

ISBN 5-900513-02-5

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION

НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL

ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD

III

1994

МОСКВА

Издание НПА

Регистрационный номер журнала 0110764

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Ю. С. Савенко (гл. редактор)

Ю. Н. Аргунова

В. Г. Батаев

А. Н. Богдан

С. С. Гурвиц

Э. Л. Гушанский

Н. И. Сафонова (лит. редактор)

Технический редактор *O. Н. Никитина*

Корректор *M. С. Кабашова*

Сдано в набор 07.05.94. Подп. в печ. 01.06.94. Формат 60x90 1/8. Бумага

типографская. Гарнитура «таймс». Печать офсетная. Усл.-печ. л.

Уч.-изд. л. 8,7. Тираж 3 000 экз. Заказ №

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

Оригинал-макет подготовлен в издательстве «Литература и политика»: тел. 265-01-07, 262-56-02

СОДЕРЖАНИЕ

ПЯТЬ ЛЕТ НЕЗАВИСИМОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ РОССИИ

Деятельность НПА за 1989–1993 гг. – Ю. С. Савенко	5
---	---

АРХИВ

О роли психических факторов в медицине в связи с необходимостью упрощения лечения болезней нервной системы. – Г. И. Россолимо	13
---	----

Из воспоминаний об Артуре Никише. – С. И. Консторум	18
---	----

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Независимая психиатрическая экспертиза в гражданском процессе – В. Г. Батаев	25
--	----

Для «упорядочения поведения». – Э. Л. Гушанский, Е. М. Вроно	26
--	----

ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ

Наша процветающая наука – это миф. – Л. Осипов	29
--	----

Как создавали Приморскую ассоциацию психиатров. – А. А. Коломеец	30
--	----

Врачебная тайна: закон и ведомственное нормотворчество. – Ю. Н. Аргунова	31
--	----

ИСТОРИЯ

С чистой совестью (Леонард Борисович Терновский) – Н. Н. Сафонова	33
---	----

ЮРИДИЧЕСКИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ

Ответственность за незаконное помещение в психиатрическую больницу – Ю. Н. Аргунова	36
--	----

ХРОНИКА

Отклики на возрождение Всесоюзного общества психиатров	41
--	----

Юбилейный съезд НПА и третий цикл образовательной программы	43
---	----

Пленум Российского общества психиатров	45
--	----

VII симпозиум Ассоциации европейских психиатров	45
---	----

РЕЦЕНЗИИ И ОТКЛИКИ

Кому и зачем нужны кодексы?	48
---------------------------------------	----

Гарантии прав при «упорядочении поведения»	50
--	----

Обзор писем	42
-----------------------	----

НЕКРОЛОГ	54
--------------------	----

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

Патография как забытый аспект социокультурных исследований в психиатрии – В. Н. Южаков (Екатеринбург)	55
--	----

РЕКОМЕНДАЦИИ	63
------------------------	----

АННОТАЦИИ	64
---------------------	----

CONTENTS

FIVE YEARS OF ACTIVITIES OF UNDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA	
IPA activities in 1989–1993 – Yu. S. Savenko	5
ARCHIVE	
On the role of psychic factors in medicine in connection with the necessity of simplifying the treatment of disorders of nervous system – G. I. Rossolimo	13
Extracts from memoirs about Arthur Nikish – S. I. Konstorum	18
FROM AN EXPERTS'S DOSSIER	
Independent psychiatric examination in civil suits – V. G. Bataev	25
So called normalizing of behaviour – E. L. Gushanski, E. M. Vrono	26
DOCUMENTS OF THE EPOCH	
Flourishing of our science is a myth – L. Osipov	29
How the Primorsky Association of Psychiatrists was established – A. A. Kolomeets	30
Medical confidentiality: the Law and administrative abuse – Yu. N. Argunova	31
HISTORY	
With clear conscience (Leonard Ternovski) – N. Safronova	33
LEGAL COUNSEL	
Responsibility for unlawful placing in a mental hospital – Yu. N. Argunova	36
CHRONICLE	
Commentaries on the revival of the All-Union Society of Psychiatrists	41
Jubilee Congress of IPA and the third cycle of the educational program	43
Plenary session of the Russian Society of Psychiatrists	45
At the VII-th Symposium of Association of European Psychiatrists	45
REVIEWS AND COMMENTS	
Who needs codes and why?	48
Guarantees of human rights in the process of so called normalizing of behaviour	50
Letter's review	52
OBITUARY	54
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS	
Pathography as a forgotten aspect of socio-cultural research in psychiatry – V. N. Yuzhakov (Ekaterinburg)	55
RECOMMENDATIONS	63
ABSTRACTS	64

ПЯТЬ ЛЕТ НЕЗАВИСИМОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ РОССИИ

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НПА за 1989–1993 гг.: ПЕРВЫЙ ЮБИЛЕЙ И НАЧАЛО НОВОГО ЭТАПА

(отчетный доклад)

Ю. С. Савенко

Прошло пять лет с момента создания Независимой Психиатрической Ассоциации. Немногие верили в успех этого предприятия. И нам, и всем нашим начинаниям предрекали скорый конец. Но вот минули эти, на редкость бурные, исторически поворотные годы, и существование НПА России не просто бесповоротный факт, а реальный фактор развития отечественной психиатрии. Как не порадоваться всем этому свидетельству неправоты мрачных прогнозов, которые всех нас постоянно сопровождают?

Очень большую роль в становлении Ассоциации, в том, что она устояла и выросла, сыграли ее члены и консультанты: юристы А. И. Рудяков и Б. А. Протченко, проф. А. К. Ануфриев, проф. Ф. В. Бассин, психиатры Л. Г. Пекунова и Д. Л. Хмелевский. Я попрошу Вас почтить их память вставанием.

Психиатрия – уникальный по чувствительности индикатор, позволяющий увидеть в концентрированном виде целостную модель происходящих в обществе процессов. Что же мы увидим, оглядываясь на минувшее пятилетие, итоги которому следует сегодня подвести? Чем характеризовалась психиатрия к 1989 году?

Психически больные оставались самой бесправной категорией людей, психиатры считали естественным беспредельный патернализм, и сами нередко подвергались давлению, а психиатрический диагноз давал возможность самой простой процедуры для различных тяжб и неудобных дел.

Психиатрическая служба, построенная по строго централизованному принципу, заботилась прежде всего о собственных ведомственных интересах.

Научное общество психиатров существовало на субсидии Минздрава, который вмешивался в его дела.

Психиатрическая наука характеризовалась монопольным положением одной научной школы, что само по себе губительно для науки.

Как многое изменилось с тех пор, как мало ценят некоторые эти перемены и не хотят ничем платить за них. Между тем, именно это сочетание примата государственных интересов, от-

сутствия правовой основы, авторитарного руководства и отрыва от мировой науки привели в прошлом к беспрецедентному в истории использованию психиатрии в качестве одного из удобнейших для властей средств репрессирования и устрашения правозащитного движения, что подорвало репутацию отечественной психиатрии.

Международный резонанс, вызванный этими и целым рядом других нарушений, сделал соблюдение прав человека одним из приоритетных условий предоставления Советскому Союзу режима наибольшего благоприятствования и его интеграции в мировое экономическое сообщество. Это привело к ряду соответствующих инициатив сверху. В 1988 г. был сделан первый шаг – Приказ союзного Минздрава № 225 «О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи». В самом начале 1989 г. в тогда еще ведущем журнале «Коммунист» усилиями Отто Лациса была помещена статья А. И. Рудякова и Б. А. Протченко с резкой критикой этой инструкции.

Для всех нас было очевидно, что государственные структуры пытаются держать процесс реформ под полным контролем и в привычном стиле больше имитировать его, чем полноценно развивать. Неудовлетворенность тем, что на пятом году широковещательно объявленной перестройки ничего существенного не происходит, как раз и послужило основанием организации Независимой психиатрической ассоциации.

Важно указать на ее уникальность: ни одна другая профессиональная организация не является в такой мере правозащитной, и ни одна правозащитная ассоциация не является одновременно столь профессиональной, а в психиатрии именно профессионализм сделал НПА действенной и эффективной как правозащитную, не говоря уже о том, что НПА – одна из немногих организаций, которая соответствует своему наименованию, – она в самом деле общественная, т.е. созданная по инициативе снизу, и в самом деле независимая.

Прием ее во Всемирную Психиатрическую Ассоциацию в октябре 1989 г. неожиданно наделил ее еще и реальной силой международного

авторитета. Нестерпимость такого положения для тогдашних Союзного Минздрава и Всесоюзного общества психиатров привела их к активной поддержке заведомо недостойных организаций М. Царегородцева и лже-НПА. Это делалось с очевидной целью дискредитировать неподконтрольную общественную деятельность как таковую. Характерно высказывание тогдашнего руководителя психиатрической службы Минздрава России Л. Красавина на Пленуме 1991 г. в Москве: «Всесоюзное общество должно присвоить право аттестовывать этих независимых, юридическое право! Они смеют пересматривать даже экспертные заключения института им. Сербского! Критиковать Снежневского! Общественные организации не имеют права контролировать государственные учреждения». Помимо характерного менталитета здесь интересен взгляд на Всесоюзное общество как организацию государственную, «свою», а не общественную.

Сегодня уместно подвести итоги деятельности Ассоциации в широком динамическом аспекте происходящего, выделить приоритетные задачи на дальнейшее. Я остановлюсь на научной, правозащитной, образовательной, издательской и общественной деятельности Ассоциации.

Специально предпринятые научноведческие и социологические исследования показали, что кризис отечественной науки не уступает, если не превосходит экономический. Плачевное положение научных разработок в психиатрии всем нам хорошо известно. Они очень далеки от соответствия даже старым, уходящим идеалам науки. Одним из свидетельств этого являются результаты доктора А. В. Немцова по сравнительному анализу статистической обработки в наших и американских работах по психиатрии, которые показали и намного меньшее применение такой обработки и – главное – использование для нее наиболее элементарных методов. Менее известно, что проблема адекватности этих методов – слабое место и многих западных работ.

С момента создания НПА выдвинула масштабную научную программу, опубликованную в первом ежегоднике НПА. Разработка 16 и 26 заявленных тем предпринята силами членов Ассоциации. Следовало бы особо отметить публикации по проблеме генетики шизофrenии. К целому ряду других тем по крайней мере привлечено общее внимание. Особенностью этой программы является сосредоточение на ряде общепринципиальных вопросов теории и методологии психиатрии, анализе причин, тормозивших ее развитие, подготовке перехода к новой научной парадигме в психиатрии, феноменологическом методе, используемом категориальном аппарате и т.д. Выяснилась актуальность этой программы не только для нашей страны. Даже в Германии мы находим экспансию узко биологически ориентированной психиатрии, культ стандартизации, который на практике все чаще деградирует до шаблона, поразительный разрыв между богатством выбора всевозможных препа-

ратов и методов лечения и весьма слабой индивидуализацией терапии. Стоит подчеркнуть, что все это неизбежные следствия неопозитивистской научной парадигмы, в результате чего получили распространение необременительные массовые процедуры и опросники, вытеснившие подлинный клинический. Фактически мы сталкиваемся здесь с феноменом поп-науки в широком контексте поп-культуры. Сходное снижение уровня недавно проанализировал академик В. И. Арнольд на примере математического образования в США. Питирим Сорокин еще в 1976 г. на примерах американской социологии и психологии показал падение профессионального уровня, подмену знания первостепенных первоисточников рефератами и обзорами. Однако самым опасным для науки стало широкое распространение в Соединенных Штатах фигуры «междисциплинарного исследователя-профессора» (*«omnibus vesercher-professor»*), как правило, статистика. Распространилось убеждение, что «как только человек овладел шаблонным статистическим методом, он становится достаточно компетентным, чтобы проводить исследования по любой проблеме в любой области, включая и те, которые он никогда не изучал». Такого рода специалисты делаются университетскими преподавателями, директорами и председателями исследовательских центров и фондов. В результате знание рутинных тестов и статистики подменяет предмет исследования каждой науки, приводя к пошлой и неправомерной унификации. Этот процесс дошел уже до своего критического рубежа и во многих науках, прежде всего точных, начался ренессанс феноменологии, а в лице гуманистической психологии, представленной именами Гордона Олпорта, Абрахама Маслоу и Карла Роджерса произошел искомый синтез.

Понимание этого определило образовательную программу, издательскую деятельность и научные устремления НПА. Здесь главное, что пока можно поставить себе в заслугу – выбор приоритетов. Всякий раз научная программа ежегодных съездов НПА посвящалась самым актуальным, острым и мало разработанным проблемам. Это:

- критерии психотического уровня различных синдромов;
- вялотекущая шизофrenия и латентные формы психозов;
- право в психиатрии;
- антипсихиатрия и антисциентизм;
- новые аспекты социальной реабилитации.

Наконец, сегодня на повестке дня наиболее злободневная тема: – психиатрия и политика.

Отмеченная концептуальная основа составила предмет организованного НПА симпозиума в рамках региональной конференции WPA в Кельне осенью 1993 г.

Многие направления практической деятельности Ассоциации, – в силу особенностей предмета психиатрии, – являются одновременно профессиональными и правозащитными. Сюда относят-

ся: экспертная, реабилитационная, законотворческая и контрольная деятельность.

С момента своего возникновения НПА создала впервые в стране независимую психиатрическую экспертизу. До этого момента экспертиза всегда носила в нашей стране ведомственный характер. Когда Всесоюзное общество создало в 1990 г. этическую комиссию для тех же целей, ее заключения также не имели юридической силы, и Инспекционная комиссия WPA засвидетельствовала в своем отчетном докладе большую эффективность независимой экспертизы НПА. В конечном счете и комиссия Всесоюзного общества, и комиссия Минздрава России, а мы принимали участие в обеих, прекратили свое существование в связи с отсутствием финансирования. Секретари этих комиссий начали направлять обращающихся на экспертизу НПА, которая стала с 1992 г. единственной службой такого рода для всей страны. С осени 1992 г. была организована вторая экспертная комиссия. В настоящее время прием ведется три дня в неделю. Значительно изменился контингент обращающихся. Если в течение первых лет наша экспертиза радикально меняла диагнозы и даже снимала их более чем в 30 % случаев, то последние годы резко преобладают реально тяжело психически больные люди, категорически не считающие себя таковыми и требующие снятия диагноза. Свыше 60 % из них страдает шизофренией с бредовыми расстройствами. Это трансформирует характер даваемых НПА заключений, все в большей мере приобретающих реабилитационный характер. Сверхценная или бредовая установка на снятие диагноза, сталкиваясь с простым отказом, еще более заостряется и закрепляется, получая импульс для нового витка борьбы. Постоянное участие в наших экспертных комиссиях юриста, — превратившегося в результате этой деятельности в уникального специалиста, — всегда позволяет дать серию конкретных советов, выстроить последовательность необходимых действий, нацеливает каждого больного на реально для него осуществимое. Существенную роль играет выработка психокорректирующих и психотерапевтических приемов в беседе с такими больными и бесплатная выдача психотропных средств. Таким образом, наши экспертные комиссии приобретают реабилитационный характер, а одна из них целенаправленно специализируется в этом направлении. В результатерабатываются модели для распространения этого опыта по всей стране, и прежде всего, — естественно — через региональные центры НПА. Проведение независимой психиатрической экспертизы на местах, по крайней мере участие членов НПА в комиссиях по спорным и конфликтным случаям с использованием наработанного опыта открывает перспективу в этой сложнейшей проблеме.

Уже много случаев, когда органы суда, следствия и прокуратуры, и не только в Москве, обращаются к независимой экспертизе НПА. Наши эксперты выезжают в различные регионы,

принимают участие в совместных комиссиях и судебных заседаниях. В 1993 г. через общественную приемную прошло более 500 человек, через экспертные комиссии — около 200. Всего за пять лет существования НПА провела свыше 1250 экспертиз. Более подробно экспертная деятельность будет освещена в отдельном докладе.

Социально-реабилитационная деятельность НПА имеет целью полноценную реабилитацию конкретных людей. НПА поддерживает их усилия на различных стадиях длительной волокиты, в которую часто превращается реакция государственных учреждений. Из этих историй, достойных пира романиста, особенно выделяется дело Василия Павлика, в котором обюрокраченность и волокиту проявила также и американская сторона. Несколько дел в этом году удалось выиграть в суде. Финансовую помощь в оплате адвоката и пособия самим больным предоставил ряд правозащитных фондов. Мы установили сотрудничество с Союзом патронажных служб «Салюс» и другими благотворительными фондами. Так Фонд «Милосердие» предоставляет продукты, а Фонд «ОГАПА» — бесплатные лекарства для малоимущих больных.

Осуществляется постоянная помощь, в том числе консультативная Ассоциации психофизической реабилитации детей и подростков «Оранта». В этом году удалось добиться полноценной медицинской и трудовой реабилитации 4 детей-сирот. Были организованы консультации по сексологии и другим вопросам воспитателей детей из семей беженцев. Совместно с Независимой Ассоциацией детских психиатров ведется работа по проекту «Усыновление больных детей с отставанием в развитии иностранными гражданами».

Налажено сотрудничество с Ассоциацией помощи беженцам и вынужденным переселенцам и Ассоциацией против смертной казни и пыток. Разработаны собственные проекты «Центр реабилитации жертв жестокости и пыток» и «Реабилитация беженцев, участников войн и межэтнических конфликтов». Однако нарушения прав беженцев на сегодня так велики и исходят от столь высоких сфер (в частности, от руководства самого московского ведомства по делам беженцев), что требуют предварительного решения ряда политico-административных вопросов. Мы считаем, что конструктивным выходом было бы использование основной доли предназначенных для беженцев средств не на непосредственную помощь, а на поощрение их потенциальных работодателей.

Материалы предыдущего съезда, целиком посвященного социальной реабилитации, дополнены рядом программных работ и подготовлены к изданию отдельным сборником.

НПА выступила инициатором подготовки специалистов в новой для нашей страны профессии — социального работника в области психиатрии. Два стажера от нашей Ассоциации прошли в прошлом году специальные международные курсы в Москве и один этим летом едет в Соединенные Штаты.

Продолжает работать организованный НПА психотерапевтический театр на базе б-цы им. Ганнушкина в рамках программы «Психотерапия творческим самовыражением». Дано несколько спектаклей и концертных программ для специально подобранных контингента больных.

Продолжается законотворческая деятельность Ассоциации. Помимо активного участия в разработке Закона о психиатрической помощи, три члена Ассоциации участвуют в составе комиссии, подготавливающей Закон об экспертизах. Юрист-консультант НПА Ю. Н. Аргунова подготовила большой пакет замечаний и конструктивных предложений в Законы о нотариате, контроле за оружием, и мн. др., включая, разумеется, Закон о психиатрической помощи.

1 января 1994 г. исполнился год с момента введения в жизнь этого Закона. Итоги неутешительные в силу отсутствия гарантий его исполнения, что подчеркивалось нами с самого начала. В результате массовый характер приняли:

первичное освидетельствование без согласования с судебными инстанциями;
искусственное превращение недобровольной госпитализации в добровольную;
отсутствие документации мер стеснения;
совершенно бессмысленная жестокость скорой психиатрической помощи;
ответы на неправомерные запросы о психическом здоровье граждан при реализации ими своих конституционных прав и свобод;
и многое другое.

Целая серия экспертиз по таким делам, проведенная членами НПА самостоятельно или в составе комиссии главного психиатра Москвы, окончилась полной безнаказанностью виновных.

Описанным итогам даются совершенно разные трактовки. При всем их разнообразии наиболее существенным, действительно релевантным основанием является уважение к правам человека. При таком взгляде текстуально сходная критика Закона отчетливо разделяется на два совершенно различных подхода:

– против Закона как помехи прежнему все властию администрации с саботажем Закона (позиция многих официальных инстанций),
– критика Закона, как неполного, негарантированного в своем исполнении, требующего соответствующей конкретизации (позиция НПА). Наконец, при таком взгляде разводятся юридический и собственно профессиональный, психиатрический, аспекты и делается видно, где интересы административного удобства оказались главной ценностью, возобладали над правами человека. Таким образом, говорить, что Закон не работает, не вполне корректно. Адекватнее сказать, что Закон не исполняется. И это неисполнение проходит совершенно безнаказанно. Когда мы отпечатали 50-ти тысячный тираж Закона для массового читателя, целый ряд руководителей психоневрологических консультаций Москвы отказались его распространять. Это только одно из проявлений старого менталитета, воспринимающего Закон как ненужную помеху.

Более того, в феврале 1994 г. Главное управление здравоохранения Москвы дало указание ПНД города выдавать информацию о состоящих на учете психически больных правоохранительным органам даже по телефону, хотя по Закону это разрешено только органам суда и следствия по возбужденному уголовному делу. Почву для этого дает одно из основных ухудшений Закона, внесенных в его текст уже после завершения работы комиссии по его разработке в ходе так называемой юридической экспертизы, проведенной с грубыми нарушениями.

Это, в частности, замена одного ключевого слова в ст. II.2: «министерства и ведомства вправе принимать правовые акты в пределах своей компетенции», вместо «нормативные» в исходной редакции. Эта, для иных несущественная, даже синонимическая замена, на самом деле, радикально меняет смысл всего Закона. С периода массовых сталинских репрессий 1937–38 гг. для их облегчения в России утвердилось отождествление закона и права, т.е., ведомственные инструкции приобрели силу закона (т.наз. доктрина Андрея Вышинского). До настоящего времени лексика немалой части российских юристов сохраняет этот тяжелый полустолетний стереотип, в частности, синонимическое использование терминов «правовой» и «нормативный». Между тем, подлинный смысл введения Закона о психиатрической помощи в значительной мере состоял в том, чтобы уйти от эпохи, когда ведомственные инструкции подменяли закон. Таким образом, произведенная замена, по крайней мере в потенции, сохранила возможность при определенных условиях возвращения ведомственной гегемонии и сама по себе отразила положение вещей в настоящее время: резкое преобладание исполнительной власти и декоративное значение Закона, введение которого преследовало политические цели. Наша задача – вернуть ему подлинное значение.

И все же среди нарушений прав человека в настоящее время на первое место выдвинулось нарушение 25 статьи Всеобщей Декларации Прав Человека – недопустимо низкий уровень социального и медицинского обеспечения психически больных.

В этом направлении известную роль сыграли протесты НПА Минздраву – по поводу исключения из списка бесплатной выдачи лекарств больных шизофренией и эпилепсией, не имеющих группы инвалидности, и Министерству социальной защиты в связи с игнорированием психических больных при оказании социальной помощи.

