, 1991, 1, p. 13).

Irritation of the authors, displayed in the title itself «Pathways to the Renewal of Psychiatry as Conceived by Yu. Savenko» and in the characteristic vocabulary: «fierce», «grotesque» and «exotically entertaining» progresses crescendo. It is difficult to understand, what exotic the authors have found in the work of Vadim Rotenberg, whose neurophysiological concept had won international recognition. But the matter does not boil down to that. Indeed, the renewal boils down in a large degree to the wide pluralism of the Yearbook, the articles of which reflect not the taste of the editor, but the specter of ideas of IPA members, which is far from being exhausted.

The authors assume, that the matter can be explained by unfriendly personal relations and accuse me of searching malicious intent. Believing their assumption about private reckoning, the authors accuse me of «this style and this understanding of scientific ethics». But does not it look like self-projection? But their comments by the style, logic and content represent namely «compensation for moral harm» done by sharp criticism of the monograph by A. B. Smulevitch, highly praised by them. I would prefer to discuss not the motives, but substance of criticism of distortions made by Smulevitch, which are illustrated in my text by concrete examples.

Meanwhile, the authors, contrary to the facts, write, that my article doesn't give the analysis of the concept of A. B. Smulevitch «from the point of view of logic», although my article is devoted exactly to detalization of this issue. Being the central object of criticism and conceptually important, this article («Paranoiac syndromes and criteria of psychotic») according to elementary ethics and logic must have been publishing by the editor of the English edition Prof. of jurisprudence Richard Bonnie before publishing such a rude comment. This is not the best example for modern Russian literature, where such a style predominates. Or, to be more correct, it is a good example of unsoundness of excess piety before foreign authorities.

In summer or 1994 Dr. R. Bonnie presented me this issue and I was more surprised by another thing: he stubbornly defended the purely Soviet thesis, that advocating human right was political struggle.

The editorial board of IPA will gladly give a space in its journal for a substantial dispute on any relevant issue. This would be really useful.

Yu. Savenko

ПРИНИМАЮТСЯ ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА:

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

В сборнике 1991 г.:

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

В сборнике 1992 г.:

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

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

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

БИБЛИОТЕКА НЕЗАВИСИМОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ

ВЫШЛИ

Е. BLEULER – РУКОВОДСТВО ПО ПСИХИАТРИИ

Репринт 1920 г., 550 с. с илл., в твердом переплете,
с приложением рецензий проф. Э. Я. Штернберга и проф. А. К. Ануфриева
на последние расширенные Манфредом Блейлером издания этого руководства.
Неповторимым достоинством книги является ясность и четкость изложения пропедевтики,
клиники и теории психических болезней.
Каждый психиатр должен иметь классический учебник по психиатрии.

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

32 с., с аналитическим предисловием.
Предназначена для массового читателя.

АРТУР КРОНФЕЛЬД – ДЕГЕНЕРАТЫ У ВЛАСТИ

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

КАРЛ ЯСПЕРС – ФИЛОСОФСКАЯ АВТОБИОГРАФИЯ

М., 1995. С. 128.

С приложением статьи Курта Колле: Карл Ясперс как психопатолог.

ВЫХОДЯТ

АРТУР КРОНФЕЛЬД – РАБОТЫ 1935 – 1940 гг.

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

ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА

117602, Москва, Олимпийская деревня, д. 15, кв. 61.
Аргуновой Юлии Павловне

ПРОДАЖА

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

ПРИНИМАЮТСЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА

«НЕЗАВИСИМЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ»

№ 1, 1991

Устав НПА

Антипсихиатрия сегодня.

Обывательские комплексы психиатрического мышления.

О психической заразительности.

№ 1 – 2, 1992

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

№ 3 – 4, 1992

Герои и антигерои советской психиатрии.
Дело генерала Петра Григоренко.

№ 1 – 2, 1993

Интрацепция и ипохондрия.
Проблема идентификации.
Практика и техника психоанализа.

№ 3 – 4, 1993

Взгляд на американскую психиатрию XX века.
Границы шизофрении.

№ 1, 1994

Нелекарственная терапия психических заболеваний.
Выбор приоритетов.
Типология деперсонализации.

№ 2, 1994

Эрих Вульф о бреде.
Феноменологические аспекты меланхолии.

№ 3, 1994

Деятельность НПА за 1989 – 1993 годы.
Ответственность за незаконное стационарирование.
Врачебная тайна. О школе Столбуна.

№ 4, 1994

Психоанализ в противоречиях.
Биографический метод.
Терапия смыслоутраты.

№ 1 1995

Семен Гурвиц о вялотекущей пизофрении.
Йорг Фроммер о клинической диагностике.
Антоний митрополит Сурожский о медицинской этике.

№ 2, 1995

Жан Эйм об институциональной психотерапии.
Виктор Каган о границах психотерапии.
Эрих Вульф об этнопсихиатрии.
Дело АУМ.

№ 3, 1995

DSM-IV.
Бенедетти о психотерапии шизофрении.
Психология свидетельских показаний.

№ 4, 1995

Психоонкология в гематологической клинике.
Психохирургия в современной медицине.
Представительство интересов психически
больных.
VII съезд НПА и XII съезд РОП.

С 1994 г.

журнал внесен в каталог подписных изданий с индексами
73290 для индивидуальных и 73291 для коллективных подписчиков.

Во всех номерах с 1992 г. – юридические консультации.

Материалы для публикации присылать по адресу:
125581, Москва, ул. Ляпидевского, д. 18, кв. 41, Ю. С. Савенко.

Статьи следует сопровождать резюме для перевода на английский язык.

Информацию для подписчиков и рекламодателей
можно получить в редакции по телефону
(095) 206-86-39

103982, Москва, Лучников пер., 4