Контрольная деятельность Ассоциации окончательно закреплена теперь 46 ст. Закона о психиатрической помощи, хотя осуществлялась и ранее. Члены НПА посетили Черняховскую и дважды Сычевскую психиатрические больницы строгого наблюдения, «Столбовую», Центральные областные психиатрические больницы в Калининграде и Рязани, пансионат для инвалидов и престарелых в Климовске и пансионат для

детей и подростков в Ступино. (Последний с Комиссией Комитета по правам человека при Президенте России, состав которой был с НПА согласован). Члены НПА часто посещают московские психиатрические больницы. Таким образом, налаживается механизм общественного контроля: корреспонденты «Экспресс-Хроники» и ряда других газет, вплоть до «Русской мысли» в Париже и других зарубежных изданий, сообщают НПА информацию с просьбой проверки, результаты которой оперативно публикуют. Ассоциация сохраняет такие дела под контролем. Так постепенно формируется полноценный цикл общественного контроля, хотя масштабы его пока, конечно, невелики.

Образовательная программа НПА была разработана на принципиально новой концептуальной основе, в результате анализа реальной ситуации, сложившейся в отечественной психиатрии. В соответствии с ее наименованием – «Восполнение пробелов отечественной психиатрии» – она сосредоточилась на «трех китах» поддерживавших тяжелый груз прошлых ошибок и злоупотреблений, – на совершенно неразработанных проблемах: феноменологическом методе, критериях психотического уровня и правовых вопросах психиатрии. При этом оказалось, что разработка этих тем самым непосредственным образом связана с переходом к новой научной парадигме в психиатрии. Их актуальность для Запада не меньше, но осознается у нас намного лучше, благодаря общему процессу глобальных перемен. Это открытость новому даже у старшего поколения отечественных психиатров, – а программа рассчитана прежде всего на преподавателей кафедр усовершенствования врачей-психиатров в целях максимального распространения новых подходов, – стала для нас вдохновляющим открытием, свидетельством и правильного курса, и успеха на этом пути. Начатая осенью 1992 г. программа была продолжена в 1993 г. с участием представителя Мюнстерской клиники, а ее третий цикл состоится в предстоящую неделю с участием 10 американских коллег. Это позволит ознакомиться с американским опытом по широкому кругу практических вопросов клинической и социальной психиатрии. Имеется договоренность о проведении в последнюю неделю июня 1994 г. четвертого цикла с участием профессора Вольфганга Кречмера. Свободно владея русским языком проф. Кречмер не только подробно расскажет о феноменологическом и персонологическом направлениях германской психиатрии, но проведет и клинические разборы, продемонстрирует феноменологический метод на практике.

Оправдала себя практика выездных семинаров, которые были проведены в 1993 г. в Калининграде и Рязани. Оба собирали до 60–80 психиатров со всего края. Очередной семинар будет вскоре проведен в Калуге.

В июле 1993 г. проведен семинар по вопросам права в психиатрии для врачей психиатров Москвы с участием проф. Хилла из Нью-Йорка,

а также семинар по математическим методам обработки данных. Члены НПА участвовали в циклах лекций по психиатрии в Волжске, Петрозаводске, Нижнем Новгороде, Воронеже и Вильнюсе. В 1991–92 гг. прошли два практических семинара по семейной психотерапии с участием трех голландских коллег. Большое значение имели также встречи с врачами Черняховской, Хотьковской и ряда московских психиатрических больниц, а также выступления членов Ассоциации на конференциях, собраниях и комиссиях различных уровней. Особое значение мы придаем успешной встрече со студентами-кружковцами, проявившими энтузиазм и солидарность с нашей деятельностью.

НПА ставит также задачу овладения психиатрами достаточным уровнем философской рефлексии, что совершенно необходимо в нашем предмете, и ориентированности в современных разработках наиболее важных для нас философских проблем. С этой целью в Москве начал функционировать философский клуб для психиатров; первое заседание которого открыла профессор Н. В. Мотрошилова.

Издательская деятельность НПА складывается из трех типов изданий:

1) ежеквартальный «Независимый психиатрический журнал», выходящий с конца 1991 г. тиражом 3 тыс. экз., став с этого года подписным изданием, он сразу собрал 1090 подписчиков;

2) ежегодники «Пути обновления психиатрии», представляющие материалы наших съездов. Вышло два выпуска тиражом по 5 тыс. экз.;

3) серия «Библиотека НПА», в рамках которой опубликованы: «Руководство по психиатрии» Е. Блейлера, тираж 25 тыс., «Закон о психиатрической помощи», тираж 50 тыс. Антифашистская брошюра А. Кронфельда «Дегенераты у власти», рассчитанная на массового читателя, тираж 60 тыс.

В текущем году издательская деятельность затормозилась в связи с финансовыми затруднениями, но сейчас имеет хорошие перспективы на дальнейшее. В ближайших планах: «Философская автобиография» Карла Ясперса, избранные труды Артура Кронфельда, «Психические расстройства при хронической лучевой болезни» Р. Г. Голодец, «Ошибки при диагностике шизофрении в судебной психиатрии» Н. Г. Шумского и ряд др. Начат перевод «Словаря психиатрии и медицинской психологии» Уве Генриха Петерса, с сохранением в тексте немецкого, английского и французского написания всех терминов.

Северо-Кавказский центр НПА организовал собственную издательскую базу и приступает к изданию двух журналов: «Криминальная психиатрия и психология» и «Поведение», а также серии монографий, в рамках которой вышли «Общая психопатология» и «Экспибиционизм». Некоторые члены НПА сумели выпустить собственные монографии.

Мы договорились объединить усилия по переводу «Общей психопатологии» Карла Ясперса с

организованным недавно издательством при Государственном центре социальной и судебной психиатрии им. Сербского, которое готовится к изданию журнала по судебной психиатрии. Таким образом, если в 1989 году отечественная психиатрия располагала половиной Корсаковского журнала, то теперь их почти дюжина и все имеют четко очерченное собственное лицо.

В своей издательской деятельности мы следуем приоритетным целям НПА, обеспечивая и взаимосвязывая научную, образовательную и правозащитную программы Ассоциации.

Прошедший год был для НПА особенно тяжелым, так как с мая 1993 года мы неожиданно лишились спонсорства. Д-р Корягин объяснил нам, что вкладчики Фонда приостановили финансирование перед лицом смутного времени в России. Не очень логично, но спорить не приходится. Знаменательно другое: 10 месяцев мы стоим на собственных ногах, не прекращая активной деятельности. Периоды таких трудностей имеют и положительную сторону: отсеиваются неустойчивые, стимулируются связи в собственной стране.

Международная деятельность НПА помимо встреч и переписки и руководством WPA, APA, Германского общества психиатров и рядом других, ознаменовалась участием в мае 1993 г. в ежегодном съезде Американской психиатрической Ассоциации с выступлением на Комитете по международным злоупотреблениям психиатрией. В октябре 1993 г. четыре представителя НПА выступали на региональном симпозиуме WPA в Кельне. Кроме того, были сделаны доклады на съезде Американской Академии психиатрии и права и на конференции международной ассоциации «Медицина и право». В сентябре 1993 г. в Москве по приглашению НПА находился представитель Комитета по международным злоупотреблениям APA Ричард Уинслоу.

Финансовые затруднения не позволили представителю НПА поехать на Конгресс WPA в Рио-де-Жанейро. Мы предпочли на эти средства провести образовательный семинар и посетить съезд APA, что обошлось в 4 раза дешевле. Там мы вручили руководству WPA, а также APA, Германского, Канадского и ряда других обществ Меморандум НПА о необходимости правопреемства Афинских условий при приеме в WPA Российского, Казахского и других обществ стран СНГ. Мы просили Лопес-Ибара (письменно) и Ли Мак (лично) огласить этот Меморандум на Конгрессе в Рио. Однако это не было сделано. Выступление в Кельне (за день до октябрьских событий) об этом просчете и о последовавшем сразу за этим воскрешении Всесоюзного общества в прежнем составе показало неготовность как-то реагировать на это, невыработанность новой позиции после серии примирительных шагов.

В течение 1993 г. правозащитное движение переживало трудное, можно сказать кризисное время, когда в результате близорукой эйфории по поводу распада Советского Союза лишилось поддержки, раздробилось и было фактически

предано устроителями Венской встречи в пользу политики беспредельных компромиссов. В нашей сфере такую политику активно проводит Женевская инициатива в психиатрии. Сейчас это положение начинает выпрямляться.

В 1993 году два представителя НПА стали членами постоянных комитетов Всемирной психиатрической ассоциации, два – членами международной ассоциации «Медицина и Право» и два – первыми российскими членами американской Академии Психиатрии и Права.

Расширяются связи с общественностью в России. В рамках постоянной деятельности по повышению правовой и медицинской культуры населения, популяризации психиатрических знаний и преодоления недоверия населения к психиатрии и психиатрам членами НПА были проведены выступления по телевидению, Всероссийскому радио, на радиостанции «Свобода» и подготовлены публикации в прессе («Новое время», «Известия», «Аргументы и факты», «Экспресс-Хроника», «Комсомольская правда», «Литературная газета», «Смена», «Химия и жизнь» и др., а также даны интервью многим зарубежным изданиям.

Что касается организационного аспекта деятельности Ассоциации, т.е. ее самой, то здесь произошли впечатляющие перемены.

Если мы начинали с двух региональных центров: Московского и Санкт-Петербургского, то сейчас их 38.

Если на первом этапе (примерно первые три года своей деятельности) мы сознательно стремились быть небольшой ассоциацией, что было условием выживания в первозданном замысле, то, когда Ассоциация окрепла и упрочилась, сохранила свое лицо и завоевала авторитет, Совет Ассоциации принял в середине 1993 г. решение перейти на новом этапе к созданию массовой ассоциации, активно привлекая молодежь.

Если поначалу ряды Ассоциации составляли рядовые психиатры и выходившая на пенсию профессура, то теперь среди членов Ассоциации большое число зав.кафедрами, главных врачей ПБ и диспансеров, зав.отделами НИИ психиатрии МЗ России, Центра психического здоровья, Центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского, сотрудники кафедр ЦИУ и Государственного медицинского Университета, главные психиатры ряда регионов.

Особый оптимизм вызывает развитие региональных центров НПА. И прежде всего своим разнообразием, собственным стилем каждого.

Руководитель Санкт-Петербургского центра д-р В. Е. Каган является содиректором первого общественного института психотерапии и консультирования, который проводит наиболее активную международного масштаба образовательную программу по психотерапии.

Руководитель Северо-Кавказского центра д-р А. О. Бухановский разработал ряд эффективных экономических моделей, организовал специализированную образовательную программу

и независимую экспертизу, масштабную изда-тельскую деятельность, учредил стипендию на конкурсной основе для подготовки детского психиатра.

Руководитель Уральского центра д-р О. В. Кремлева организовала муниципальный центр медико-психологической и социальной помощи, ведущий не только большую и очень разнообразную реабилитационную деятельность, но и постоянную учебу профессионалов в виде балиновских групп, групп самораскрытия, социально-психологических тренингов, готовя своих социальных работников.

Эта картина сама по себе – наглядное доказательство продуктивности децентрализации, освобождения от мелочной опеки центра, постепенного размывания ложных авторитетов, всевозможных имитаций, которыми сыто по горло наше поколение. Каждый из нас хорошо чувствует подлинность, на то мы психиатры.

НПА значительно продвинулась в создании развитой инфраструктуры разнообразных форм взаимодействия с многочисленными профессиональными, правозащитными и благотворительными организациями и продолжает работу в этом направлении. Например, у НПА несколько общих проектов с Ассоциацией детских психиатров, наши члены входят в Исполком ассоциации социальных работников, в редколлегии ряда психиатрических и психологических журналов, участвуют в их заседаниях, конференциях и т. д. Ряд ассоциаций психиатрического профиля вошли в НПА коллективными членами. При некоторых из них есть свои хозрасчетные организации, фонды и т. д. Такая инфраструктура – непременное условие создания полноценного гражданского общества. Этим мы противостоим раздробленности и несогласованности, порой даже враждебности некоторых групп друг с другом. Установилось сотрудничество с Пантелеимоновским и Радонежским православными братствами. Мы намереваемся наладить связи и с другими конфессиями.

Аналогичны устремления НПА и в отношении Российского общества психиатров, в силу чего мы приветствуем двойное членство. Однако после смерти профессора В. В. Ковалева, который сотрудничал с Ассоциацией в самые трудные для нее времена и выступил инициатором внесения в Устав Российского общества специальной статьи о сотрудничестве с независимыми ассоциациями, мы не чувствуем сейчас ответного энтузиазма. Но, главное, российское общество при вступлении в WPA летом 1993 года не заявило о том, что считает себя правопреемником пяти афинских условий для Всесоюзного общества. Дело здесь не в формальностях, а в сути. Более того, спустя неделю после принятия в WPA, Российское общество не воспрепятствовало конституированию бывшего Всесоюзного общества в его прежнем составе, ограничившись внешним демаршем. В результате бывшая номенклатурная верхушка, делегированная от стран Средней Азии, сохранила свое положение, а

Всесоюзное общество на бумаге – даже непрерывность своего существования во главе с почетным президентом Г. В. Морозовым, который бойкотируется мировым сообществом. К сожалению, Российское общество еще зависит от государственной системы с ее административным аппаратом управления и решающей долей финансовой поддержки. С самого начала НПА выступала за передачу целого ряда функций, присвоенных себе Минздравом, научному сообществу. Но – как, не смущаясь повторял в свое время В. Ф. Егоров, – кто платит, тот заказывает музыку. Мы видели, как он забирал функции председателя у Н. Н. Жарикова в Челябинске, как помешал В. В. Ковалеву принять резолюцию против телесеансов Кашпировского в Туле. Помним его активные попытки манипулировать нашей Ассоциацией, организацию регистрации лже-НПА, поддержку М. Г. Царегородцева.

Российскому обществу психиатров, как и всем медицинским научным обществам, необходимо добиться финансирования, реально независимого от Минздрава. Финансовая независимость лечебных учреждений, более того, всех врачей, – непременное условие полноценного оздоровления медицинской службы. А что получается сейчас? – Из-за отсутствия средств в прошлом году был рассыпан уже готовый набор добротного руководства по детской психиатрии В. В. Ковалева. И все же еще значимой инерции советского стиля, что дало себя знать в несоблюдении элементарных приличий и при организации Ассоциации судебных психиатров и психологов, и при удалении с поста главного редактора «Вопросов наркологии» известного своей принципиальностью проф. А. Г. Гофмана, и в игнорировании при формировании комиссий МЗ по введению МКБ-10 ведущего специалиста в этой области проф. С. Ю. Циркина, и во многих других случаях. Не давая должного отпора этому стилю, мы рискуем надолго сохранить его.

НПА выступает за соответствие общественных организаций этому своему назначению – реально негосударственных структур. Только тогда взаимодействие общественных и государственных структур делается продуктивным. Нынешние отношения НПА с Минздравом принципиально отличны от прежних: все больше эпизодов сотрудничества, неизбежного перед лицом наших инициатив. Однако ответных инициатив до сих пор не было. Так НПА «забыли» пригласить в Смоленск на обсуждение Федеральной программы развития психиатрической службы. Не конструктивный акт и слабая позиция в эпоху состязательности. Позиция заведомо проигрышная: среди главных врачей и главных психиатров много членов НПА. Но все это не может изменить наметившихся глобальных тенденций. Сотрудничество государственных и общественных структур – неизбежное требование простого здравого смысла, если наше общество не ввергнется в пучину нового тоталитаризма. Выраже-

нием такой конструктивной тенденции служит предложение главного психиатра Минздрава России Бориса Алексеевича Казаковцева объединить усилия по организации юридического семинара в области психиатрии. Думаю, что следовало бы учредить регулярные чтения памяти Александра Иосифовича Рудякова.

Большую помощь оказывало НПА новое руководство Департамента по международному и гуманитарному сотрудничеству МИД России в лице Вячеслава Ивановича Бахмина. Я уже не говорю о поддержке Комитетов по правам человека всех уровней, включая Президентский.

Таким образом, хотя на первый взгляд сила прежних стереотипов, прежнего менталитета, прежней номенклатуры сохранилась, все же произошел решительный поворот: кончилась эпоха монолитности и монопольности государственной психиатрии и началось, пускай медленное, но поступательное движение, в сторону реальных демократических реформ.

Подводя итоги пятилетней деятельности Независимой Психиатрической Ассоциации, можно с полным основанием сказать, что она сама, сам факт ее существования, – лучший довод для оптимистического прогноза развития отечественной психиатрии. Не просто выжить, но в крайне неблагоприятных, а поначалу активно враждебных условиях, вырасти из небольшой группы энтузиастов в широко разветвленную по всей стране Ассоциацию. Со своим журналом, издательской деятельностью, образовательной программой, первой независимой психиатрической экспертизой как моделью принципиально нового общественного института, Ассоциацию, которая пять лет с честью представляет Россию во Всемирной Психиатрической Ассоциации. Это ли не доказательство наличия достаточных здоровых сил и правильно выбранного курса. Приоритетными направлениями своей деятельности НПА считает:

1. Восполнение белых пятен и прояснение смутных тем в самом предмете отечественной психиатрии. В частности, изложение общей концептуальной основы психиатрии и процедур психиатрической пропедевтики, создание современного отечественного руководства по общей психопатологии в соответствии с новой научной парадигмой. Создание на этой основе общими усилиями руководства по частной психиатрии.

2. Внедрение права в психиатрическую практику и развитие правового сознания у психиат-

ров. Развитие социально-реабилитационного аспекта независимой психиатрической экспертизы и распространение этого опыта.

3. Забота о новом поколении профессионалов. Создание специальных образовательных программ по подготовке социальных работников и юристов в области психиатрии, а также для среднего медицинского звена, с целью повышения его уровня и престижа.

4. Преодоление тотальной до недавнего времени огосударствленности, характерной для советской психиатрии. Установление конструктивного сотрудничества общественных и государственных структур.

Решение всего комплекса очерченных проблем лежит на пути синтеза гуманитарного и естественно-научного знания. Это значит, в числе прочего, отчетливое осознание, что многие противоречия – не противоречия вовсе, а различные аспекты, типы, сферы, масштабы и этапы реальности. Важно найти всему его адекватное место.

Существует качественное различие закономерностей динамических процессов в периоды их стабильного, рутинного протекания и в периоды нестабильности, кризиса, кардинальных перемен. Первые детерминистичны и предсказуемы. Вторые стохастичны и плохо предсказуемы. Использование одинаковых стандартов для этих двух совершенно различных типов реальности – насилие над здравым смыслом и, тем не менее, все еще широко распространено в научной и практической работе. Это универсальное положение. Оно касается не только психиатрии, но и нашего собственного поведения.

Мы живем в кризисное время, когда неэффективны стереотипы рутинного мышления, – необходимо творческое, дивергентное мышление. Не годится и пассивная позиция, упование на пресловутые марковы объективные законы истории. В периоды нестабильности, кризиса возникают моменты, когда самый казалось бы слабый, второстепенный фактор может сыграть решающую роль. Врачи хорошо знают, что нельзя пренебрегать ролью так называемых малых факторов, как их именует биологически ориентированное мышление, – простого ухода, душевного тепла, неосторожного слова, психотерапии. Аналогично этому, в периоды социальной нестабильности резко возрастает роль каждого из нас, нашего выбора приоритетов, нашей активной позиции, наших реальных поступков и личной ответственности за будущее.

О РОЛИ ПСИХИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В МЕДИЦИНЕ В СВЯЗИ С НЕОБХОДИМОСТЬЮ УПРОЩЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ*

Г. И. Россолимо

Вглядываясь в современную терапию, особенно в разнообразный и пестрый арсенал средств борьбы с многочисленными болезнями нервной системы, получаем удивительно странное впечатление: способы лечения расширяются, обогащаются; нарождаются новые методы — один оригинальнее и дороже другого, привлекаются всякие, малейшие открытия не только из области биологических наук, но и из области географии, физики, химии, инженерной техники, а дело оказания помощи больному человечеству подвигается вперед весьма вяло, во всяком случае не пропорционально обогащению этого арсенала: в результате мы нередко видим, что недавно предложенное средство уже отвергается и заменяется другим; иная болезнь поддается одинаково как действию только что изобретенного средства, так и влиянию другого, давно заброшенного; одно и то же средство в руках одного врача дает один эффект, у другого же — совсем иной или никакого; иные агенты в лаборатории оказывают одно действие, а будучи применены к человеку, — совсем не то. Мы сталкиваемся с модой в медицине, с появлением знаменитостей, замечательных курортов, повальных увлечений медицинскими приемами лечения по географическим районам и т. п. и т. п.

Врач в своей деятельности встречается с целым рядом недоумений, создающих у многих товарищей и в значительной части публики неверие и разочарование в медицинской науке.

Явление это, заслуживающее большого внимания, весьма сложно; но главными его причинами надо считать, *во-первых*, то, что медицину приходится делить на науку и на искусство врачевания, и, *во-вторых*, то, что научные ее достоинства далеко не дают ей еще права стать на одну доску с точными науками.

Живучесть медицинской науки, вытекающей из любознательности человеческого духа, никаким не больше живучести искусства, называемого искусством врачевания, — т. е. искусства познания болезни и ее лечения. Благодаря этому искусству в истории выделились целые блестящие эпохи, титанические личности, особые системы и школы; благодаря ему наступил расцвет в изучении некоторых форм человече-

ских страданий; ему обязаны своими успехами одни школы и врачи, и неуспехами — другие. Это — искусство, которому, по существу дела, не суждено покидать идущей рука об руку и слившейся с ним медицинской науки, и которое, как и всякое искусство, должно бы стоять обособленно от науки, не поддаваясь, казалось бы, ее учету; и, как продукт скрытой творческой работы духа, оно имеет возможность оставаться непонятным для непосвященных, окружать врача своей таинственностью точно сиянием, а дело его уподоблять священнодействию жреца.

Будучи продуктом творческой работы духа врача и, благодаря этому, отражая на себе все свойства его личной психологии, оно добывает в свою очередь для своих произведений материалы не только из науки, искусно пользуясь ее данными и установившимися точками зрения, но и из индивидуальности больного, точнее — из духовной ее стороны.

Таким образом, искусство врачевания приводит в соприкосновение две личности; оно устанавливает общечеловеческий контакт доверия с состраданием и создает то психологическое взаимодействие врача и больного, которое и составляет главную суть медицины. И вся медицинская наука, обслуживая главные задачи врача при помощи изучения природы человека и открытия причин, действующих вредно или полезно на человеческий организм, тогда только может быть на высоте своего назначения, когда, не ограничиваясь своею более отдаленной вспомогательной ролью, будет стараться освятить и смысл своего первоисточника — человеческих страданий; ибо в противном случае наша наука послужит чему угодно — разработке анатомии, физиологии, химии, мертвому описанию внешних проявлений болезней разных органов, усовершенствованию техники резания или пиления человеческого тела, изощрению способов изолирования душевно-больных и т. д., но не будет той высокой доктриной, для которой альфой и омегой должна быть личность страдающего человека.

Отсюда вывод, — и он на практике особенно подтверждается фактами из области нервных и душевных болезней, — что чем больше врач лечит больного, а не болезнь, тем больших он достигает успехов, и чем глубже он старается проникнуть в индивидуальность не только болезни, но и своего пациента, со всеми особен-

* Труды второго съезда отечественных психиатров (Киев, 4–11.09.1905). — Киев, 1907, с. 300–311.

ностями уклада его внутренней и внешней жизни, тем больше он облегчает себе задачу и тем помочь его оказывается действеннее.

В свою очередь всякое страдание и болезнь вносят в духовный мир человека такие перемены, выдигая одни его стороны, затемня другие, меняя подчас всю гармонию личности, а также и характер отношения к самому себе и ко всему окружающему, что есть основания заключить, что врачу в своей деятельности приходится считаться не с обычновенным человеком, а со страдающим человеком, как с особой психологической разновидностью; из этого же само собою вытекает и тот вывод, что врач, имеющий, при уходе за больным, дело с духовной личностью его, не может в свою очередь не оттенять отношений свойствами своей личной психологии, внося в них части того, что в нем самом есть человеческого.

Психология страдающего, являясь закономерным вариантом духовного склада здоровой личности, характеризуется двумя элементами: 1) непосредственным страданием, т. е. болезненным ощущением физического порядка (боль и т. п.); 2) психической реакцией на основные проявления данной болезни, как-то на боль, другие страдания и всякие иные нарушенные отправления организма, могущие быть объектом сознательного восприятия и анализа со стороны больного.

И тот и другой ингредиент субъективной жизни больного, как случайное проявление психики того же индивидуума, отражает на себе все личные особенности субъекта: с одной стороны, непосредственная реакция, в зависимости от большей или меньшей впечатлительности нервной системы, может выражаться в более или менее острых страданиях; с другой стороны, отношение больного к болезни, — на что сильно влияет и интенсивность восприятия страданий, — в свою очередь окрашивается, во-первых, индивидуальным — нормальным или патологическим — пассивным отношением к страданию с широким размахом от полного индифферентизма до панического страха и отчаяния, и во-вторых, той или другой формой активного проявления чувства самосохранения в не менее широких пределах — от нуля и до степени ипохондрического резонирования.

К этим проявлениям низшей и высшей деятельности нервной системы сводится механизм самозащиты страдающего существа, для успешности которой большую, можно сказать — исключительную, роль играет такой психологический фактор, как чувство самосохранения и связанная с ним любовь к жизни; чем острее становится чувство любви к жизни под гнетом страха потерять единую ее часть, тем резче выступает роль надежды на исцеление, надежды, которая в данном случае является противовесом неизбежному у большинства людей страху перед болезнью; и потому, когда этот страх усугубляет страдания, усиливая одни проявления болезни и вызывая еще новые другие, то надежда, которая, подобно любви к жизни пред-

ставляет такую же скрытую, точно припасенную энергию, выступает как толчок к самопомощи там, где страдающий чувствует ее в самом себе, а там, где этого нет, больной старается направить ее на окружающий мир, — вернее на те его области, которые ведают помощью ближнему.

Надежда — эта та мертвая точка, на которой больной останавливается в момент опасности: с нею в сердце он ждет перелома болезни; взоры, полные надежды, обращает к врачу и к небу; в состоянии пассивной надежды он отдает себя во власть врачебных воздействий и не выходит из него до тех пор, пока его надежда не трансформируется в веру или в отчаяние.

В том и в другом случае психологический результат, столь важный для дальнейшего хода болезни, зависит и от свойств личности больного, т. е. от способности его фиксироваться на известном умозаключении, поддавшись его влиянию, и от того, насколько больному импонирует применяемый к нему способ оказания медицинской помощи, испытанный другими или им самим.

Медицина, как наука и как система врачевания, помимо тех непосредственных результатов, к которым она приводит в смысле влияния на весь организм или на отдельные его части, ведает еще и такие факторы, которые не то умышленно, не то по неведению оставляются в тени как самой наукой, так и на практике, несмотря на то, что они, хотя и скрыты и от врача и от больного, по своему влиянию на исход болезни выступают на первый план.

В доказательство этого можно привести большое число таких примеров, где врачу не могло бы прийти в голову какое бы то ни было другое влияние кроме того, которое им ожидалось от назначенного им средства: излечение некоторых кожных страданий случайными и индифферентными наружными средствами, такие же заживления язв и ран и другие случаи в медицинской практике врач легко и без всяких с его стороны сомнений спешит объяснить естественным, ему вполне понятным действием своих лекарств; неудачные случаи лечения тем же самым средством ставят его в тупик, а слухи об исцелении без помощи единственных признаваемых им средств вызывают на его лице усмешку с выражением недоверия.

И чем дальше от болезненных процессов с простым течением и в доступных глазу органах, чем глубже в скрытые болезни внутренних органов, в особенности таинственной по своим функциям нервной системы, тем чаще врач оказывается либо сбитым с позиции неожиданностью результатов своих опытов над больным человеческим организмом, либо обманутым результатами кажущейся логичности теоретических построений; и здесь и там причиною является тот таинственный X, который, как тень, всюду следует за медициной, пронизывает таинственностью своей и наполняет все щели и норы ее.

Чем, как не этим «чем-то» можно объяснить успехи большинства предлагавшихся лекарств и других приемов лечения, к постоянному физическому и химическому действию которых на

организм примешивается какой-то плюс, измениющий эффект не только в зависимости от физической организации больного, сколько от каких-то причин совершенно иного порядка? В чем, как не в этом «чем-то» искать объяснения замечательному явлению моды в медицине, заставляющей человечество менять панацеи как перчатки, хотя и такие перчатки, которые при всей своей непрочности и дырявости умели в свое время защищать руки больных и маскировать их язвы и болячки, — моды, усиленно, даже чрезмерно пропагандирующей и в наше время научной постановки медицинских знаний такие явления как гомеопатия, вегетарианство, кнейпизм, массаж, электротерапия, механотерапия, органотерапия, светолечение и другие тому подобные модные методы лечения, которые, воспользовавшись ядром своего истинного, физиологического действия, завлекают болезни в район своего влияния не столько благодаря воздействию на организм, сколько благодаря тому, что одни врачи и больные раздувают их пламя, а другие ищут в нем тепла.

Это «что-то», видоизменяющее эффект действия лечебных средств и периодически выдвигающее значение все новых способов лечения, и представляет то возвышенное, с которого личность больного со всею мощью человеческого духа объявляет о своем согласии вступить в союз с медициной или протестовать против насилия над человеком и является той скрытой, потенциальной частью медицины, которую ведает только дух больного и врача, и которая покрывает всю суть психотерапии в узком и широком смысле слова. Это явление из области человеческой психики, роль которого, даже для непосвященного, ясно представляется первенствующей в процессах психического исцеления, распространяет сферу своего влияния и на такие отделы медицины, где присутствие его трудно и подозревать.

Его участие должно быть признано даже в самых простых, элементарных расстройствах организма, где, казалось бы, нечему фигурировать, кроме простейших явлений из области физиологии и фармакологии, так как, с одной стороны, велико число фармакологических сюрпризов и парадоксов, из сферы элементарной соматической практики, с другой стороны, не менее этого число доказанных случаев самовнушения на почве веры в исцеление.

И в широчайших пределах между крайними группами болезненных процессов фактор вмешательства психики больного во врачебное лечение, в смысле самовнужденного исцеления, выступая наиболее ярко в области нервных и душевных болезней, проходит красной нитью через всякие болезненные расстройства организма, то исчезая под поверхностью очевидности физиологических законов, то выступая наружу как главное ядро в ходе лечения, однако всегда оставаясь готовым явить свое присутствие у постели больного как тень законов терапии, как скрытая их стороны — то самостоятельная, то связанная с этими законами, то изменяющая их пределы и формы до неузнаваемости.

Благодаря этим условиям, т. е. благодаря постоянному перекрециванию и взаимному сплетению физиологических основ лечения с влиянием психических процессов у больного, в силу чего законы фармакологической и иной терапии утрачивают свои точные углы и резкие грани, столь необходимые в интересах определенных лечебных назначений и предсказания исходов болезней, начинает казаться необходимым пересмотр последних под менее общепринятым углом зрения.

Индивидуальные особенности психического склада больных, проявляющиеся в том или другом виде по отношению к их болезни и ее свойствам и выражющиеся, в отношении особенностей предлагаемой врачом системы лечения — будь то лекарство внутреннее, наружное, будь то один из физических методов лечения или перемена в условиях жизни в виде симпатии или антипатии, то в виде доверия или недоверия, то восторга или заранее принятого им самим решения в выборе мероприятия, — индивидуальные особенности психики больного, говорим мы, неминуемо должны отражаться и на действительности примененного мероприятия; отсюда и самые разнообразные исходы применения одной и той же элементарной лечебной меры и то смятение, естественным образом возникающее на почве соприкосновения простых элементов терапии со сложными законами психологии больного человека, которое должно отучить от легкомысленного доверия к якобы физиологически простому действию лекарств и других лечебных средств и должно заняться установлением несколько более сложного и более вдумчивого отношения к вопросу.

У каждого врача, в подтверждение сказанного, имеется в запасе достаточное количество собственных примеров, того, как легко бывает усиливать, ослаблять или видоизменять действие медицинского мероприятия, вырабатывая в душе больного известную почву, пригодную для самовнушения в ту или другую сторону; и врачи нередко имеют возможность убеждаться, что удачным лечебным средством можно считать не столько то, которое теоретически соответствует своему физиологическому или фармакологическому назначению, сколько то, которое оказалось наиболее удачным условным знаком для самовнушения и веры в исцеление.

А посему в задачу медицинской науки должно входить, наряду с разработкой основных физиологических и фармакологических законов лечения болезней, также и стремление проследить и установить, с одной стороны, законы отношения психики больного к лечебному мероприятию, с другой — влияние последнего на психику пациента, при чем всегда между физическим действием средства и психическим влиянием лечения будет лежать пограничная полоса, — правда не всегда достаточно резкая и широкая, которая, однако, будет служить настойчивым напоминанием крайнего сближения границ фармакологии и самовнушения.

Таким образом, на основании приведенных соображений, становится очевидной необходимость внести в современную медицину некоторую поправку, касающуюся способа отношения к больному, как в смысле более полного освещения его болезни, так и в смысле оказания ему возможно более действительной помощи.

Поправка эта должна иметь в виду область тех явлений, которые, не сказываясь во многих случаях ни в чем и скрываясь под внешней оболочкой видимой картины болезни, в то же время имеются на лицо у всех больных, как бы глубоко ни скрывались от глаз врача черты личности больного. Она всецело касается психики больного — его отношение к болезненным явлениям, к факту наличности болезни, к тому, что его ждет и что могло бы ему помочь. Эта поправка должна внести новый фактор в сознательное отношение врача к больному, — фактор, основанный на том, что пациент есть не механизм, и не организм в низшем смысле слова, а сложное существо, человек — как психологическая единица, сложная не только потому, что состоит из большого числа психических элементов, но и благодаря окружающим ее разнообразным жизненным и социальным взаимоотношениям. Она должна иметь в своей основе признание за психикой всякого человека, — в особенности страдающего и выведенного страданиями из равновесия субъекта, — склонности к вере в исцеление, реализующейся в способности поддаваться внушению извне, — вернее, изнутри, из самого себя.

Поправка эта хотя и была основана в концепциях на факторе косвенного внушения и самовнушения, тем не менее нисколько не должна иметь в виду так называемого гипнотического внушения, — не должна даже намекать на него, так как гипнотическое внушение соответствует истинным целям врачевания лишь постольку, поскольку в основе влияния его лежит также вера в исцеление, что и при всяком другом способе лечения, — поскольку этот метод удачно выражает символическое значение гипнотизма как приема, подготавливающего больного к самовнушению, и поскольку субъект делается более внушаемым, благодаря гипнотическим манипуляциям, либо порожающим его своею своеобразностью и кабалистическим оттенком, либо выводящим его из душевного равновесия, так сказать, «истеризируя» его.

Психологический фактор в отношениях врача к больному требует всяческих условий, возможно больше вырабатывающих и развивающих в больном общую внушаемость. От врача он требует уверенности в правильности избранного пути и в целесообразности принятых мер, т. е. создании таких условий и применения таких мероприятий, которые не только прямо соответствуют законам физиологии и фармакологии, но и импонируют самому больному и заслуживают его доверия по симпатии, по вкусу и по нутру, по наслышке, по личному опыту, по моде и т. д.

Он требует, наконец, от врача авторитета знания, опыта, удачи в лечении, а главное — авторитета его личности, который служил бы

больному главной опорой для веры в исцеление и для надежды на помощь и врачебную и человеческую.

Обращаясь к врачу, больной идет как человек к человеку, но как человек более слабый к более сильному, потому что он в нем нуждается И нуждается он в нем именно как в сильном, в способности которого и умении помочь он вполне уверен.

В то же время он идет к врачу, и с полным доверием как к человеку, который и его будет уважать как человека и, приняв близко к сердцу его несчастье, постараётся слиться с ним в этом несчастье, пережить его вместе, сохранить тайные его стороны в глубине своей души и показать больному, что он с ним вместе и за него может все перестрадать.

Поэтому врач, вооруженный полным научным арсеналом современной медицины, но не увлекающийся новизной и внешними достоинствами предлагаемых наукой, но еще недостаточно проверенных лечебных средств и мероприятий, спокойно, в силу требований той же науки должен в то же время предстать перед больным во всеоружии высших качеств человека достойного уважения, сильного волей, доброго сердцем, полного благородных стремлений и умудренного житейским опытом; и недостаточно, чтобы подобные требования к себе предъявлял врач по одному лишь велению непосредственного нравственного чувства, — нет!

К глубокому убеждению в истинно-человеческой роли врача для окружающих его в жизни несчастных должна приводить его та же наука, которой, в ряду различных сторон природы, надлежит видеть и изучение души спокойной и страдающей, здоровой и больной, — та наука, для которой ничего нет вне науки, и с которой врач должен вступать в полное соприкосновение не только в жизни, но и до вступления в нее, — в аудиториях и клиниках, где врач должен научиться знакомиться как с низшими, простейшими сторонами организма здорового и больного человека, так и со всеми проявлениями его духовной жизни, особенно с теми, которые имеют отношение к его страданиям, его болезни и ко всем несчастиям, к которым его болезнь привела и от которых его болезнь произошла.

Знакомя со строением человеческого тела, с отправлениями его в здоровом и больном состоянии, с различными приемами исследования и лечения, медицина должна уметь в тоже время раскрывать душу и здорового человека, и страдающего; она должна освещать всякую болезнь не только с точки зрения ее проявления для исследующего врача, но и с другой, не менее важной точки зрения — с точки зрения самого больного, научая глубже вникать в болезнь и понимать ее и как уклонение от нормального течения отправлений болезни, и как нечто нераздельное со страдающим человеком.

И тогда медицина, не сходя с единственного своего верного пути — с пути исследования, должна будет достигать еще больших результатов: изменив своей роли научного ремесла и простой медицинской техники и приняв в свое

введение самую обширную часть страдающего индивидуума – его душевную сторону, сознательно «гуманизировав» себя, она достигнет своего единственного высокого назначения и будет являться на помощь не только определенной телесной или душевной болезни, но, что гораздо важнее, и самой страдающей личности.

В итоге всего сказанного и всего, что для всякого мало-мальски опытного врача сквозит между приведенными строками, получается ряд выводов, которые я предложил бы формулировать нижеследующим образом:

1) Страдание больного человека и сама болезнь сопровождаются особой психической реакцией, которая отражается на проявлении болезни, подчеркивая одни симптомы, изменяя другие и вызывая третья, и влияет на отношение ее к лечению, давая ту или другую окраску действию последнего; для результатов этого процесса имеют значение как свойства самой болезни, так и особенности психики больного.

2) Из современных научных взглядов вытекает безусловная необходимость считаться и с психикой всякого больного для правильной оценки симптомов его болезни и, в особенности, при выборе и направлении лечения.

3) При изучении влияния на организм как лекарственных средств, так и различных других агентов необходимо отделять от постоянного и непосредственного физиологического эффекта те явления, которые дополняют или видоизменяют картину влияния, привлекая к участию как бессознательную, так и сознательную психическую реакцию субъекта. Из данных таких исследований должны образовываться особые главы фармакологии и терапии.

4) Наука свободна в выборе путей и ничто не должно стеснять ее движений в поисках за истиной; всякие плоды ее, могущие служить пользе человечества, должны приниматься нами с благодарностью. Однако новые изобретения в терапии, покуда значение их не вполне еще выяснилось, должны быть достоянием клиник и лабораторий, но отнюдь не должны своей новизной служить рекламой врача.

5) Большое значение для страдающего человека, а посему и для его пользы, имеет авторитет источника врачебной помощи; ввиду же несомненной роли в этом отношении веры в исцеление, вытекающей из твердо установленного наукой влияния внушения, должны быть приняты в расчет и все психические факторы, так или иначе сплетающиеся с болезнью, а в особенности одно из двух звеньев психического взаимодействия больного и врача, именно личность врача.

6) Кастовый и личный авторитет врача, как научный, так и нравственный, должен стоять для больных на первом плане, ибо несовершенство современной медицины, лишенной почти совсем точных научных аксиом и выдвигающей в основу различных методов лечения скоропреходящие гипотезы, не дает еще возможности прочно утвердить в глазах страдающего человечества безусловный авторитет медицинской науки.

7) Научно подготовленным, а потому и авторитетным врачом будет тот врач, который,

наряду с современными научными учениями, постиг и все стороны страдающей личности, и в деле лечения его успех всего более обеспечен.

8) Подготовка к выставленным выше сторонам деятельности врача должна начинаться в клиниках и аудиториях, при помощи ознакомления, наряду с входящими в обычную программу преподавания предметами, также и с различными условиями общественной и личной жизни больного, как психологической единицы. Отсюда вытекает и явная необходимость теоретической подготовки врачей по психологии.

9) Авторитет в глазах больных отдельных методов лечения должен быть сведен к своему *minitum*, покоящемуся лишь на самых точных и проверенных научных положениях или на прочном эмпирическом фундаменте. Дело хорошего врача, сохраняя в глазах больного авторитет науки, не создавать ему новых временных кумиров и развенчивать тех, которые нашли себе пьедесталы способами, ничего общего с наукой не имеющими.

10) При оценке методов лечения, особенно при нервных и душевных болезнях, болезнях, наименее изученных и наиболее трудных для лечения, мы должны отвергать те методы, которые, без крайней надобности и при полной возможности быть замененными более простыми и всякому и везде доступными, являются к услугам наиболее имущих больных; – это аристократы в медицинском арсенале; приобретя авторитетное значение в глазах публики без достаточных к тому научных оснований, они создают положение вопиющей несправедливости по отношению к неимущим и обездоленным. Отчасти благодаря этому, отчасти же благодаря своей новизне и, потому, недостаточной обоснованности, а также, нередко благодаря своей малой доступности и дороговизне, врач рискует преступить главную заповедь медицины – «*pe posceas*». Особенное внимание необходимо обратить на крайнее развитие дела физиотерапии со сложными приборами и грандиозными инструментами, где над больными, чаще всего без всякой надобности, пробуют все имеющиеся на лицо электро-гидро-механо-терапевтические приемы, которые свободно могут быть заменены двумя-тремя простыми дешевыми электрическими приборами, небольшим числом массажных и водолечебных приемов; заслуживают большого внимания подчас ни на что ненужные курорты, местные и иностранные, все действие которых нередко сводится к простой перемене обстановки и нормированному режиму. То же можно сказать и о великом множестве различных химических продуктов лечебных и питательных, эфемерных и вполне достаточных разве лишь для увеличения оборота некоторых торговых фирм.

11) Главной задачей современной медицины должна быть ее демократизация; ибо, если нет, по *Virchow*'у иной медицины, кроме научной, если наука должна служить всем людям без различия, то и все люди, в одинаковой мере одаренные способностью страдать, в равной мере имеют и право черпать облегчение из ее источника.

КОНСТОРУМ И МУЗЫКА*

Классик клинической психотерапии московский психиатр Семен Исидорович Консторум



(1890–1950) родился в музыкальной Риге, учился до революции медицине в Лейпциге и Йене**. С детства душевно захваченный классической музыкой он сам играл на фортепьяно. В те времена, когда психотерапия еще не была так наполнена художественной культурой, Консторум применял в повседневной психиатрической работе свое тонкое знание-чувствование музыки, хотя и не писал об этом. Современники Консторума рассказывали мне, что он вместе с душевнобольными слушал в отделении по радио музыкальные произведения и потом бывало живое обсуждение. К сожалению, мы не знаем подробнее, как это все происходило.

В публикуемой здесь впервые статье Консторума о дирижере Никише, как бы не имеющей прямого отношения к психиатрии, написанной в 1947 году просто для неравнодушных к музыке, звучат глубокие музыкально-психотерапевтические мотивы, предвосхищающие сегодняшнюю психотерапию духовной культурой (в том числе музыкой).

Машинопись этой статьи подарена мне много лет назад падчерицей Семена Исидоровича – покойной теперь Еленой Александровной Рузской.

М. Бурно, доцент психотерапии

ИЗ ВОСПОМИНАНИЙ ОБ АРТУРЕ НИКИШЕ***

(К 25-летию со дня смерти: 23 января 1922 г. 23/I-1947)

С. И. Консторум

Если я, дилетант, беру на себя смелость поделиться с читателем своими воспоминаниями об Артуре Никише, то это оправдано лишь одним обстоятельством: тем, что я слышал его в моей жизни не менее 60 раз. Эту возможность я имел, живя около трех лет в Лейпциге и не пропустив за это время ни одного концерта в Гевандхаузе, а происходили они 22 раза в сезоне, причем 20 – с обязательным участием Никиша.

Три имени музыкантов-исполнителей запечатились в моей памяти с раннего детства по рассказам окружающих: имя знаменитого тенора Мазини, которым бредила еще моя бабушка, имя Антона Рубинштейна, об игре которого не мог спокойно говорить мой дядюшка, популярный в Риге музыкальный критик Демант (Алмазов) и, наконец, имя Никиша, которое я услышал лет десяти-одиннадцати, когда в 1900 или 1901 году Никиш с оркестром Берлинской филармонии совершил первую поездку по России и дал два концерта в Риге. На концерты эти мне попасть не пришло, но помню, что восторженным рассказом о Никише в нашем доме конца не было. Никиш стал мерилом, эталоном дирижерского искусства.

До 1907 года, то есть, до окончания гимназии и отъезда из родного города, я слышал уже немало

* Печатается без редакционных изменений.

** См. о нем: Бурно М. Е. Трагедия Консторума//Независимый психиатрический журнал, 1992, I-II, с.86-89.

*** Редакция помещает эту – казалось бы совсем не относящуюся к психиатрии – статью, чтобы показать каким был и должен быть культурный уровень психиатра. В нашей профессии это сказывается во всем, это входит в профессионализм.

хороших дирижеров – Сафонова, Б. Вальтера, Зибелиуса, Млиарского, Фительберга, Шнэфойгта и многих других и каждый раз, когда я обращался к моему дядюшке, как к высшему арбитру в вопросах искусства, а как, дескать, похож этот дирижер на Никиша, дядюшка только вздыхал и махал рукой. С годами желание увидеть, наконец, Никиша за пультом, поддерживающее восторженными рецензиями столичных газет, стало, я сказал бы, целью моей, если не жизни, то музыкальной жизни во всяком случае.

Но вот, наконец, в 1908 году, моему страстному желанию суждено было исполниться.

Я был студентом Петербургского университета, когда в один прекрасный январский день на стенах домов появились афиши с магической фамилией – Никиш. В первый и последний раз в моей жизни я с вечера занял место в очереди, а на дворе, помнится, было не менее 20° мороза, и к 10 часам утра билет был у меня в кармане. Итак, в Мариинском театре перед огромным оркестром, расположенным не сцене, я, наконец, увидел Никиша.

Мне было 17 лет. Мы все знаем, что аффективность, свойственная юному возрасту, одинаково располагает к безграничному энтузиазму с одной, к непризнанию авторитетов, с другой стороны. Не скрою, что именно эта последняя тенденция юности доминировала во мне в тот вечер. Неужели же я поддамся общему восхищению, буду говорить то, что все говорят, и не высажу чего-либо оригинального, смелого, идущего вразрез с мнением «презренной толпы».

Словом, я готовился, я настраивался к непризнанию, во всяком случае к самой придирчивой критике прославленного дирижера.

В программе концерта была сюита Глазунова «Из средних веков», не помню, что еще, и 5-я симфония Чайковского во втором отделении. Первое, что я оценил, был оркестр: такой большой и великолепный оркестр я слушал впервые в симфоническом концерте, и не знал, чем надлежит восхищаться: оркестром или дирижером.

Вероятно потому, что я сидел высоко на галерке и не имел бинокля, особого впечатления от дирижерской, так сказать, моторики Никиша у меня в тот вечер не создалось. Я мог лишь отметить общеизвестную скучность его движений и какую-то особенную властность его правой руки. Ярко запечателось в моей памяти в тот вечер следующее: во-первых, соло валторны в начале второй части симфонии. Это было подлинное *bel canto*, какого ни до, ни после этого я не слышал.

Во-вторых, переходя уже к Никишу, финал симфонии. Должен сказать, что 5-ю я знал наизусть и мог внимательно следить за всеми деталями исполнения. Я был поражен, прежде всего, необычайно быстрым темпом финала (в allegro) самим по себе. Но я положительно осталенел, когда в этом же стремительном темпе зазвучала главная тема, лейтмотив сим-

фонии. Я привык к тому, что она всегда замедлялась, приобретая тем самым несколько торжественный характер. Ничего подобного я не услышал. Тема пронеслась, как вихрь, в стремительном потоке allegro финала и приобрела тем самым такую динамическую силу, такое напряжение, что без всякого преувеличения могу сказать, у меня захватило дыхание, и то же произошло во второй раз, когда главная тема звучит в валторнах и тромбонах: ни намека на *ritenuto*, все тот же, без малейшей передышки, стремительный полет. Я был совершенно ошеломлен, физически потрясен, но, признаюсь, «несогласен». Я все таки считал, что у Чайковского «это не так», в обмене мнений после концерта, горячо настаивал на своем мнении и был очень рад тому, что вот, дескать, Никиш – а я не согласен.

Но, увы, я заблуждался! Я был уже отправлен: начиная с этого дня, я уже не мог представить себе финал пятой симфонии не так, как ее исполнил Никиш. И, несмотря на всю свою оппозиционность, я замолк и решил ждать, что будет дальше.

Весной того же года Никиш вновь приехал в Петербург и дал несколько концертов с придворным оркестром в Большом зале консерватории. Первую программу, в которую входили «Манфред» Чайковского и, если не ошибаюсь, «Потонувший колокол» М. Штейнберга, мне удалось услышать дважды: на генеральной репетиции и на самом концерте. Программы второго концерта не помню, но запомнил «Испанское Капричио» Римского-Корсакова – об этом ниже.

С «Манфредом» на генеральной репетиции произошел любопытный эпизод: после медленной части в скерцо, темы феи, Никиш остановил оркестр; это было совершенно неожиданно для всех, ибо, казалось, все шло прекрасно, и в наступившей в зале напряженной тишине явственно зазвучал негромкий голос Никиша – «*Bitte, meine Herren, noch heimlich, es ist so schon!*» («Будьте добры, еще раз, это так прекрасно!»). Все в оркестре и в зале заулыбались, и трио было повторено. Захотелось ли, действительно, Никишу доставить себе еще раз удовольствие, или же просто, по свойственной ему вежливости в обращении с оркестром, он прибег к такой формуле, оставшись чем-то недоволен, – не знаю. В общем же, должен честно сказать: «Манфред», даже в блестящем исполнении Никиша, меня тогда и позже не потряс. Большее впечатление, благодаря Никишу, произвело на меня «Испанское Капричио», также, конечно, мне хорошо знакомое. Это было блестящее, ослепительно, это был подлинный оркестровый фейерверк, которым можно было бездумно наслаждаться. Но самое замечательное Никиш приберег к концу: появление темы фанданго в самом финале. После необычайно напрягающегося и стремительного crescendo тема фанданго астуриозо в меди зазвучала замедленно и с такой страстной массивностью, что снова должен прибегнуть к этому банальному выражению – у

меня, да и у всех, конечно, в зале просто-таки дух захватило. Снова, во второй раз, я испытал на себе эту, если можно так выразиться, физиологически потрясающую силу оркестрового звучания. Тут уже энтузиазм разом поборол во мне скепсис, и я не мог не принять участия в последовавших за исполнением «Капричио» бешеных овациях. Овации эти привели меня к самой эстраде, и здесь я впервые увидел Никиша в двух шагах от себя и мог отчетливо его разглядеть. Прежде всего я был поражен его маленьким ростом. Этой иллюзии поддавались все решительно: видевшие Никиша только за пультом, считали его, скажем, чуть выше среднего роста*. На самом же деле он был ниже среднего, если не просто маленького роста. Далее меня удивила его изрытая глубокими морщинами, — а ему было тогда 53 года, — и нездорового, бледно-желтого цвета, кожа лица. Первая мысль, которая у меня тогда мелькнула, была: банкир, просидевший целую ночь за вином и за картами. Какое-то измятое у него было лицо. Если бы мне предложили определить профессию этого человека, я не подумал бы об искусстве, а сказал бы — ну, какой-нибудь дипломат, крупный банкир, так, что-нибудь в этом роде. К большому сожалению, мне никогда не удавалось видеть Никиша за пультом близко со стороны оркестра. Хочу еще добавить, что представление о бессонной ночи у меня возникло, главным образом, вероятно потому, что у Никиша, когда он выходил кланяться, было усталое выражение лица, словно эти выходы на эстраду стоили ему большого усилия над собой. Добавлю еще, что, подумав о картах и вине, я ошибался лишь во втором, но не в первом. Никиш был очень умерен в вине, но весьма неумерен в картежной игре и мог действительно просиживать ночи напролет за зеленым ломберным столиком.

Личные мои обстоятельства сложились так, что на третьем семестре, в 1908 году, принужден был покинуть Петербургский Университет и переехать в Германию для продолжения своего образования. Надлежало выбрать один из 22-х университетских городов. Это было для меня очень просто: конечно, я поехал в Лейпциг, ибо в Лейпциге был Гевандхауз, а в Гевандхаузе Никиш дирижировал двадцать раз в сезоне.

Я хочу в этом месте отвлечься на минуту от Никиша и посвятить несколько слов Гевандхаузу, этому старейшему в мире концертному залу, институту. Многие не знают значения самого слова Гевандхауз, а знающие немецкий язык недоумеваю, почему концертный зал называют Гевандхауз?

Гевандхауз означает дом платья, дом одежды.

* В воспоминаниях о Никише (Лейпциг, 1922) приводится рассказанный им самим эпизод, когда однажды, одна дама, указав на проходившего мимо дирижера, шепнула своей соседке — «Смотри, до чего похож на Никиша, но Никиша в миниатюре».

Дело в том, что старое здание предназначалось для выставки в нем образцов одежды во время знаменитой лейпцигской ярмарки, происходившей два раза ежегодно. Позже, начиная с 1781 года, в зале этом, славившемся своей акустикой, стали происходить концерты, сначала 24, затем 22 в сезоне. В 1885 году было выстроено новое здание, так называемый новый Гевандхауз. Среди дирижеров Гевандхауза были: И. Гиллер, Мендельсон, Ферд, Гаде, Рейнеке, не допускавшие в Гевандхауз ничего нового, ничего, что порывало бы с его кумирами — Мендельсоном и Шуманом.

Кто не был в Лейпциге, тот не в состоянии себе представить того обаяния, какое присуще Гевандхаузу и которое испытываешь уже тогда, когда к нему только подходишь. Дело в том, что здание стоит не в ряду других домов, а совершенно особняком, окруженное со всех сторон большим сквером. Перед зданием, в мое время, стоял памятник Мендельсону, при Гитлере, конечно, снесенный. В здании, кроме большого зала, имеется еще маленький камерный зал. Особенностью Гевандхауза является то, что он предназначен исключительно лишь для 22-х оркестровых и 4-6 камерных концертов в году. И новый Гевандхауз, как и старый, славился своей акустикой. Не знаю, может быть, это и самовнушение, но каждый раз, когда я поднимался по широким лестницам, ведущим из гардероба в зал и слышал звуки настраиваемых в оркестре инструментов, мне казалось, они звучали как-то по-особенному, и я всегда говорил, что в Гевандхаузе стены поют. Я не очень разбираюсь в акустике, но все же не могу не вспомнить замечания одного архитектора, любителя музыки, учившегося в Лейпциге, которое я услышал уже значительно позже, в Москве. Когда мы разговорились о Гевандхаузе и его изумительной акустике, он заметил: «Ну еще бы, там стены поют, там стены выложены деревом».

Особняком стоящее в сквере здание, лишь раз в неделю открывающее свои двери, огромная и чрезвычайно удобная раздевальня, в которой никогда не было толкотни, и доносящиеся из второго этажа звуки настраиваемых инструментов — уже это одно заставляло сердце учащенно биться. Кстати, по поводу толкотни в раздевальне. Действительно я никогда ее не замечал, за исключением единственного раза, когда после концерта, в котором исполнялась «Жизнь героя» Рих. Штрауса, добывая свое пальто, вдруг почувствовал, что сзади кто-то меня бесцеремонно и весьма чувствительно прижал к барьеру, и через голову мою чья-то рука протянула номе-рок. Я с возмущением оглянулся на нахала, собираясь огрызнуться, но тут же стих: это был Рих. Штраус! С каким-то невидящим взглядом он стремительно, так сказать, *impetuoso*, схватил пальто и зеленую тирольскую шляпу и столь же стремительно, словно ничего вокруг себя не видя, скрылся. Я успел лишь обратить внимание на его значительное, с огромным лбом лицо и

необычно светлые, чуть тусклые, лишенные блеска глаза.

Но я отвлекся от Никиша и от управляемого им оркестра. Оркестр Гевандхауза считался в мое время одним из лучших в мире, и в Германии с ним конкурировали только два оркестра — Берлинской филармонии и Дрезденской оперы. По составу самым большим оркестром Гевандхауза, в котором было по 12 альтов, виолончелей и контрабасов. Располагался он чуть-чуть амфитеатром.

С тех пор прошло много времени, я наслышался немало первоклассных оркестров, но, может быть, я и ошибаюсь, мне и сейчас кажется, что никогда я не слышал такого струнного хора, как в Гевандхаузе.

Никогда я не слышал такого дематериализованного, лишенного всякого, так сказать, физического привкуса звучания струнных, как в оркестре Гевандхауза. В частности, концертмейстером виолончелей был в то время знаменитый Юлиус Кленгель. Замечательно также звучали в этом оркестре деревянные. В мое время там был знаменитый флейтист — фамилия его, помнится, Шведлер, глубокий старик, его соло в хороводе блаженных духов из Глюковского «Орфея» осталось для меня незабываемым на всю жизнь.

Хуже, по-моему, обстояло дело с медью, которая не так уж редко киксовала и, во всяком случае, того соло валторны во II части 5-й симфонии Чайковского, которое я слышал в Мариинском театре, я уже не слышал и в Гевандхаузе.

Я должен еще сказать о дирижерском пульте. Он был расположен очень высоко, и к нему вела порядочной высоты лестница.

Когда Никиш всходил по этой лестнице к пульту и замирал зал и оркестр, казалось, что наступил самый величественный и радостный момент жизни, что предстоит нечто необычайное, неслыханное.

И, действительно, это необычайное наступило для меня в первом же концерте. В этом концерте я в первый раз в жизни услышал «Пасторальную» Бетховена. Это не надо понимать буквально, ибо я слышал ее много раз в оркестре, очень часто играл в четыре руки и знал в партитуре.

Что, собственно, так потрясло меня? Анализируя уже задним числом впечатление от VI-й под управлением Никиша я сказал бы так: необычайный — позвольте мне употребить это одиозное в эстетике выражение — натурализм, в котором одновременно вскрывалась вся бездонность музыкальной стихии Бетховена. Казалось бы, что одно исключает другое. А здесь, между тем, я был погружен в то бесконечное (что позже уже испытал в полной мере, слушая H-moll-ную мессу Баха) через архиальное, натуралистическое восприятие природы.

С тех пор прошло 35 лет, и я, конечно, не все помню и, в частности, не помню совершенно впечатления от первой части. Но я помню, что во второй части весь лес был наполнен пением

птиц, совершенно реальным, хорошо мне знакомым, я помню, что во время третьей части стояла жара и что пыль стояла в воздухе от топота деревенских башмаков. Я помню, что во время грозы у меня мелькнула мысль — надо бы поднять воротник, чтобы не промочило, что я видел листья, кружавшиеся в пыльном воздухе (два такта виолончелей и контрабасов) и что, наконец, на трех forte я просто почувствовал: «это над самой головой, это ведь ударило в Гевандхауз!»

В этом восприятии наличествовали те вполне реальные моменты, какие присущи восприятию сильной грозы с ливнем, застигшей в поле. И в этом восприятии было то самое Пушкинское «упоение...» в разъяренном урагане, какое для сердца смертного таит неизъяснимые наслаждения, в этом была стихия бесконечного, стихия музыки.

И, наконец, я помню, что в последней части я видел капли дождя на листьях кустов и вдыхал запах озона. Но и то и другое было насыщено подлинным умилением, недоступным простому смертному вне искусства, вызывавшим слезы на глазах не у старика, а у 19-летнего юноши.

Снова я почувствовал физиологическое потрясение, которое оказалось неотделимым от высшего художественного восторга.

И в этом я почувствовал стихию, специфику Никиша, обаянию которой я уже не мог противостоять.

Стоит ли говорить о том, что после этого я уже за два с половиной года не пропустил ни одного концерта в Гевандхаузе, точнее не концерта, а генеральной репетиции, ибо сами концерты для нас, студентов, были недоступны: на них полагалось быть обязательно во фраке, и билеты были очень дорогие, на генералку же билет стоил 95 пф., то есть меньше полтинника на наши деньги. Но вместе с тем, генералка представляла для нас, конечно, особый интерес, о чем я еще отдельно расскажу.

Итак, я хочу попытаться отобразить специфику Никиша, как дирижера, то обаяние, которое ему одному было присуще. Однако, я заранее уверен в том, что мне это не удастся в полной мере, по той простой причине, что я не Лев Толстой. А, между тем, именно и только Лев Толстой и едва ли кто другой, мог бы передать внутреннюю сущность человека, идя, так сказать, от его плоти, от его физического воплощения.

Никиш был чрезвычайно склонен не только в движениях рук, но и всего своего корпуса. Мне рассказывал покойный Д. Крейн следующий эпизод. На первой репетиции Никиша с оркестром Большого театра в Москве Никиш дает знак деревянным духовым. Молчание. Тот же незаметный жест, приглашающий начинать. Снова молчание. Тогда Никиш обращается к оркестрантам: «Господа, разве я должен сделать так?» — широко протягивая обе руки вперед, как встречают дорогого гостя.

Легко представить себе ту настороженность, какая воцарилась в оркестре после такого предупреждения.

Его голова, изменяя свое положение лишь по вертикальной оси, обращаясь к той или другой группе инструментов, никогда не наклонялась вперед: вся верхняя часть туловища и положение всего его корпуса всегда определялось преобладанием разгибателей над сгибателями.

Все его тело, его нижние конечности, оставались совершенно неподвижны, и, мне казалось, что он мог бы диригировать, стоя на пространстве в 20–30 кв. сантиметров; он застыпал перед оркестром.

Но иногда весь корпус в целом, чуть-чуть отклоняясь вперед, как бы надвигался на оркестр, иногда же чуть-чуть подавался назад. Но эти едва уловимые движения были предельно динамичны и властны. Та же скучность движений присуща была его рукам. Я думаю, что женщины, увлекаясь Никишем, прежде всего влюблялись в его одухотворенные, экспрессивные руки. Он держал дирижерскую палочку в правой руке так, что уже это одно завораживало. Он брал ее в руку каким-то настолько легким жестом, что, казалось, палочка, притянутая магнитом сама оказывалась у него в руке и отделиться от его руки уже не может. Он держал ее иногда таким образом, что конец ее был виден и в этом было что-то неуловимо небрежное и обаятельное: палочка, притянутая магнитом, могла как угодно пристать к руке. Пальцы схватывали палочку так, что указательный палец был несколько отделен от прочих. В этом положении руки было что-то экспрессивное и властное, лишенное всякого внешнего напряжения. Слово «легко», напрашивавшееся в первой редакции, при описании Никиша, оказывается здесь совершенно неправильным и неуместным. Прекрасный дирижер может диригировать легко, например, Мелик-Пашаев и напряженно, например, Клемперер. Но к Никишу не относится ни то, ни другое; ни легко, ни напряженно, а без всякого двигательного напряжения, без малейшего мышечного усилия и в то же время с совершенно непреоборимой, всепокоряющей властью. Эта естественность и монолитность всей моторики Никиша порождали его дирижерское обаяние, которого не было ни у кого другого. Само собой разумеется, что все мои замечания исходят от слушателя, а не оркестранта. Но мне трудно себе представить, чтобы эта покоряющая, фасцинирующая жестику Никиша не могла не влиять на оркестровый коллектив. Тем более это, вероятно, относится к другой особенности его диригирования, на которой я хочу остановиться. Признаться, я не решался говорить о нижеследующем, боясь быть обвиненным в дилетантизме. Но после того, как я нашел соответствующие указания в статье музыковеда Pfohl'я (в сборнике памяти Никиша), я подбодрился и хочу поделиться наблюдением, которое я сделал еще в самом начале моего знакомства с Никишем.

Не хочу сказать – всегда или как правило, но очень часто Никиш был впереди оркестра. Звуковые волны распространяются, как известно, с меньшей быстротой, чем оптические: когда человек в 100 шагах от вас колет дрова, зрительное восприятие доходит до вас раньше слухового. На более далеком расстоянии этот разрыв, конечно, более заметен, но в ста шагах этот разрыв минимален. Вот такой минимальный, еле уловимый разрыв, какая-то сотая доля секунды отделяла жест Никиша от аккорда оркестра. Его рука на дифференциал времени опережала оркестр. И, как я узнал уже недавно из упомянутой статьи Pfohl'я, у немцев был для этого даже специальный термин «Vordirigieren».

Это становилось особенно заметно при ускорениях и нарастаниях звучания, при *accelerando* и *crescendo* и, как я уверен, не могло не иметь огромного значения для оркестра. Эта, если можно так выразиться, асинхронность приводила к тому, что Никиш какой-то невидимой нитью влек за собой оркестр, который не мог не следовать за ним. И вот эта особенность, это «Vordirigieren» в сочетании с обрисованной мною жестику, порождало дирижерское обаяние, ему одному присущее.

И это же, вероятно, порождало другое обстоятельство – и здесь я перехожу к оркестрантам.

Мне не раз приходилось слышать, что оркестранты очень любили Никиша за его неизменную мягкость и вежливость (что, конечно, не всегда свойственно немецким дирижерам), но что они у него, как говорится, страшно выматывались. Вероятно, именно от того, что они не могли покориться властности его дирижерской палочки, заставлявшей их неизменно пребывать на высшей ступени их исполнительских возможностей.

Я задержался на описании Никиша, как мастера дирижерского искусства, и хочу теперь перейти к моим впечатлениям от Никиша, как музыканта-интерпретатора.

И тут я должен начать с замечания, которое многим, возможно, покажется парадоксальным. Всем, конечно же, известно, как ценил Чайковский Никиша и как Никиш пропагандировал Чайковского за границей. Несомненно, что своей огромной популярностью в странах старого и нового света Чайковский в значительной мере обязан Никишу. И вот должен честно сказать: как раз Чайковский мне менее всего нравился в его интерпретации. Но должен оговориться: не Чайковский «Дантова ада» и не Чайковский финала «5-й симфонии», а лирический, эмоциональный, грустный Чайковский. Я упомянул уже о потрясающем впечатлении, какое на меня произвел в свое время финал «5-й симфонии» в Мариинском театре. И вот в одном из первых концертов в Гевандхаузе я вновь услышал «5-ю», в этот раз более внимательно с первого же такта. Отзвучало вступление и когда главная тема I-й части перешла от кларнета к струнным – должен честно сказать – меня передернуло. Тема была подана струнами с таким

акцентом на «С», с таким нажимом, что у меня мелькнула мысль – «Господи, это же цыганщина!». И это тягостное чувство уже не покидало меня в течение всей первой части. Это действительно была подлинная цыганщина, это звучало с тем «чувством», которое присуще скрипачу из ресторанных румынских оркестров в старые времена, где-нибудь у Яра. И совершенно то же самое я испытал, когда в первой части «Патетической» в струнных появилась вторая тема. Эмоциональность Чайковского подавалась Никишем с такою обнаженностью, с таким выпячиванием, что это шокировало. Это было то самое «рыдание», которое так ценит обыватель в скрипичном исполнении. Я не могу объяснить, в чем тут дело. Может быть, Никиш стремился сделать Чайковского доходчивее для широкой публики, но так или иначе, это оставалось для меня неприемлемым и в этом отношении я не одинок. Когда однажды я коснулся этой темы в беседе с Аром Абр. Крейном, я услышал от него буквально следующее: «Я играл под управлением Никиша «Вторую сюиту» Чайковского, и он делал в «Valse Triste» такой нажим на I-й четверти второго такта темы, что мне делалось не по себе».

Патетическую я слышал дважды у Никиша. Между прочим, скерцо один раз он исполнял в бешеном стремительном темпе, другой раз в невероятно замедленном, особенно к концу, темпе. И то, и другое мне не импонировало, как и вообще исполнение «Шестой», столь восхищавшее нашу русскую публику, мне у Никиша определенно не понравилось: это звучало до крайности экзальтированно, скорее патологично, чем патетично. Именно больное в Чайковском превалировало так, что тревожило, терзало слушателя. Это то, чего не было у Сафонова, исполнение которым «б-й» Чайковского я всегда считал идеально совершенным.

Зато тем более благодарности я испытал за исполнением Никишем Бетховена, Шуберта, Шумана, Брамса, симфоний, казалось бы, исчерывающие знакомых, в которых тем не менее всегда обнаруживались новые восхитительные красоты. Никиш выделял средние голоса так, что это было откровением, что произведение озарялось новым светом: я вспоминаю фразу у виолончелей в скерцо C-dur'ной симфонии Шуберта, голоса, обыгрывающие тему в сцене у ручья «Пасторальной» Бетховена, и многое другое. Все это осталось незабываемым на всю жизнь.

Казалось бы, что еще нового можно извлечь из *andantino* Бетховенской 7-й симфонии или «Неоконченной» Шуберта?

Никиш извлекал это новое, и хорошо знакомое произведение восхищало, словно впервые услышанное. Если эмоциональная подчеркнутость вредила, на мой взгляд, исполнению Никишем Чайковского, то в той же «Неоконченной» Шуберта этот психологический реализм потрясал своей художественной силой. В реальных тяжелых вздохах второй части «Неоконченной»

была та стихия музыки, то бесконечное, что утверждает жизнь, утверждает на новой высшей ступени.

Я уже упоминал о том, что мы, студенты, посещали только генеральные репетиции, проходившие в среду утром; если то был обычный симфонический концерт, а не более сложное произведение – оратория, канцата – то эта была единственная репетиция. Исправления, остановки, замечания имели место очень редко, к тому же Никиш делал эти замечания так, что публике их почти не было слышно. Однако, однажды была репетиция, которая вошла в анналы Гевандхауза и о которой я хочу рассказать. Вот почему мне пришлось быть свидетелем в стенах Гевандхауза.

Программа концерта была заполнена не кем иным, как Изай, который в первом отделении играл концерт Вивальди, в сопровождении оркестра и органа, и во втором – Брамса. Изай, Никиш, оркестр Гевандхауза – все мы готовились к большому празднику. И вот начался концерт Вивальди.

Начиная с первой же части что-то не совсем клеилось, чувствовалось, что Никиш сам по себе, Изай сам по себе и, что хуже всего, органист сам по себе. Чем дальше, тем больше становилось ясно, что исполнители нервничают и что с органистом дело явно обстоит не совсем благополучно. Я плохо знаю этот концерт и, может быть, буду не совсем точен, но помню, что медленная часть (кажется, четвертая из пяти) идет на органном пункте. Орган звучал громче, чем, очевидно, надо было, и Изай несколько раз оборачивался; медленная часть окончилась, пауза – а органный пункт, как ни в чем не бывало, продолжает греметь.

Всеобщее замешательство, Изай с изумленным лицом оборачивается к Никишу. Никиш машет палочкой, словно саблей наотмашь, оркестранты устремляются к злополучному органисту. Наконец, органный пункт замолкает. Никиш что-то говорит и, хотя в зале мертвая тишина, слов не разобрать. Финал. Еще хуже: Никиш торопит, Изай замедляет – просто скверно, из рук вон плохо. В антракте публика громко выражает недоумение, все пожимают плечами, незнакомые вступают друг с другом в разговор.

Общее мнение таково, что органист был пьян. В общем – «скандал в благородных стенах Гевандхауза».

Вторая часть начинается скрипичным концертом Брамса. Что-то будет? Оркестр на месте. Долго ждут скрипача и дирижера. Публика встречает Изай подчеркнуто бурными аплодисментами. Никиш за пультом: он не начинает, во всей его фигуре, в лице, – а он виден в профиль, – что-то особенно властное, заставляющее насторожиться. Сегодня это СВЕРХНИКИШ. Начинается вступление, фаготы звучат сосредоточенно, задумчиво; фаготы, оказывается, могут петь. Тема у гобоев невыразимо прекрасна, тема струнных совершенно потрясает своей страстной глубинностью. Изай может не

оглядываться... Скажу коротко: не думаю, чтобы гениальное творение Брамса когда-либо звучало так, как в то памятное утро. Брамс, Изай, Никиш, оркестр – все было конгениально.

Когда теперь, на склоне лет, я вспоминаю свою жизнь, я благодарю судьбу за то, что мне довелось услышать в это утро. Может быть, надо было сказать спасибо органисту, он явно привел в бешенство и Изай, и Никиша, и те решили взять реванш. И взяли. Если стены Гевандхауза никогда не были свидетелями таких неполадок, какие произошли с концертом Вивальди, то никогда, вероятно, им не пришлось быть свидетелями тех оваций, какими разразилась публика после Брамса. Это было подлинное неистовство, экстатический транс, который охватил всех до одного и долго не мог окончиться. Широкоплечий, грузный Изай выходил на вызовы и кланялся, как медведь.

А затем – после какого-то небольшого заключительного оркестрового номера репетиция продолжалась: оркестр остался на месте, а капельдинеры попросили очистить зал...

Пришлось очистить, но я об этом не жалел, ибо понимал: ничего прекраснее того, что было, я уже не услышу.

Я имел счастье слышать или видеть всех почти знаменитых дирижеров поры моей юности, и, если бы меня спросили, кто на меня произвел впечатление самого большого музыканта, я ответил бы определенно: Густав Малер. Но в конце концов, Малер сутью своей жизни считал не дирижерство, а композиторство. Никиш, как

известно, не сочинил и двух нот, если не считать консерваторских, облигатных сочинений и фантазии на темы «Трубача из Зекингена», что было актом вежливости к старому Нейсеру, задумавшему посвятить самую мещансскую из мещанских немецких опер Никишу. Никиш был только дирижер. И как дирижер, как виртуоз оркестра, не имел себе равных, оставляя всех в тени, в том числе и Г. Малера, и В. Вальтера, и Сафонова, и Моттля, и Вейнгарнера и других. Никиш родился дирижером!

Я упомянул об этом вскользь по поводу скерцо «Патетической», но это относится ко многим произведениям, которые я слышал у него дважды, а некоторые и трижды; они звучали по-разному, например, Бетховенская, 9-я, которой традиционно заканчивался сезон в Гевандхаузе: один раз первая часть звучала страшно взволнованно и напряженно, другой раз – скорее как-то сдержанно, задумчиво. Я сказал бы, что Никиш дирижировал импровизируя, буквально как бог на душу положит. Он имел на это право, ибо Бог избрал его именно дирижером.

Музыкальное естество этого человека претворялось в его моторике в управлении оркестром совершенно так же естественно, как музыкальное естество Шуберта в сочинении песен. Он появился на свет для того, чтобы передавать оркестру свою волю и, я думаю, что если имя исполнителя может вообще быть бессмертным, как имя А. Рубинштейна или Ф. Шаляпина, то таковым будет имя Артура Никиша.

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

проводится:

понедельник с 10 до 13 час.; вторник с 16 до 19 час.;
среда с 15 до 19 час.

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

четверг с 17 до 20 час.

Москва, Малая Полянка, 9, ПНК № 21
метро «Полянка»

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

«ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА»

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ

В. Г. Батаев (Москва)

Согласно гражданскому процессуальному законодательству для разъяснения возникающих при рассмотрении дела вопросов, требующих специальных познаний в области науки, искусства, техники или ремесла, суд назначает эксперта.

Эксперту безоговорочно верят. Действительно, если химик, к примеру, установил, что в пробирке содержится вода, нет необходимости привлекать независимых специалистов для установления этого очевидного факта. Другое дело, когда явление или предмет исследования не столь очевидны. Но и здесь по традиции заключение эксперта воспринимается как некое показание измерительного прибора. Перекладывай груз на разные весы – все будет килограмм.

Это так, только ведь эксперты не компьютеры, а люди. И ничто человеческое им не чуждо.

Вспоминается новелла С. Моэма «Мистер Все-знатый». Достоверно установив подлинность жемчуга в украшении жены спорщика, герой новеллы – специалист по жемчугу – поддерживает ложь жены о дешевой подделке, купленной ею, и проигрывает спор, но тем самым спасает репутацию молодой женщины.

Истина истиной, но имеет место и так называемая «святая ложь», ложь во спасение.

Иными словами, мнению эксперта надо доверять, но всегда должна оставаться возможность обратиться к другому специалисту.

Особенно в таких вопросах как душевная жизнь человека, психиатрический диагноз, вменяемость или дееспособность. Ибо поле для субъективных оценок здесь более обширно, чем в какой-либо другой области знания.

Обратимся к примеру. Специалистами НПА на изучение был предоставлен акт стационарной, проведенной в Московской клинической психиатрической больнице № 1 им. П. П. Кащенко, судебно-психиатрической экспертизы на испытуемого Н-го, являющегося истцом по гражданскому делу о признании недействительным договора купли-продажи квартиры. Экспертиза проводилась под председательством сотрудника института им. Сербского проф. Т. И. Печерниковой, с участием председателя комиссии судебно-психиатрических экспертиз города. Несмотря на столь авторитетную комиссию, добросовестность акта адвокатом по-

купателей* была подвергнута сомнению, он поставил перед нами следующие вопросы:

1) Содержит ли диагноз, установленный Н-му, медицинские критерии недееспособности?

2) Как можно характеризовать психическое состояние Н-го на момент совершения сделки? Не описано ли у него на этот период психических расстройств, исключающих возможность понимания им значения своих действий или руководить ими?

3) Является ли обоснованным заключение экспертов о том, что на момент совершения сделки Н-й обнаруживал психическое расстройство, лишавшее его способности понимать значение своих действий и руководить ими?

Заключение специалистов НПА: «Диагноз Н-го, сформулированный в заключительной части акта, «Психопатия и хронический алкоголизм в форме запойного пьянства с признаками деградации личности» не содержит медицинских критериев недееспособности, а именно «душевная болезнь» или «слабоумие». Ни в описании истории его болезни, ни в психическом статусе, ни в данных психологического обследования нет указаний ни на хроническое психическое заболевание с непрерывно проявляющейся психотической симптоматикой (что, кстати, подчеркивают и сами эксперты: «Хроническим душевным заболеванием не страдает»), ни на слабоумие, в виде, например, Корсаковского психоза.

Психическое состояние Н-го к моменту совершения сделки в описательной и заключительных частях акта характеризуется как запой. Психоза, в том числе металкогольного, либо патологического опьянения, которые могли бы лишить его возможности понимать значение своих действий или руководить ими, у него на этот период не описано.

Суждение экспертов о том, что на момент совершения сделки у Н-го в результате предшествующего запоя в значительной степени были ослаблены интеллектуально-мнестические функции, критика и контроль к своим действиям,

* Кстати, адвокат, известный по делу Мирзоянова, который привлек внимание общественности к фактам нарушения нашим государством договора о запрещении изготовления боевых отравляющих веществ.

выглядит домыслом, основанным не на клинических наблюдениях в тот период, а на житейской оценке самого факта сделки. Само собой разумеется, что во время запоя у алкоголиков снижаются и интеллектуальная, и мnestическая и другие функции. Известно также, что часто алкоголики совершают сделки, ставящие в тяжелое материальное положение как их самих, так и их семьи, но в таких случаях закон исходит не из психической болезни, а из материальных интересов; эти лица не подлежат судебно-психиатрической экспертизе, т.к. не являются психически больными. Таким образом, вывод экспертов о том, что Н-й не мог понимать значение своих действий и руководить ими на момент сделки является неаргументированным, натянутым и лишает его силы доказательства».

Одна из врачей комиссии НПА, подписывая это заключение, выразила нескрываемое смятение и жалость к незадачливому продавцу своего жилья. Да, жалко. Но на то мы и эксперты, чтобы черное называть черным, а белое белым иногда вопреки буре всех наших человеческих чувств.

Монополия одной академической школы, одного учреждения, одних специалистов, связанных корпоративными интересами, в экспертизе во вопросам психического здоровья должна быть признана недопустимой.

Хотя в гражданском процессуальном законодательстве предусмотрено проведение экспертизы, в том числе психиатрической, любыми специалистами, обладающими необходимыми познаниями для дачи заключения, на практике это остается лишь декларируемой свободой выбора. Судебно-психиатрическая экспертиза «производится экспертами соответствующих учреждений» (ст. 75 ГПК РСФСР); в Москве таким учреждением является психиатрическая больница им. Кащенко.

Заключения экспертов этого учреждения действуют на судей магнитически, а уж о вердикте жрецов института им. Сербского и говорить нечего – их «приговор окончательный и обжалованию не подлежит».

Но вы, читатель, вы не всегда согласны с этим приговором. Как специалист, вы видите, что порой карты передергивают, выводы ходульны. Вы полны бессильного негодования. Вы хотели бы назначения независимой экспертизы (не обя-

зательно нашей; она не является истиной в последней инстанции). Но косное судопроизводство еще далеко от служения Добру и Истине. Хотя... нет-нет, а иногда и пробьется луч света. Обратимся к одному из заключений комиссии НПА: «Ш. страдает органическим слабоумием сложного генеза (черепно-мозговая травма+алкоголизм+сосудистое заболевание головного мозга) с доминированием в клинической картине постинсультного слабоумия. Об этом свидетельствует длительный психопатоподобный этап в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы с особой выраженностью эксплозивности и массивной алкоголизацией. В дальнейшем отмечается нарастание расстройств памяти, затруднения в речевой коммуникации, снижение критики и уровня суждений наряду с отдельными идеями отношения и ущерба. Манифестация собственно синдрома деменции относится к 1991 году, когда после сосудистой катастрофы возникли и остаются до последнего времени очаговые неврологические расстройства (сенсорная и особенно амнестическая афазия, алексия, аграфия); отмечается выраженная фиксационная амнезия, снижение интеллекта в виде олигофазии, трудности осмысливания, способности абстрагирования, прогнозирования собственного поведения и поступков, снижение критики и психической активности в целом с сохранением сознания собственной несостоятельности и основных личностных установок. Отмечается эмоциональное уплощение, сенильноподобное очерстование личности.

На момент совершения сделки по купле-продаже квартиры Ш. не мог понимать значение своих действий. Однако, данное заключение относится к компетенции судебно-психиатрической экспертизы, проведение которой может быть назначено судом».

Данное заключение НПА было положено в основу искового заявления о признании сделки по купле-продаже квартиры недействительной. Заключение назначенной судом экспертизы при психиатрической больнице № 1 им. Кащенко совпало с нашим, но уникальность случая заключается в том, что суд, не дожидаясь получения акта официальной экспертизы, вынес решение на основании заключения комиссии НПА о признании сделки недействительной и о признании совершившего ее старика недееспособным.

ДЛЯ «УПОРЯДОЧЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ»

Комиссия по правам человека при Президенте РФ предложила группе экспертов, состоящей из психологов, педагогов, психиатров и специалиста по рефлексотерапии, провести обследование Ступинской экстерной школы-интерната в связи с имеющимися сведениями о нарушениях прав детей в этой школе.

Подробный отчет о результатах работы экспертов будет дан после пленарного заседания Комиссии совместно с экспертами, представителями общественности, родителей и педагогического коллектива.

Ступинская экстерна школа-интернат является органом реализации идей В. Д. Столбунова в коммунистическом воспитании и лечении различного рода психических расстройств. С нашей точки зрения, педагогический коллектив Ступинской школы-интерната, сплотившийся вокруг В. Д. Столбунова, является примером секты, фанатически преданной своему лидеру и его идеям, а удивительный эффект обезличивания детей, их абсолютной подчиненности — образец психической эпидемии, способ воспитания бездумных исполнителей, лишенных собственного мнения и способности к творчеству.

Предлагаем отчет о работе экспертов НПА психиатров, кандидатов медицинских наук Э. Л. Гушанского и Е. М. Вроно.

У двух из 9 обследованных детей выявлено, очевидное интеллектуальное снижение органического генеза с нерезко выраженным аффективными расстройствами. Во всех остальных случаях обнаружены черты интеллектуальной ограниченности. В массовой школе обследованных детей отличали низкая успеваемость, черты повышенной сензитивности, пассивность; дети терпели обиды, являлись предметом издевок товарищей; неудачи в школе у многих (в основном, мальчиков) служили причиной отказа от занятий, снижения интереса к учебе.

Среди обследованных детей не было лиц с такой формой девиации поведения, при которой дети были бы лидерами; их реакции протesta выражались в уходе от психотравмирующей ситуации или конфликтах, связанных не с агрессией, а с защитой своих интересов.

Все обследованные дети испытывают радость от пребывания в интернате, общения, обучения и участия в культурной программе. При этом никто из них не проявляет каких-либо специальных интересов, отличающих их от сверстников, не испытывает личной привязанности к кому-либо из них, каждый дружит не с кем-либо одним, избранным, а со всеми вместе. Осмотренные дети не отличаются высоким уровнем притязаний. Из 9 детей 7 хотят остаться в интернате после окончания учебы сначала в качестве «воспитателей», а затем педагогами, получив при этом заочное высшее образование, находясь в интернате. Дети не тоскуют по дому и не стремятся возвратиться домой. У многих из них (6 из 9) изредка возникают состояния душевного дискомфорта — то в форме беспокойства, то в виде тревожности, неудовлетворенности собой, усталости, невнимательности. Все эти состояния снимаются электрорефлексотерапией, которую дети называют «слоением». Эта процедура всегда заканчивается расслаблением, сном, а затем душевным комфортом.

Все воспитанники пассивны, лишены творческой инициативы, полностью удовлетворены своим положением. Помимо невысокого интеллектуального уровня и несколько сниженной спонтанной активности (инициативности), детей отличает низкий эстетический уровень, недостаточная способность к эмпатии, неспособность осмысливать эмоциональный и нравственный смысл изучаемой ими художественной литературы. Несмотря на то, что все обследованные читали произведения Пушкина, Лермонтова, Карамзина, Фонвизина, они не помнят ни одного стихотворения наизусть, от них ускольз-

зает смысл произведения, суть заложенного в нем конфликта (на примере повестей Белкина и др.).

Всех детей отличает восторженное отношение к В. Д. Столбуну и его поучениям; при упоминании о нем лица воспитанников становятся просветленными.

Культурная программа школы (хор, занятия в театре, танцы) пользуется большой популярностью у детей и служит не только их эстетическому воспитанию, сколько психотерапевтическим методом для психической реакции изживания конфликтов и т. д..

Учебный процесс, длищийся целый день (подъем в 7 час., отбой в 22 час. 30 мин.), служит также не только целям обучения, но и является средством организации детей, способствует их дисциплинированности и единобразию поведения. Психологическое, психотерапевтическое и электрорефлекторное воздействия подчинены цели организации коммуны. В основу ее положены принципы общественного воспитания и обучения, общественного контроля за поведением, приоритета общего над индивидуальным, бездумного подчинения харизматическому лидеру. В данном случае им является создатель коммуны В. Д. Столбун, но в других условиях и при других обстоятельствах может быть и другой, гораздо более опасный идейный вождь.

Какими методами достигается за фантастически короткий срок (со слов детей и В. П. Стрельцовой — 2–3 недели) эффект упорядочения поведения и личностной унификации?

Отбором детей, цель которого — отчисление потенциальных лидеров, нарушителей дисциплины, детей, склонных к реакциям протеста, проявляющих активный интерес к сексуальным вопросам. При этом интеллектуальной ограниченности различной этиологии отдается предпочтение.

Мощным воздействием коллектива с непрерывным пребыванием ребенка на глазах у окружающих, с использованием его тяги к групповым стереотипам, снятием имевших место конфликтов из-за неравномерности знаний, стереотипов поведения, разобщенности, внутрисемейных дисгармоний.

Воздействием на психику детей рефлекторным способом путем электростимуляции околоанальных точек и области промежности. Процедура (дети ее называют «слоением») подвергают всех детей, у которых возникают проблемы, связанные с астенией, недовольством успехами в учебном процессе, различной глубины аффективны-

ми, тревожными и невротическими состояниями. Иногда рефлексотерапия назначается врачом, исполняющим обязанности медицинского психолога, Стрельцовой В. П. для лечения установленных ею временных психических расстройств (она не имеет права диагностировать психические заболевания и лечить их). Чаще она же назначает электрорефлексотерапию для «улучшения познавательной деятельности», в некоторых же случаях (двоем из обследованных нами) такая терапия проводится без назначения. Проводят терапию и назначают ее, со слов детей, все педагоги и психологи. Сеанс носит групповой характер. После сеанса дети засыпают (с их слов, наступают «приятное расслабление» и сон, длиющийся от 30 мин. до 2-х часов). Дети идут на эту процедуру охотно; первоначально ни у них, ни у их родителей согласие на нее никто не получает. В связи с тем, что процедура вызывает у детей душевный комфорт, они стремятся ее повторить. Это в какой-то степени напоминает самораздражение «центров удовольствия» по Олдзу.

В. П. Стрельцова не дала каких-либо внятных объяснений относительно медицинских (в том числе и психиатрических) показаний для проведения электрорефлексотерапии. Кроме того, сообщила комиссии ложные сведения о локализации рефлекторных воздействий (копчик и пятка вместо внутренней поверхности ягодичных складок и промежности) и о том, что такую терапию проводит только она.

Электростимуляция означенных мест проводится группе однополых детей одновременно, что создает у них впечатление общественной и неизбежной необходимости «слоения».

Занятия искусством, которые носят обязательный характер, имеют психотерапевтическое назначение и служат целям сублимации возможных конфликтов и психологических трудностей.

Все описанные методы психотерапевтического и рефлекторного воздействия на детей вызывают у них пассивную подчиняемость, чувство удов-

летворенности, выравнивание личностных особенностей.

Такое воздействие на психику детей является нарушением их прав и законных интересов, изложенных в Конвенции ООН 1989 г. о правах ребенка в следующих статьях:

ст. 16, в той части, где речь идет о том, что ребенок не может быть объектом посягательств на его честь и репутацию (рефлексотерапия эротогенных зон без осознанного согласия ребенка и его законных представителей);

ст. 19, ч. I, гарантирующая защиту ребенка от всех форм физического или психологического насилия;

ст. 29, пп. а и д, гарантирующая права ребенка на развитие личности, талантов, физических и умственных способностей в их самом полном объеме и подготовку к сознательной жизни в свободном обществе.

Медицинские мероприятия, проводящиеся с детьми СЭШИ вопреки их информированному согласию и согласию их законных представителей, являются противоправными и входят в противоречие со следующими пунктами Закона РФ о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании:

ст. 10, ч. 3 в части, запрещающей применение лечения в интересах других лиц (в данном случае из установок руководителей школы-интерната, связанных с воспитанием и улучшением познавательной деятельности детей);

ст. II, чч. 2 и 3 о представлении законным представителям несовершеннолетнего подробной информации о предлагаемом лечении, возможном эффекте и ожидаемых результатах;

ст. 19, ч. I о том, что право на врачебную деятельность по оказанию психиатрической помощи имеет врач-психиатр, подтвердивший свою квалификацию в порядке, установленном Законодательством Российской Федерации.

Полагаем, что детское учреждение, в принципиальных основах деятельности которого лежат нарушения законов, не имеет права на существование.

«ЛОГОС»

Философско-литературный журнал феноменологического направления, 4-й и 5-й выпуски которого посвящены проблемам психопатологии

Заказы по адресу:

119034, Москва
Зубовский бульв., 17
Издательство «Гнозис»
Тел. 246-56-32

ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ

НАША ПРОЦВЕТАВШАЯ НАУКА – ЭТО МИФ*

Лев ОСИПОВ, доктор геолого-минералогических наук

Все разговоры, которые в последнее время ведутся вокруг положения в российской науке фактически можно свести к следующему. До 1991 года мы имели науку, которая занимала достойное место в мире. Наука имела необычайно высокий престиж внутри страны. Материальное положение научных сотрудников было прекрасное. Сегодняшнее, более чем бедственное положение науки связано с деятельностью нынешнего руководства страны. И наконец, если «дадут денег», российская наука себя еще покажет. Совершенно не могу согласится с подобными утверждениями.

Достойное место занимала далеко не вся советская наука, а только часть ее, связанная в основном с военно-промышленным комплексом, Советская наука просто не могла занимать достойное место в мире, поскольку подавляющая часть ее не располагала современным оборудованием, которого катастрофически не хватало. Многие институты не имели даже рабочих корпусов. Те же скучные средства, которые выделялись, тратились бездарно.

Так, к середине 80-х годов в АН СССР был создан мощный научно-исследовательский флот (кстати, львиная его доля была приписана к московским институтам, кораблями обзаводились даже «сухопутные» институты). Однако мало того, что проекты, по которым были построены корабли, были просто плохими, суда не имели практически никакого научного оборудования для проведения исследований.

Внутри страны наука не пользовалась уважением – научные сотрудники были первыми, кого выгоняли на уборку урожая, стройки, овошебазы. В сознание народа исподволь внедрялась мысль, что научные сотрудники – бездельники и захребетники. Даже внутри института научный сотрудник был на последнем месте: он был и слесарем, и сантехником, и машинисткой. Сокращения касались в первую очередь научного персонала. Что же касается материального положения, ученик токаря на заводе получал больше, чем младший научный сотрудник, а

зарплата кандидата наук была ниже, чем зарплата водителя троллейбуса.

В нынешнем действительно чрезвычайно трудном положении науки виновато не нынешнее руководство страны, а те, кто стоял (и продолжает стоять!) у руля науки. В первую очередь академический корпус, член-корреспондентский и директорский. Именно они довели науку до бедственного состояния. Хочу напомнить, что еще в 1965 году П. Л. Капица писал о необходимости сокращения научных сотрудников в АН СССР с тем, чтобы повысить удельное финансирование. Писал он также и о том, что разрыв между СССР и США увеличивается, и не в пользу СССР. Именно тогда он отмечал, что производительность труда советского ученого как минимум в два раза ниже, чем ученого в США. Однако научный истеблишмент к голосу разума не прислушался. И как он мог прислушаться, когда с конца 60-х-начала 70-х в академики и член-корреспонденты хлынул такой поток бездарей, которому было не до науки. Институты раздувались, превращаясь в монстров, управлять которыми было уже невозможно. Научный истеблишмент не имел и не имеет ничего общего с исследователем, которого он всеми силами старался задавить, лишить возможности иметь собственные деньги. И если за рубежом директор мечтает уйти со своей должности, в советской науке (а теперь и российской) он зубами держится за свое место.

И, наконец, последний тезис. «Дайте денег – и российская наука себя покажет!». Не покажет. Пока судьба средств будет находиться в руках институтского начальства, ничего не изменится. Будут процветать лишь те, кто ближе стоит к директору, а это далеко не лучшая часть научных сотрудников, если не сказать более честно. До тех пор, пока владельцем денег не станет сам Исследователь, пока директор не будет существовать на его, Исследователя, деньги как это сделано в тех же США, дело не сдвинется с места.

Страшно не то, что сокращается финансирование науки, страшно то, что по-прежнему наукой управляют все те же, кто сейчас льет слезы и твердит о том, что из науки уходят люди, но ничего не хочет изменить.

* «Известия», 16 октября 1993 г., 198, 6.

КАК СОЗДАВАЛИ ПРИМОРСКУЮ АССОЦИАЦИЮ ПСИХИАТРОВ

(почти стенографический отчет)

А. А. Коломеец (Владивосток)

Группа психиатров, психологов и психотерапевтов предложила коллегам собраться для обсуждения идеи создания своей Приморской ассоциации. Психиатры ранее были формально объединены в Общество, деятельность которого, мягко говоря, не удовлетворяла многих. В его существовании были заинтересованы главным образом члены правления, составленного преимущественно из представителей администрации психиатрической службы края.

Накануне учредительной конференции члены инициативной группы подготовили два рабочих варианта Устава, а также размножили Уставы аналогичных ассоциаций психиатров (Независимой, Ленинградской и других). Предполагалось, что коллеги в ходе обсуждения внесут предложения по доработке и редакции Устава, который можно будет принять за основу. Однако произошло нечто иное.

На конференцию, которая проводилась 15 января с.г., собралось значительное число специалистов, правда, с наибольшим представительством психиатров. Для ведения конференции был предложен член инициативной группы, но трибуной «заявлял» заведующий кафедрой наркологии и психотерапии Владивостокского медицинского института Л. П. Яцков. Он не стал утруждать себя знакомством с ранее составленной повесткой дня конференции, не предложил коллегам и другой повестки, обсуждения регламента. Без всяких вступлений председательствующий стал излагать фрагменты отчета правления Общества психиатров, председателем которого являлся.

Организаторы конференции пытались изменить ее ход. Но Л. П. Яцков упорно «не замечал» их и продолжал свою речь. Кое-кто из сидящих в зале призывал выводить из зала тех, кто возражал против предлагаемого сценария. Было нетрудно понять, что сценарий этих действий (впрочем, и последующих) был заранее спланирован администрацией психиатрической службы. Инициативная группа тем не менее в зале осталась. И не зря!

В «отчетном» докладе Л. П. Яцков обращал внимание коллег на достижения и «большую проделанную работу», сетовал на малую активность рядовых членов Общества. Здесь же вставил фразу о значительных трудностях в работе коллег и их огромном трудовом вкладе в общее дело, чем смягчил свои упреки и, надо думать, увеличил число «сочувствующих». Не забыл добрым словом отозваться и о главных врачах психиатрических больниц. «Возмутителям спокойствия» было указано, что публиковать свои рассуждения о проблемах психиатрии в средст-

вах массовой информации «непристойно и непочтительно» в отношении коллег.

Л. П. Яцков завершил свое выступление предложением переименовать Общество психиатров в ассоциацию, Устава которого дожидаться из Москвы, но правление выбрать. Представители администрации ряда психиатрических больниц высказали «возмущение положениями Устава», предложенного инициативной группой. А главный краевой психиатр Г. А. Небогатиков усмотрел дефектность в его схожести с Уставом Независимой психиатрической ассоциации. Тем более, неожиданным выглядело его предложение взять именно этот Устав за основу.

Несколько выступлений скорее напоминали реплики с мест, но вполне вписывались в «дух» конференции.

Следом последовало спешное «голосование» по заранее заготовленному списку. Подсчет поднимавшихся рук велся председательствовавшим на глаз, «по-деловому и без формальностей» и, по его подсчетам, все кандидатуры прошли. В итоге состав правления ассоциации почти совпал с прежним, унаследованным от Общества.

Наконец, председательствующий уступил место автору этих строк. В сообщении, им сделанным, от инициативной группы, подчеркивалось, что в нашем обществе нарастают антипсихиатрические тенденции и требуется решительная реорганизация психиатрической помощи. Ассоциация профессиональных психиатров и психологов, свободная от ведомственного диктата, могла бы направить усилия на разработку и внедрение основных стратегий развития психолого-психиатрической помощи, совершенствования управления ею. Необходимо расширить возможности для обмена опытом и профессионального роста специалистов и одновременно усилить контроль за их деятельностью. По мнению инициативной группы, задача ассоциации – влияние на общественные процессы, психолого-психиатрическое образование населения, внедрение принципов медицинского страхования в психиатрии. Затем мне показалось важным сказать о том, что предпочтительнее инициировать создание ассоциации «снизу» и совершенно невозможно ни с этических, ни с правовых позиций создавать ее и формировать ее органы управления, не имея уставных целей, не обсуждая задач и основных форм деятельности.

Дискуссии, к сожалению, не последовало. Психиатры стали членами организации оставаясь в полном неведении относительно того, что она будет собой представлять. А инициативная группа занята подготовкой к новой учредительной конференции.

ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА: ЗАКОН И ВЕДОМСТВЕННОЕ НОРМОТВОРЧЕСТВО

Ю. Н. Аргунова (Москва)

Врачебная тайна – понятие не только этическое, но и правовое.

В отличие от ранее действовавшего законодательства, признававшего врачебной тайной лишь «сведения о болезнях, медицинских обследованиях, интимной и семейной жизни граждан» (ст. 19 Закона РСФСР о здравоохранении), Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан, принятые 22 июля 1993 г., в понятие врачебной тайны включают информацию о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (ст. 61). Кроме того, если в прежнем законодательстве запрет на разглашение врачебной тайны касался только врачей и других медицинских, а также фармацевтических работников, то в ныне действующих Основах разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, не допускается любыми лицами, которым эти сведения стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей. Строго оговорены и конкретизированы случаи предоставления таких сведений без согласия гражданина, в частности, по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда только в связи с проведением расследования или судебного разбирательства, иными словами, по возбужденным уголовным делам (п. 3 ч. 4 ст. 61 Основ).

Понятие врачебной тайны сформулировано и в ст. 9 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Ее составляют сведения о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечении, а также иные сведения о состоянии психического здоровья.

Соблюдение врачебной тайны особенно важно в психиатрической практике, поскольку даже косвенное подтверждение факта диспансерного наблюдения у психиатра или лечения в психиатрической больнице при имеющемся предубежденном отношении населения к психически больным может привести к ухудшению социального статуса больного, изменению отношения к нему окружающих и утяжелению его психического состояния.

С этих позиций нашего внимания заслуживает письмо в адрес главных врачей психоневрологических и наркологических диспансеров, начальников следственных подразделений ГУВД, межрайонных прокуроров, председателей районных судов г. Москвы от августа 1993 г. за подписями первого заместителя начальника ГМУ Москвы А. П. Сельцовского, зам. начальника ГУВД Москвы В. Н. Довжука, зам. прокурора

Москвы Ю. М. Андреевича, зам. председателя Мосгорсуда А. Г. Кузина. Диспансеры получили его лишь в марте 1994 года.

Приводим текст письма полностью.

«В целях экономии времени и средств Главным медицинским управлением, Главным управлением внутренних дел, Прокуратурой г. Москвы и Московским городским судом принято решение о передаче из психоневрологических и наркологических диспансеров столицы по телефону следственным и судебным работникам при расследовании и рассмотрении уголовных дел не составляющих врачебной тайны сведений на проверяемых ими лиц.

Работник, запрашивающий по телефону интересующие его сведения, обязан представиться (назвать свою фамилию, имя, отчество, точное и полное наименование органа, подразделения, в котором он работает, сообщить номер своего телефона).

Ответ представителем диспансера дается только на лиц, не состоящих на учете. При этом медицинский работник обязан указать свои должность, фамилию, имя и отчество.

Сведения о состоящих на учете лицах не сообщаются. В этом случае медработник должен предложить инициатору проверки направить в диспансер соответствующий запрос.

Полученные таким образом данные оформляются по прилагаемому образцу телефонограммой.

Приобщенные к делу телефонограммы в соответствии с ч. 2 ст. 69 УПК РСФСР рассматриваются, как документы, с помощью которых устанавливаются обстоятельства, имеющие значение для правильного разрешения по делу».

Документ вызвал справедливые нарекания со стороны работников диспансеров как не соответствующий норме о врачебной тайне.

Независимая психиатрическая ассоциация, руководствуясь ч. 3 ст. 45 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», была вынуждена обратиться к прокурору г. Москвы с просьбой об отмене противоречащего закону решения. При этом было отмечено следующее:

1. Согласно письму представитель ПНД дает ответ только в отношении лиц, «не состоящих на учете». Отсюда можно заключить, что информация на лиц, не состоящих на учете, но обращавшихся за психиатрической помощью, может быть представлена по телефону.

2. Отказ в сообщении по телефону сведений лицу, обратившемуся в ПНД на основании данного письма, является по существу разглашением врачебной тайны, т.к. этот отказ после паузы, связанной с поиском информации в

карточке, подразумевает, что лицо находится под диспансерным наблюдением.

3. Выдавая данные по телефону, диспансер не имеет надежной возможности удостовериться в том, что

1) инициатором проверки действительно является лицо, представившееся как следственный или судебный работник;

2) сведения запрашиваются по возбужденному уголовному делу.

4. В распоряжении главного психиатра ГМУ Москвы, подготовленном во исполнение письма, режим телефонограмм необоснованно распространен и на психиатрические больницы.

5. Обоснование данного письма целью экономии времени и средств представляется неубедительным, т. к. указанная работа предполагает выделение диспансером нескольких сотрудников, отвечающих за прием телефонограмм и ведение делопроизводства.

Таким образом, ссылка в документе на то, что запрашиваемые сведения не составляют врачебной тайны, не соответствует действительности. В данном случае соображения целесообразности, удобства взяли верх над принципом законности.

Этому в немалой степени способствовало отсутствие в законодательстве норм об ответственности за разглашение врачебной тайны. Хотя ч. 5 ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан и предусматривает, что «лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками с учетом причиненного гражданину ущерба несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации...», соответствующие нормы не введены ни в административное, ни в уголовное законодательство. В уголовных кодексах ряда стран (Болгария, Венгрия, Франция) этот вопрос решен положительно. Имелась такая норма и в законодательстве дореволюционной России. Уголовное уложение 1903 г. предусматривало наказание за умышленное разглашение доверенных сведений, которые виновный в порядке служебного долга должен был сохранить. Эта общая норма относилась не только к врачам, но и к нотариусам, банковским и почтовым служащим, другим лицам, связанным с хранением сведений, доверенных им в силу их профессиональной деятельности.

Когда статья уже была сдана в набор, НПА получила ответ из Прокуратуры Москвы за подписью того же зам. прокурора Ю. М. Андреева, в котором сообщалось, что «указанное письмо носит рекомендательный характер и не содержит требований об обязательности исполнения. При направлении письма предполагалось, что запрашиваемые по телефону сведения исполняются по возможности».

Такой ответ прокурора нельзя признать удовлетворительным, так как диспансерам по существу «рекомендуется» нарушать Закон. А прокурор в этом случае снимает с себя ответственность.

НПА

приступила к осуществлению проекта

«НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ СЛУЖБА РОССИИ»,

включающего следующие программы:

независимая психиатрическая экспертиза

новые системы реабилитации психически больных

реабилитация жертв жестокости и пыток

независимая издательская деятельность

образовательная программа

помощь неимущим психически больным

Как благотворительная организация НПА нуждается
в спонсорах и принимает пожертвования

Московский Благотворительный Филиал МКБ «Главмосстройбанка»,
расчетный счет № 700016,
с/кор.счет № 2161610 РКЦ ГУ ЦБ России по Москве, МФО

ИСТОРИЯ

С ЧИСТОЙ СОВЕСТЬЮ

(По материалам архива члена Рабочей комиссии по расследованию использования психиатрии в политических целях ЛЕОНАРДА БОРИСОВИЧА ТЕРНОВСКОГО)

НАША СПРАВКА. Такая комиссия действовала в Москве более четырех лет (1977–1981 гг.). Врач-рентгенолог Леонард Терновский, известный правозащитник, член Московской Хельсинской группы, вошел в состав комиссии 23 мая 1978 года вскоре после ареста одного из ее создателей Почетного члена НПА Александра Подрабинека. (Доктор Терновский просил непременно назвать имена всех своих товарищей и соратников, дело которых, по его словам, он только продолжил. «Я вскочил в поезд на ходу, вступив в комиссию, когда на ее участников уже сыпались удары. Нельзя было позволить властям уничтожить начатое дело. После моего ареста его продолжали другие», – так сказал Леонард Борисович).

Итак, первый состав Рабочей комиссии: Александр Подрабинек, Вячеслав Бахмин, Ирина Каплун, Джема Квачевская. От группы «Хельсинки» в комиссию входил Петр Григоренко;

Софья Каллистратова была юристом комиссии; врач областной психиатрической больницы Александр Волошанович – экспертом-психиатром.

Почти все ее члены были арестованы и за «антисоветскую» деятельность приговорены к разным срокам лишения свободы. Доктору Волошановичу пришлось эмигрировать. К 1980 году, когда были арестованы кроме Подрабинека и Бахмин, и Терновский, и Григоренко, комиссию представляли Феликс Серебров и Анатолий Корягин (ныне Почетный член НПА, тогда консультант-психиатр комиссии). Вскоре от также был осужден.

В сентябрьском номере журнала «Коммунист» за 1981 год заместитель председателя КГБ Семен Цвигун «рапортовал» об очередном «успехе» своего ведомства: «маскировавшиеся под «правозащитников» и «поборников демократии» антиобщественные элементы разоблачены и обезврежены». (Название ведомства и должности – по состоянию на 1981 г. Прим. Ред.).

Мы сидим в уютной квартире московских врачей Леонарда Борисовича и Людмилы Николаевны Терновских. В отличие от «обезвреживающего» их деятеля они, слава богу, здоровы, бодры. Людмила Николаевна, в свое время помогавшая мужу в его правозащитной деятельности, не так давно ушла на пенсию, Леонард Борисович продолжает работать рентгенологом в клинической больнице № 15.

Прошу вспомнить о тех годах... Оказалось, что в доме Терновских сохранились некоторые документы, связанные с деятельностью Рабочей комиссии, непосредственным участием в ней хозяина дома. Полагаем, что и по сей день эти материалы не утратили своей общественной значимости, поэтому предлагаем вниманию читателей их небольшую подборку. И комментарии по ходу дела.

Начнем со слова «первого», своего рода присяги на верность врачебному долгу.

«Вступая сейчас, вслед за арестом Александра Подрабинека в Рабочую комиссию по расследованию использования психиатрии в политических целях, я сознаю, что власти не преминут расправиться и со мной, и со всеми членами комиссии, и всеми теми, которые встанут нам на смену. Но не угрозы и страх, а совесть и долг должны определять поступки людей. Я убежден, что деятельность комиссии важна и нужна в нашей стране, где психиатрическая расправа может стать судьбой каждого. Я убежден, что врачебная честь требует не сокрытия преступного использования психиатрии, а разоблачения и прекращения этой позорной практики.

Л. Терновский, врач
23 мая 1978 года».

Чем занималась комиссия? Важно было передать гласности факты злоупотреблений специальностью, которые поступали в комиссию из многих городов страны (адреса и телефоны ее членов открыто передавались в эфир радио «Свобода», передачи которого слушали многие). Комиссия издавала Информационные бюллетени, постоянно сообщая о людях, подвергавшихся психиатрическим репрессиям. «Издавала» – сказано громко: речь идет о самиздате; выпуски печатались на пишущей машинке, часто на папиросной бумаге, чтобы машинка выдержала как можно больше закладок. Всего удалось выпустить около 30 таких бюллетеней (доктор Терновский участвовал в выпуске 13 из них, с 9-го по 22 номер). Тираж? До 12 экземпляров, два из которых предназначались для двух обязательных адресатов – Минздрава СССР и Прокуратуры СССР. На обложке каждого номера значились адреса и телефоны членов комиссии. Когда начались аресты, поя-

вились координаты и тех, кто уже находился в тюрьме или ссылке. Ответов из высоких инстанций не поступало, однако, материалы комиссии внимательно изучались (это показывали судебные процессы над ее членами). В частности, доктору Терновскому было «вменено» авторство нескольких номеров бюллетеня. В их числе – под номером 15, от 8 марта 1979 года.

Перелистаем его страницы. Лаконичный – никаких эмоций, только факты – стиль сообщений. «Дело Валерии Макеевой», «Положение Юрия Валова», «Судьба Раисы Ивановой»... Комиссия сообщала о новых фактах использования психиатрии в политических целях, прослеживала судьбу тех, кто ранее попал в поле ее зрения. Регулярно велась рубрика: «Рабочая комиссия разыскивает». Перечень в этом номере обширен – комиссия просит сообщить всех, кто что-нибудь знает об этом, о судьбе 15 человек. Иногда простое упоминание фамилии в бюллетене комиссии могло облегчить кому-то участь. Информация передавалась что называется из уст в уста, поэтому при сообщении тех или иных фактов были возмож-

ны неточности. Понятна щепетильность, с которой авторы бюллетеня относились к подготовке публикаций. Столь же регулярно восстанавливала истину рубрика «Исправления и дополнения».

Более пространными были материалы приложений к очередному выпуску. Номер 15-й имел восемь приложений, одно из которых, многостраничное, представляло запись подготовительной части судебного заседания по делу уже арестованного тогда Александра Подрабинека. Информация бюллетеня по сути лишала аргументации обвинение Подрабинека, живи мы в правовом государстве. Сообщалось, например, о смерти обитателя одной из спец психбольниц, обстоятельства которой вызывали сомнения в правдивости официальной версии (как о смерти ненасильственной). Чья-то конкретная судьба становилась аргументом в борьбе за законность, права личности, жестоко подавшиеся режимом, его государственными структурами. Страшно, что в их числе были и те, что призваны служить человеку.

Приведем полностью текст Приложения 3 к тому же номеру бюллетеня.

«РАБОЧАЯ КОМИССИЯ ПО РАССЛЕДОВАНИЮ ИСПЛЬЗОВАНИЯ ПСИХИАТРИИ В ПОЛИТИЧЕСКИХ ЦЕЛЯХ»

Директору ЦНИИ судебной психиатрии
имени проф. В. П. Сербского
академику АМН СССР проф. Г. В. Морозову.

Как стало известно Рабочей комиссии, в Ваш институт на стационарную психиатрическую экспертизу направлен М. К., обвиняющийся по политической статье (по этическим мотивам даем только инициалы. В тексте заявления имярек, правозащитник, автор публицистических работ, обличающих тоталитарный режим, назван полностью. Прим. Ред.). В 1970 году экспертной комиссией Вашего института, возглавлявшейся профессором Д. Р. Лунцем, М. К. был признан невменяемым (на основании этого заключения он провел 6 лет в психиатрических больницах, в том числе около двух лет в Сычевской спец психбольнице). К противоположному выводу о психическом состоянии М. К. пришел освидетельствовавший его 30.XI-77 г. врач-психиатр, эксперт Рабочей комиссии А. А. Волошанович. Согласно его заключению, М. К. «признаков психического заболевания не обнаруживает в настоящее время, как не обнаруживал их в период инкриминировавшихся ему правонарушений, когда он отдавал отчет в своих действиях и мог руководить ими. В содеянном следует считать вменяемым».

Сопоставляя эти противоречащие друг другу заключения, Рабочая комиссия не может не

учитывать, что добросовестность экспертиз Вашего института – в особенности по делам идеологического характера – многократно оспаривалась не только общественностью, но и специалистами-психиатрами как в нашей стране (С. Глузман), так и за рубежом (6-й конгресс Всемирной психиатрической ассоциации в Гонолулу). Нам известно, что люди, хорошо знающие М. К., также считали и считают его психически здоровым.

Исходя из всего сказанного, Рабочая комиссия будет рассматривать новое признание М. К. невменяемым как случай использования психиатрии в политических и репрессивных целях и немедленно информирует о нем Всемирную психиатрическую ассоциацию. Напоминаем Вам, что конгресс Всемирной психиатрической ассоциации в Гонолулу осудил репрессивное использование психиатрии в политических целях как несовместимое с врачебной этикой и призвал всех психиатров отказаться от этой поозной практики.

Член Рабочей комиссии Л. Терновский,
113452, Москва, Балаклавский проспект,
дом 4, корп. 6, кв. 431.
25.1-79 г.»

Ответа от директора института не последовало. Но дальнейший путь письма из директорской канцелярии заслуживает внимания. Письмо фигурировало позже в «Обвинительном заключении по уголовному делу № 49609 (15-80 по обвинению Леонарда Борисовича Терновского в совершении преступления, предусмотренного ст. 190-1 УК РСФСР»). Фигурировало в числе приобщенных к делу материалов, которые, по мнению суда, носили «клеветнический характер». Корректное послание врача академику поступило «куда следует» (штрих к портрету ныне «почетного директора» института), обвинение присоединило его к числу «улик» (штрих к коллективному портрету вершителей «правосудия»). С «уликой» работали вполне серьезно — ложь изначальная может держаться только на лжи. Графологи даже занимались идентификацией почерка автора письма.

К сожалению, психиатры не составляли большинства в Рабочей комиссии, у истоков ее создания стояли правозащитники в основном не медицинских профессий. Можно размышлять довольно долго на тему: почему было так? Бытует мнение, что многим психиатрам вполне искренне казались больными людьми противники системы. Конечно, о том, что система, так сказать, — не слишком праведна, поговаривали давно. Но тихо, сидя на собственной кухне, в кругу самых-самых близких друзей. А вот так, как эти правозащитники, выходящие на Красную площадь после оккупации Чехословакии, издающие самиздат... Нет, медицина предпочитает быть подальше от политики. Кое-кто вообще склонен во всем обвинять самое психиатрию: дескать, наука не очень точная, многое зависит в ней от субъективных оценок. Я скажу: болен, вы скажете: здоров.

Бог с ними, ревнителями прошлого. А субъективность иных оценок — вещь порою весьма ценная. Случились, к счастью, среди медиков люди, которые как раз и оценили происходящее в отечественной психиатрии вопреки общепринятым взглядам, вопреки взглядам академика Г. В. Морозова и верных его учеников — оценили, выходит, субъективно.

«Как врач я ощущал особую ответственность за то, что делается от имени медицины. Я убежден, что злоупотребления психиатрией дей-

ствительно существуют и что с такими злоупотреблениями необходимо бороться. Я предпочел бы, чтобы не было надобности в моих действиях и выступлениях. Защищать право и закон призваны в первую очередь прокуратура и органы юстиции. Делай они это всегда и последовательно, — не было бы нужды в правозащитниках.

Я предвидел этот арест и этот суд. Это, конечно, не значит, что я сам стремился попасть в тюрьму. Мне не пятнадцать лет, а почти пятьдесят, и мне не нужна такая «романтика». Я предпочел бы избежать годов заключения. Но поступиться для этого тем, что считаю своим долгом, я полагаю недостойным...

В соответствии со своими убеждениями я стремился бороться с несправедливостью, помогать людям, делать им добро. Этим объясняются все мои действия и выступления.

И я пойду в неволю с чистой совестью».

Леонарда Борисовича Терновского приговорили к трем годам лишения свободы. Представления о добре и зле были диаметрально противоположны у подсудимого и судящих его. Он понимал, что это так, но все же считал для себя важным подтвердить свою позицию, прежде всего нравственную, в последнем слове. Это было 30 декабря 1980 года.

Как видим, между «первым» и «последним» словами дистанция коротка. Стражи режима спешли подавить всякое сопротивление. Особенно ненавистно было им СЛОВО, которое в те глухие времена одновременно являлось и делом. Лучшее из тихо сказанного в те годы, быстро уходящие в историю, самое время повторить и вспомнить сегодня. Снова время проверяет каждого, поднимая выше и выше цену личной ответственности за все происходящее. К тому же, как заметил Осип Мандельштам, «мы только с голоса поймем, что там царапалось, боролось» (кажется, это его перевод строки Верлена). И есть охотники не только сокращать наши дистанции, но и пытаться делать короткой нашу память.

Публикация и комментарий
Наталии Сафоновой

ЮРИДИЧЕСКИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НЕЗАКОННОЕ ПОМЕЩЕНИЕ В ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ БОЛЬНИЦУ

Ю. Н. Аргунова

Статья 126² Уголовного кодекса РСФСР «Незаконное помещение в психиатрическую больницу», введенная Указом Президиума Верховного Совета РСФСР от 5 января 1988 г., предусматривает ответственность за помещение в психиатрическую больницу заведомо психически здорового лица*. Эти действия наказываются лишением свободы на срок до двух лет или исправительными работами на тот же срок с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок от одного года до трех лет или без такового.

Изучение уголовной статистики показало, что эта норма практически не применяется. В 1993 г., по данным МВД России, по ст. 126² УК было зарегистрировано всего одно преступление, к ответственности был привлечен один человек. В 1992 г. по этой статье не было зарегистрировано ни одного преступления.

Отсутствие уголовных дел данной категории объясняется однако отнюдь не благополучием в сфере охраны прав граждан при оказании стационарной психиатрической помощи. Факты неправомерного помещения лица в психиатрическое учреждение имеют место. Заявления граждан, оспаривающих правомерность госпитализации, рассматриваются главными психиатрами, министерством здравоохранения; судами в порядке искового производства по некоторым категориям гражданских дел, в частности в делах по защите чести и достоинства, о восстановлении на работе, об обжаловании действий и решений, нарушающих права и свободы граждан в соответствии с Законом РФ от 27 апреля 1993 г., в исках к психиатрическим учреждениям о возмещении ущерба в связи с вынужденным прогулом, в делах о признании гражданина недееспособным. В некоторых случаях судебно-психиатрическая экспертиза устанавливает необоснованность ранее выставленного диагноза и признает граждан не страдающими психическим заболеванием. Аналогичными фактами располагает и НПА. При этом граждане, как правило,

не осведомлены о возможности защиты своих прав в уголовном порядке.

Высокая латентность дел, связанных с незаконным помещением в психиатрическую больницу (ПБ), обусловлена также несовершенством самой конструкции данного состава преступления. Для рассмотрения этого вопроса необходимо дать краткие пояснения термина «состав преступления».

Состав преступления – это система (совокупность) предусмотренных уголовным законом существенных объективных и субъективных элементов и признаков деяния, которые определяют его общественную опасность, необходимую и достаточную для признания законодателем деяния преступлением и для квалификации его правоприменительными органами по соответствующей уголовно-правовой норме.

Состав преступления образуют 4 обязательных элемента: объект, субъект, объективная и субъективная стороны. Объект преступления представляет собой охраняемые уголовным законом общественные отношения. В объективную сторону входят: преступное деяние, преступные последствия, наличие между ними причинной связи, а также место, время, обстановка, способ и средства совершения преступления. Субъект преступления – это лицо, способное в соответствии с принципами уголовного права нести уголовную ответственность, т.е. достигшее установленного возраста и вменяемое, а в отдельных случаях обладающее некоторыми специальными признаками, указанными в соответствующей норме (должностное лицо, военнослужащий, врач и др.). Субъективная сторона преступления подразумевает вину, т.е. психическое отношение субъекта к совершающему им деянию и его последствиям. Вина может быть в форме умысла (прямого или косвенного) и неосторожности (преступной самонадеянности или небрежности). В субъективную сторону входят также мотив и цель. Отсутствие четкости в конструкции конкретной уголовно-правовой нормы может привести к ошибкам, связанным с неправильным ее толкованием.

Посмотрим теперь насколько четко указанные элементы состава преступления описаны в диспозиции статьи 126² УК.

Анализ данного состава преступления осуществлялся с привлечением результатов опроса экспертов из числа психиатров. Было проведено

* Указанная норма была введена одновременно с утверждением Положения об условиях и порядке оказания психиатрической помощи, утратившим силу с 1 января 1993 г.

выборочное неформализованное интервьюирование 30 специалистов в области судебной и общей психиатрии: главные психиатры, главврачи ПБ и ПНД, руководители отделов НИИ психиатрического профиля, заведующие кафедрами психиатрии медицинских вузов Российской Федерации, члены НПА, начальник лаборатории медицинских проблем МВД России, эксперты-психиатры Министерства обороны РФ, председатель Комиссии по здравоохранению и социальному обеспечению Верховного Совета РФ, под руководством которого разработан Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», и др.

Проведенное исследование позволило выявить следующее.

Норма о незаконном помещении в ПБ отнесена законодателем в главу III УК РСФСР «Преступления против жизни, здоровья, свободы и достоинства личности», т.к. родовым объектом посягательства является личность. Непосредственным объектом преступления являются личная свобода, права и достоинство гражданина. Факультативным объектом деяния служит здоровье человека. Ущерб здоровью может наступить в результате применения лекарственных препаратов, а также вследствие реакции на неправомерные действия, связанные с госпитализацией в ПБ.

Объективная сторона незаконного помещения в ПБ, как это вытекает из формулировки статьи 126² УК, выражается в помещении в ПБ психически здорового лица. Таким образом, установлению по делу подлежат 3 обстоятельства: 1) психическое здоровье лица; 2) факт «помещения» в соответствующую больницу и 3) наличие больницы психиатрического профиля. При ближайшем рассмотрении этих понятий оказалось, что они в значительной степени неопределенны и вызывают самое различное толкование. Остановимся на каждом из них более подробно.

ПСИХИЧЕСКИ ЗДОРОВОЕ ЛИЦО

1. За этим, казалось бы простым понятием скрывается проблема, требующая объяснения содержания и соотношения ряда теоретически сложных, а то и спорных составляющих: что такое «здоровье», «норма» и «болезнь» не только в аспекте психиатрии, но и в общемедицинском смысле; когда можно говорить о болезненном, а когда о неболезненном расстройстве психики и где между ними граница, и вообще насколько правомерно употребление этих понятий, далеких от своей завершенности? Положение о том, что нормальный индивидуум всегда ненормален по каким-либо одним из своих многочисленных признаков, а «нормальный» во всех отношениях организм – явление экстраординарное, наиболее четко демонстрирует проблематичность нормы и патологии вообще и особенно, когда речь идет о психическом здоровье. Специальный анализ соответствующей литературы позволил С. Б. Се-

мичову прийти к выводу: «...нет таких психологических или психопатологических понятий, которые позволили бы сформулировать универсальное определение нормы и указать на какой-либо единственный признак, отграничивающий во всех случаях здоровье вообще от болезни вообще»*. И. В. Давыдовский считал, что диапазон приспособительных возможностей не измеряется альтернативой – болезнь или здоровье. Между ними располагается целая гамма промежуточных состояний, указывающих на особые формы приспособления, близкие то к здоровью, то к заболеваниям и все же не являющиеся ни тем, ни другим**.

2. В отличие от помещения в больницу психически здоровых лиц на практике значительно чаще встречаются случаи необоснованного стационаризации лиц, хотя и страдающих психическими расстройствами, но не нуждающихся в госпитализации, например находящихся в стойкой ремиссии. Такому стационаризации иногда предшествует провокационное поведение заинтересованных лиц: в одних ситуациях, например жильцы, зная о том, что их сосед состоит под наблюдением ПНД, с целью избавиться от него обращаются в диспансер с просьбой о помещении его в ПБ, приводя вымышленные данные о его психическом состоянии и общественной опасности; в других случаях такого больного намеренно провоцируют на совершение общественно опасного деяния, что приводит к декомпенсации его расстройств. Недобровольное помещение в психиатрический стационар лица, заведомо не нуждающегося в таком помещении, пусть даже при наличии у него некоторых психических расстройств не менее общественно опасно, чем помещение в больницу условно психически здорового человека. Лицо, страдающее психическими расстройствами, всегда менее социально защищено по сравнению с другими гражданами. Однако незаконное помещение таких лиц в ПБ не подпадает под действие ст. 126² УК.

ПОМЕЩЕНИЕ В ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ БОЛЬНИЦУ

Содержание понятия «помещение» в ПБ не уточняется ни в одном нормативном акте, не раскрывается оно и в Законе РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». О далеко не однозначной трактовке этого понятия самими психиатрами свидетельствует и проведенный нами опрос экспертов.

Большая часть респондентов под фактом помещения понимает оформление истории болезни в приемном покое больницы, т.е. момент

* Семичов С. Б. Концепция предболезни в клинической психиатрии: Автореф. дисс. ...докт. мед. наук. – Л., 1982. – С. 10–11.

** Давыдовский И. В. Общая патология человека. – М., 1969. – 610 с.

принятия решения о госпитализации дежурным врачом. (В случае отказа от госпитализации делается запись в соответствующем журнале).

Однако, по мнению других, о помещении можно говорить с того момента, когда *врач скорой помощи принимает меры к доставке лица в больницу* («берут под руки»), ибо уже тогда человек испытывает на себе различные ограничения.

Некоторые высказывают предположение, что факт помещения имеет место уже с момента выписки ПНД-ом путевки на госпитализацию, т.к. в этом случае лицо доставляется в больницу специальная перевозка, не вникающая в вопросы диагностики. Противники же этого суждения считают, что в данном случае речь может идти не о факте помещения, а лишь о факте направления в больницу.

Есть и такие респонденты, которые полагают, что фактом помещения служит *решение комиссии психиатров об обоснованности госпитализации*, принятое в течение 48 часов нахождения лица в стационаре. Сторонники этой точки зрения ссылаются на трудности дифференциальной диагностики, определения степени общественной опасности лица, особенно в случае ее диссимуляции, исходят из принципа «лучше пусть переночует, там посмотрим».

Таким образом высказано 4 совершенно различные позиции по данному вопросу. Мы при соединяемся к первой из них, однако наличие такого разброса суждений заставляет задуматься и учесть эти точки зрения при характеристике субъекта преступления.

Некоторые авторы, комментируя данный состав, полагают, что статья подразумевает только принудительное помещение*. При этом они не учитывают возможность помещения в ПБ обманным путем, например под видом обследования в общесоматической больнице.

По мнению Р. И. Михеева, ответственность по ст. 126² УК наступает не только за помещение (водворение) в больницу психически здорового лица, но также и удержание в ПБ уже излечившегося человека**. Хотя, как представляется, данная норма и не охватывает подобных случаев, вопрос об их криминализации заслуживает обсуждения.

И, наконец, несколько соображений применительно к понятию *психиатрическая больница*.

Проблема состоит в том, что ст. 126² УК не распространяется на случаи незаконного помещения психически здоровых детей-сирот в дома-интернаты для умственно отсталых детей, находящиеся в ведении органов социального обеспечения. А проблема такая имеет место. На подобные факты обращала внимание американ-

ская делегация экспертов ВПА, посетившая нашу страну в 1991 г. В числе рекомендаций экспертов предлагается, в частности, «прекратить практику квалификации детей-сирот как психохронников»*. Целесообразно в этой связи продумать норму о защите прав таких детей, а также форму ответственности официальных лиц за подобные действия.

Субъект преступления «незаконное помещение в ПБ» в ст. 126² УК не определен. На основании этого отдельные юристы высказывают мнение о правомерности распространения ст. 126² на действия родственников предполагаемого больного, злонамеренно способствующих его стационаризации. При этом они ссылаются, как правило, на то, что норма о незаконном помещении в ПБ располагается в главе УК, не предусматривающей специального субъекта. Например, субъектом смежного преступления «незаконное лишение свободы» (ст. 126 УК) может быть только частное лицо. (Незаконное лишение свободы, совершенное должностным лицом, предусмотрено в главах УК о должностных преступлениях и преступлениях против правосудия). Р. И. Михеев, в частности, считает возможным привлекать к ответственности по ст. 126² в качестве соучастников также и работников внутренних дел, иных лиц, содействовавших помещению в ПБ заведомо для них (!) психически здорового человека. Такая позиция представляется нам неверной, ибо субъектом решения о помещении в ПБ может быть только врач**. В связи с этим норма о незаконном помещении в ПБ подлежит конкретизации в плане уточнения субъекта преступления так, как это сделано в ст. 116 УК (Незаконное производство абортов врачом), а также в ст. 128 УК (Неоказание помощи больному лицом, обязанным ее оказать по закону или по специальному правилу). Вместе с тем указанные действия родственников, намеренно вводящих в заблуждение врача относительно необходимости госпитализации лица, представляют конкретную общественную опасность и должны влечь за собой административную или материальную ответственность. Таким образом субъект рассматриваемого преступления предполагается специальный.

На практике, однако, встречаются случаи, когда помещение в стационар осуществляют врачи, но не психиатры по специальности. Такие ситуации возникают главным образом в сельской местности, где один единственный врач одновременно выполняет функции терапевта, хирурга, окулиста и не обладает специальными познаниями в

* Независимый психиатрический журнал. Вып. I-II. – М., 1992. – С. 49.

** Судья в случае вынесения им постановления об удовлетворении заявления о госпитализации в недобровольном порядке заведомо психически здорового лица несет ответственность не по ст. 1262, а по ст. 177 УК (Вынесение заведомо неправосудного приговора, решения, постановления).

* Советское уголовное право. Особенная часть.-М.: Юрид. лит., 1988. – С. 190.

** Михеев Р. И. Невменяемый. Социально-правовой очерк. – Владивосток: Изд-во Дальневост. ун-та, 1992. – С. 188

области психиатрии. Возникает вопрос: может ли быть субъектом данного преступления врач любого профиля или это должен быть врач-психиатр? Не единичны случаи, когда помещение в ПБ осуществляют санитар или другой медицинский работник, не имеющий высшего медицинского образования. Как должны быть квалифицированы их действия?

Следует кроме того провести разграничение ст. 126² со смежными составами – ст. 170 (Злоупотребление властью или служебным положением) и ст. 171 УК (Превышение власти или служебных полномочий), субъектом которых может быть только должностное лицо. Врач, осуществляющий госпитализацию в ПБ, как правило не является должностным лицом и его незаконные действия полностью охватываются ст. 126². А как же быть с квалификацией аналогичных действий заведующего отделением, главного врача и других должностных лиц? До введения в действие ст. 126² подобные деяния в зависимости от конкретной ситуации квалифицировались по ст. 170 или 171 УК. Можно ли теперь говорить о совокупности действий или ст. 126² полностью охватывает случаи незаконного помещения в ПБ по распоряжению соответствующих должностных лиц системы здравоохранения? По мнению Р. И. Михеева, эти действия должны квалифицироваться одновременно по ст. 126² и 171. Такое суждение представляется недостаточно обоснованным.

Интересные результаты по анализу субъекта преступления дал опрос экспертов из числа психиатров. Лишь часть респондентов считает ответственным за незаконное помещение в ПБ дежурного врача приемного покоя, принявшего решение о стационаризации и распорядившегося препроводить больного в палату. Другие настаивают на том, что субъектом преступления должен выступать врач ПНД, который в отличие от врача приемного покоя должен быть более осведомлен о состоянии своего пациента и который, несмотря на отсутствие показаний к госпитализации, все же выписывает ему путевку в стационар. Высказывается также точка зрения о том, что субъектом незаконного помещения в больницу вполне может быть врач скорой психиатрической помощи, доставивший лицо в больницу. По мнению же остальных, необоснованное стационаризование не состоялось бы и лицо было бы немедленно выписано из больницы, если бы комиссия врачей-психиатров по прошествии 48 часов после помещения лица приняла соответствующее решение. А если же они вынесли решение об оставлении лица в больнице, то значит именно они и должны нести ответственность. Одновременно значительная часть экспертов склоняется к мнению о наличии коллективной ответственности всех перечисленных субъектов, ибо каждый из них внес свою лепту в факт незаконного помещения в ПБ.

Решение всех поставленных вопросов не укладывается в рамки настоящего исследования. Эта проблема требует серьезной совместной

проработки юристов и психиатров и нуждается в самостоятельном исследовании.

Субъективная сторона помещения в ПБ заведомо психически здорового лица предполагает наличие прямого умысла. Иными словами, ответственность за данное преступление наступает только в случае, если будет доказано, что виновный знал, что помещает в ПБ психически здорового человека. На это указывает фактор заведомости психического здоровья лица. Как показало исследование, вопрос о «заведомости» является одним из самых сложных при изучении данного состава преступления. Остановимся на нем более подробно.

1. Как определить само понятие «заведомо психически здоровое лицо»?

Исходя из презумпции психического здоровья (ведь есть же презумпция вменяемости, дееспособности), заведомо психически здоровое лицо в контексте ст. 126² УК – лицо, которое не было в установленном законом порядке осмотрено психиатром, принявшим решение о недобровольной госпитализации этого лица. Срок между психиатрическим осмотром и направлением осмотренного в ПБ не должен превышать 3-х суток.

Заведомо психически здоровым считается такое лицо, психиатрический диагноз которому установлен заведомо должно для осуществления немедицинских целей.

Возникает при этом вопрос можно ли считать лицо заведомо психически здоровым, если станет известным, что оно в прошлом находилось на излечении в ПБ по поводу психического заболевания или состояло под диспансерным наблюдением и было с него снято?

2. Как доказать заведомость психического здоровья лица?

По мнению большинства экспертов факт заведомости легко опровергнуть. Если представить, что врач, находясь с кем-либо в сговоре или выполняя чье-то указание, незаконно помещает лицо в ПБ, то в этом случае инициаторы этой акции, как правило, «подыгрывают» врачу, приводят вымышленные или преувеличенные данные о каких-либо симптомах, чтобы таким образом оправдать свои действия и заложить основу для незаконных действий психиатра.

Кроме того, имея в виду отсутствие понятия «норма» применительно к психиатрии, а также четких объективных признаков и критериев психического заболевания, врач всегда может сослаться на свое добросовестное заблуждение, на авторитет своих коллег (например, врача диспансера), мнением которых он руководствовался при принятии решения о госпитализации, а также, учитывая существование не только различных, порой диаметрально противоположных, мнений, но и школ в психиатрии, врач может продолжать отстаивать свою точку зрения, ссылаясь на одни лишь ему очевидные проявления болезни (по принципу: «...а я усматриваю в его поведении некоторые странности...»). При этом, по мнению респондентов,

если врач совершает эти действия умышленно, он всегда себя обезопасит, оформив соответствующим образом историю болезни, да и главный врач больницы вряд ли проявит заинтересованность в опровержении мнения врача, а просто напросто «прикроет» его.

Ошибка же врача в оценке психического состояния пациента, повлекшая его помещение в ПБ, не образует состав преступления, предусмотренный ст. 126² УК. Лишь в случае причинения существенного вреда правам и интересам гражданина в результате невыполнения или ненадлежащего выполнения должностным лицом своих обязанностей вследствие небрежного или недобросовестного к ним отношения речь может идти о преступной халатности (ст. 172 УК).

Мотив преступления не является обязательным признаком данного состава преступления. В ст. 126² УК он не указывается и поэтому на квалификацию содеянного не влияет. Представляется, что мотивом незаконного помещения в ПБ могут стать корысть, месть, карьеризм, иная личная или групповая заинтересованность. Многие респонденты однако сочли отсутствие в статье указаний на конкретные мотивы упущением ее создателей. Они считают, что в таком виде применение нормы может привести к ложным обвинениям врача. Действительно, если обратиться к прошлому, в УК РСФСР 1926 г. диспозиция ст. 148 выглядела следующим образом: «Помещение в больницу для душевно-больных заведомо здорового человека из корыстных или иных личных целей». По нашему мнению, мотив вряд ли должен быть обязательным признаком состава данного преступления. Однако его характер должен обязательно учитываться при назначении наказания виновному.

Цель преступления, как следует из текста ст. 126², также не является обязательным признаком данного состава преступления. Однако это создает определенные трудности.

По мнению главного врача одного из московских ПНД, ст. 126² предусматривает возможность совершения двух видов преступлений в зависимости от цели:

1) когда лицо помещено в ПБ с целью освобождения его от ответственности (административной, уголовной) или от повинности (например, воинской обязанности);

2) когда лицо помещено в ПБ с целью его изоляции (как наказание). В обоих случаях предполагается заведомая очевидность для психиатра того, что это лицо психически здорово.

Несмотря на кажущуюся логичность этих соображений, более детальное их рассмотрение

заставляет прийти к выводу, что деяние, описанное в первом случае, в отличие от второго под действие ст. 126² не подпадает, т.к. объектом этого преступления выступает не личность, ее права и свободы, а интересы правосудия или комплектования Вооруженных Сил страны, охраняемые соответствующими нормами других глав УК. В то же время в обеих ситуациях помещение в больницу осуществлялось в немедицинских целях.

Поэтому, чтобы избежать возможных ошибок при квалификации преступлений, следовало бы указать в ст. 126² цель посягательства или ограничить применение статьи случаями недобровольного помещения в ПБ, продумав соответствующую формулировку диспозиции.

Статья 126² не содержит квалифицирующих признаков деяния, т.е. не устанавливает повышенную меру наказания за совершение указанного преступления при отягчающих обстоятельствах, как это принято в других нормах УК. Однако, по нашему мнению, было бы небезосновательным предусмотреть в части второй статьи более суровую ответственность за совершение указанных действий, если они сопровождались насилием или причинили существенный вред правам и интересам граждан или повлекли за собой тяжкие последствия.

Несмотря на отмеченные недостатки конструкции ст. 126² УК, треть респондентов высказалась за сохранение указанной нормы, отмечая ее общепредупредительную роль. Вместе с тем, по мнению экспертов, если эту статью оставить в существующем виде, она «работать» не будет. Кроме того многие психиатры предлагают ввести административную и дисциплинарную ответственность за подобного рода правонарушения.

Норма о незаконном помещении в ПБ, введенная в УК еще в 1988 г., нуждается в серьезной доработке и в связи с принятием в 1992 г. Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Заключительная статья Закона предусматривает установление законодательством РФ уголовной, административной и иной ответственности за его нарушение. Однако соответствующие изменения и дополнения в законодательство, в том числе Уголовный кодекс, до сих пор не внесены. Указанные пробелы в законодательстве, а также недостаточная информированность о предписаниях Закона должностных лиц, органов власти, прокуроров, судей, медицинских работников приводят в ряде случаев к прямому неисполнению требований Закона.

ХРОНИКА

ОТКЛИКИ НА ВОЗРОЖДЕНИЕ ВСЕСОЮЗНОГО ОБЩЕСТВА ПСИХИАТРОВ

19 марта 1994

Уважаемый Доктор Савенко!

В течение прошлого года Комитет по Международным Злоупотреблениям в психиатрии Американской Психиатрической Ассоциации, членом которого я являюсь, получил важные сведения о положении психиатрии в бывшем Советском Союзе. На основе этих сведений Комитет принял несколько мер, в результате которых были предприняты акции и другими лицами.

1. По решению нашего комитета, наш председатель, доктор Рей Фрибэри, написал письмо Министру Юстиции Российской Федерации, в котором он советует, чтобы Министр аннулировал регистрацию так называемой Международной Федерации Психиатрических Обществ Стран Содружества Независимых Государств. Копия этого письма прилагается.

2. По решению нашего комитета, доктор Фрибэри написал письмо трем известным американским психиатрам, которые ездили на съезд Всемирной Психиатрической Ассоциации, состоявшийся в Рио де Жанейро в мае 1993-го года: Dr. Sabshin, Dr. Beigel и Dr. Visotsky. Копия письма доктора Фрибэри прилагается. В письме мы хотели выразить нашу озабоченность тем, что те шесть психиатрических обществ из стран СНГ, которые были приняты в состав ВПА (Россия, Украина, Казахстан, Латвия, Литва и Эстония) были приняты безо всяких условий. Наш комитет особенно был озабочен тем, что такие страны, как Казахстан и Литва были приняты безусловно. Во-первых, мы получили свидетельства о недавних случаях злоупотребления психиатрией в этих странах. Во-вторых, мы знаем, что старое руководство Казахского отделения Всесоюзного Общества продолжает и в настоящее время возглавлять Казахское Общество. В третьих, нам стало известно, что казахское руководство поддерживает попытку возродить дискредитированное Всесоюзное Общество под названием «Межгосударственная Федерация». В ответе на письмо доктора Фрибэри, доктор Сабшин допустил, что в Рио де Жанейро на самом

деле была «минимальная дискуссия» о принятии этих 6-и обществ.

3. Доктор Высоцкий передал письмо доктора Фрибэри Генеральному Секретарю ВПА, доктору Lopez-Ibor, который, в свою очередь, написал длинный ответ доктору Фрибэри. Копия этого письма прилагается. Как вы можете увидеть из письма, доктор Lopez-Ibor в настоящее время осведомлен, что Американская Психиатрическая Ассоциация (APA), благодаря нашему комитету, надеется на то, что принципам, которые были объявлены в Афинах, будут следовать.

4. В этом месяце, наш комитет решил попросить руководство ВПА занять твердую официальную позицию относительно принципов, продекларированных в Афинах. Во-первых, мы просим, чтобы с настоящего момента, любое психиатрическое общество из стран бывшего Советского Союза принималось в состав ВПА только на условии, что оно будет твердо следовать всем 5-и Афинским принципам. Во-вторых, что касается тех 6-и обществ, которые уже были приняты в мае прошлого года, мы просим ВПА поставить их в известность, что от них также ожидается следование всем 5-и Афинским принципам. В частности, наш комитет надеется, что APA потребует от ВПА оказать давление на вышеуказанные общества, чтобы они особенно придерживались второго Афинского принципа, т.е., пересмотреть случаи прошлых злоупотреблений, и реабилитировать невинно пострадавших. Мы относимся ко всему этому очень серьезно, потому что у нас создалось впечатление, что ни Российское Психиатрическое Общество, ни большая часть других вышеуказанных пяти обществ не следуют этому принципу.

Нам, естественно, очень важно узнать об усилиях, прилагаемых НПА в деле экспертизы и реабилитации. Вы можете направить эту информацию доктору Фрибэри.

Я очень надеюсь, что все эти сведения о нашей деятельности будут Вам полезны.

С уважением,
Richard Winslow, M. D.

4 ноября 1993

Юрию Хамзатовичу Калмыкову
Министру Юстиции Российской Федерации

Уважаемый господин Министр!

Я представляю комитет Американской Психиатрической Ассоциации, который на протяжении многих лет наблюдал за злоупотреблениями в области психиатрии в бывшем Советском Союзе. И, как Вам известно, критики старого режима иногда рассматривались советскими властями как психически ненормальные люди.

Многие психиатры, более заинтересованные в том, чтобы успешно продвигаться по служебной лестнице, чем строго следовать этическим принципам, сами были участниками подобных злоупотреблений. Психиатры же, выступавшие против злоупотреблений в психиатрии и против нарушителей профессиональной этики, сами подвергались суровым наказаниям.

Многие из психиатров, нарушавших нормы профессиональной этики, занимали высокие посты во Всесоюзном Обществе Психиатров и Невропатологов. Это Общество было исключено из состава Всемирной психиатрической ассоциации за причастность к злоупотреблениям и за нарушения этических норм. Вскоре после начала политических реформ в Вашей стране, оно было расформировано.

Недавно нам стало известно, что в июне этого года эта организация была возрождена и возглавлена руководителями бывшего Всесоюзного Общества – людьми, которые дискре-

дитировали себя не только в глазах ассоциаций психиатров западных стран, но и перед Российским Обществом Психиатров.

Мы с сожалением также узнали, что новая организация, именующая себя Межгосударственной Федерацией Психиатрических Обществ Стран Содружества Независимых Государств, была зарегистрирована Вашим министерством.

Я не знаю, известно ли Вам, что на Учредительном собрании этой Федерации, Российская делегация приняла решение приостановить свое вхождение в ее состав на том основании, что руководство этой Федерации было поручено людям, морально дискредитировавшим себя.

Я надеюсь, что после консультаций с членами Российского Общества Психиатров и руководителями других российских психиатрических групп, Вы сочтете нужным аннулировать регистрацию Межгосударственной федерации, а затем позволите перерегистрировать ее только после того, как Российское Общество Психиатров сочтет возможным свое участие в составе этой Федерации.

С уважением, Д. Рей Фрибэри
Председатель Комитета по Международным
Злоупотреблениям в Психиатрии, Американская Психиатрическая Ассоциация

НАМ ПРЕДШЕСТВЕННИКИ – НЕ УКАЗ (Вместо комментария)

С. С. Гурвиц

Психиатры прошлого нередко бывали строптивыми и не всегда почтительными по отношению к властям. Поступали как считали нужным и позволяли себе «всякое», не скрывая своих нравственных и политических симпатий.

Выступил на процессе Бейлиса в Киеве с антисемитскими утверждениями профессор Сикорский – и Бехтерев, до того поддерживавший с коллегой научные контакты, прерывает с Сикорским всякие отношения.

Пожелал его высокопревосходительство министр просвещения Российской Империи Лев Аристидович Кассо поубавить свое волюния у «распоясавшегося» студенчества – и профессор Сербский вместе с десятками других профессоров Московского Университета демонстративно подает в отставку.

Отправился сменивший Сербского на кафедре профессор Рыбаков плечом к плечу с охотнорядцами – черносотенцами спасать Россию, попутно убивая жидов, – и ему, видите ли, не подают руки на ученых собраниях.

Опозорил два десятка лет спустя немецкую психиатрию Эрнст Рюдин, пытаясь «научно» подкрепить изуверские национал-социалистические рассовые бредни – и ни с чем, кроме презрения не связано это имя для последующих поколений немецких психиатров.

Наше отечественное психиатрическое поколение – не такое. Оно дистанцируется от идеологических предпочтений и не может позволить себе обидеть заслуженных людей.

Наше психиатрическое поколение, собравшись в июне 1993 года на учредительную конференцию по созданию Федерации обществ психиатров и наркологов СНГ, избирает ее почетным председателем профессора Г. В. Морозова.

Да, был Георгий Васильевич много лет директором Института судебной психиатрии имени – ирония судьбы – того самого вольнодумца и фрондера Сербского, где в семидесятих–восьмидесятих годах приклеивали ярлык психически больных диссидентам, подписантам и самиздатчикам, занимавшимся антисоветской пропагандой и агитацией.

Да, лично председательствовал действительный член Академии медицинских наук на экспертной комиссии, которая, освидетельствовав генерала Григоренко, признала его невменяемым и отправила в специальную психиатрическую больницу; того самого Григоренко, который оказался по заключению других комиссий психически здоровым.

Да, был Георгий Васильевич и председателем бывшего Всесоюзного Общества психиатров и навропатологов, на 15 лет выбывшим из рядов Всемирной психиатрической ассоциации после того, как позиция советских психиатров по отношению к инакомыслящим стала скандально известной всему миру.

Ничего это для нас не значит. Главное – преемственность номенклатуры, воздание «должного» почтения прошлому.

И если через 6 дней после голосования на учредительной конференции президиум Российского общества выразил свое несогласие с его результатами, то случилось это не потому, что вызвала возражения кандидатура почетного председателя – одиозной фигуры, *persona non grata* для международного психиатрического сообщества. Избрание, дескать, преждевременно, поскольку Федерация еще не начала работать. Иных доводов не нашлось, как следует из публикации сообщения о принятом решении.

Мы беспристрастны. Мы решаем свои психиатрические дела, не оглядываясь ни на какие другие обстоятельства.

Пускай наши предшественники – корифеи науки и эталоны гражданской совести. Нам они не в пример.

ЮБИЛЕЙНЫЙ СЪЕЗД НПА И ТРЕТИЙ ЦИКЛ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Древний живописнейший город Подмосковья – Звенигород стал 26 марта 1994 г. местом проведения VI съезда НПА, посвященного ее пятилетнему юбилею. На съезд приехало свыше 100 психиатров со всей страны, от Калининграда до Чукотки и Владивостока, включая 11 коллег из США (Нью-Йорк, Сиэтл), трех с Украины и трех из Казахстана. Отчетный доклад о деятельности Ассоциации публикуется в данном выпуске журнала. Отдельно была подробно представлена правозащитная деятельность ассоциации, которая в настоящее время все больше расширяется в рамках деятельности Московского исследовательского центра по правам человека.

Научная программа съезда была посвящена самой острой в настоящее время проблеме – «Психиатрия и политика», от которой – как реально опасной – устраниется официальная психиатрия. Были рассмотрены: роль психиатра в ситуациях стихийных бедствий, войн и межэтнических конфликтов (С. Н. Еникалов, Ю. Л. Метелица, О. В. Кремлева, Е. М. Вронько), психические эпидемии современности (Г. С. Померанц, Д. П. Демонова, Е. Б. Беззубова, А. А. Северный, А. Ю. Магалиф), парамедицина (В. Е. Каган, Ю. И. Полищук, Э. Л. Гушанский), психическое здоровье руководителей различных ветвей власти (Ф. В. Кондратьев, Ю. Л. Метелица, А. А. Северный и осткая дискуссия В. В. Коган-Ясного с Э. Л. Гушанским). Материалы съезда составят содержание очередного ежегодника. Планируется также обобщение мнений по затронутым вопросам, которое будет доведено до общественности.

В ходе съезда в члены НПА вступили представители еще пяти (к прежним 38) регионов

страны (Карелии, Адыгеи, Башкирии, Ханты-Мансийского Нац. Округа и Владивостока).

В результате выборов единогласно утверждены:

ИСПОЛКОМ: Ю. Н. Аргунова, В. Г. Батаев, А. Н. Богдан, Л. Н. Виноградова, Э. Л. Гушанский, В. Е. Каган, Ю. С. Савенко.

ПРЕЗИДЕНТ: Ю. С. Савенко

ВИЦЕ-ПРЕЗИДЕНТЫ: Э. Л. Гушанский, В. Е. Каган (Санкт-Петербург).

ЭТИЧЕСКИЙ КОМИТЕТ: С. С. Гурвиц (председатель), М. Н. Богдан, Ю. Л. Массовер

РЕВИЗИОННАЯ КОМИССИЯ: В. Н. Прокудин (председатель), Н. Р. Андреева, И. П. Лещинская.

Работу съезда освещали представители многих органов печати и НТВ. Последующие шесть дней проходил третий цикл образовательной программы НПА, который собрал свыше 50 участников, из них 37 иногородних. Заседания проходили после предварительного знакомства участников друг с другом, целиком по типу круглого стола, что придало им по-настоящему деловой характер. Особенno новаторским оказалось сообщение д-ра Джонсона с сотрудниками, каждая из которых (две медсестры и социальный работник) подробно рассказали о своей совместной работе при кратковременной принудительной госпитализации при острых психических расстройствах. Приводим программу семинара.

«НОВОЕ В ПРАКТИКЕ КЛИНИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ» (американский опыт)

27 марта	9.30–13.00	Знакомство участников семинара. Круглый стол: о наиболее острых текущих проблемах психиатрии.	Б. Грант
	14.30–16.00	Политические и экономические аспекты психиатрии в США.	
	16.30–18.00	Американский опыт издания ежемесячной психиатрической газеты.	
28 марта	9.30–11.00	Психиатрия на производстве: проблема страхования	М. Джорес
	11.30–13.00	Психиатрия на производстве: проблема хронической боли	
	14.30–16.00	Разнообразие методов лечения депрессий.	
29 марта	16.30–18.00	Психические расстройства у пожилых людей.	Г. Джонсон
	9.30–13.00	Лечение острых психических расстройств при кратковременной принудительной госпитализации	
	14.30–16.00	Современная электросудорожная терапия в США	
30 марта	16.30–18.00	Лечение алкоголизма и наркомании.	МакКрири
	9.30–11.00	Психические травмы у солдат и беженцев.	
	11.30–13.00	Психические последствия травм головы.	
31 марта	14.30–17.00	Клинический разбор.	Дж. Фэн
	9.30–13.00	Современные концепции сознания и феноменологический метод.	
	14.30–17.00	Клинический разбор.	
1 апреля	9.30–11.00	Круглый стол: различные аспекты введения в жизнь Закона о психиатрической помощи.	Ведущая – Ю. Аргунова
	11.30–13.00	Круглый стол: подведение итогов семинара и о приоритетах образовательной программы на современном этапе.	

Стоимость семинара была заметно ниже сходных мероприятий при значительно большей интенсивности лекций и обсуждений по 7 часов в день и клинических разборов трех больных, очень интересно проведенных д.м.н. В. Г. Ротштейном. Коллеги с Украины были приняты за счет НПА.

Активное участие в семинаре приняла известный философ-феноменолог профессор Н. В. Мотрошилова. Ее тесное общение с американскими коллегами дало им возможность осознать высокую продуктивность сотрудничества психиатров с философами этого направления.

Среди участников цикла был главный врач Черняховской психиатрической больницы стро-

го наблюдения д-р В. А. Фукалов, сумевший превратить старую тюрьму в полноценную больницу с превосходными мастерскими, а главное – добиться спокойной дружелюбной психологической атмосферы среди больных, 80 % которых – убийцы. – Вдохновляющая метафора всей нашей действительности.

Все участники семинара высоко оценили его содержание и организацию. Можно посетовать, что московские психиатрические лечебные и научные учреждения практически не откликнулись на приглашения и не воспользовались уникальной возможностью участия в этой – по единодушному мнению – новаторской и глубоко содержательной программе.

ПЛЕНУМ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ПСИХИАТРОВ

19–20 апреля в Москве проходил Пленум Российского общества психиатров. Он ознаменовался принятием Этического кодекса психиатров, представленного проф. В. А. Тихоненко, избранием Председателем Общества проф. В. Н. Краснова и обсуждением приостановки членства в Федерации обществ психиатров и наркологов стран СНГ.

Предложение представителя НПА продлить обсуждение Этического кодекса до съезда в силу чрезвычайной важности этого документа, имеющего для профессионального сообщества традиционный приоритет перед Законом, было проигнорировано. Между тем, это бы позволило сохранить значительно большую напряженность обсуждения этой темы, по которой продолжают приходить критические отзывы, а сущая дремучесть представлений об этике и ее взаимоотношениях с правом и законом распространяется даже на некоторых разработчиков Кодекса. В результате Общество предпочло красивую бумагу углублению существа проблематики, небесполезность которого тут же продемонстрировали сами члены Президиума. Чтобы набрать кворум для решения намеченных вопросов было решено исключить из членов Президиума отсутствующих и выбрать ряд новых. Процедура этого исключения не укладывалась ни в какой регламент. Отсутствие прощалось именитым членам. Черный юмор витал над залом (по поводу нескольких умерших членов шутили: «Вывести посмертно!» – «Если умер, зачем же выводить?» – недоумевал проф. В. П. Котов). Но авторы Этического кодекса безмолвствовали.

Еще более демонстративным стало обсуждение членства в Федерации обществ психиатров стран СНГ. На протяжении двух часов множество выступавших занимались, по словам представителя Самары, демагогией, рассуждая о пользе

консолидации, против которой никто не выступал. Это был своего рода апофеоз откровенной страусовой политики, а отнюдь не вытеснения. Никто не решился назвать вещи своими именами, в частности, отметить оскорбительное для мирового сообщества провозглашение бойкотируемого им акад. Г. В. Морозова почетным председателем. Одно это подтверждало, что речь идет о воссоздании Всесоюзного общества, а не новой организации. Откровенное выступление представителя НПА только еще более поляризовало присутствующих. Голосование напоминало финальный матч. 17 членов Президиума проголосовали за возвращение в Федерацию обществ психиатров, 21 – за сохранение *status quo* до съезда в октябре 1995 г., как предложил новый председатель Общества проф. В. Н. Краснов.

Этот небольшой перевес, тем не менее, большая победа над старым советским менталитетом, привыкшим к дисциплине и единобразию, не видящим ничего предосудительного в старой практике, а возмущение зарубежных коллег воспринимающего как вмешательство в свои внутренние дела. Высокий процент такого рода номенклатуры – одна из основных, но «вытесняемых» причин сокращения числа реальных членов Общества. Из 73 регионов взносы не перечисляют три года кряду 53 региона, а четыре года – 31 регион. Сведения о своей деятельности присылают только 29 обществ. Причем отчеты и взносы игнорируют такие ведущие общества как Санкт-Петербургское, Новосибирское, Томское и многие другие.

И все же деятельность Общества оживилась, за столом Президиума впервые не было министерских руководителей, многие открыто выступили за плюрализм форм, – во всем этом есть вклад и Независимой психиатрической ассоциации.

VII СИМПОЗИУМ АССОЦИАЦИИ ЕВРОПЕЙСКИХ ПСИХИАТРОВ (секция: «Психиатрическая эпидемиология и социальная психиатрия»)

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ИНВАЛИДИЗАЦИЯ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Вена, 7–9 апреля 1994 г.

С начала 80-х годов стало популярным оценивать так называемое «качество жизни» психически больных, особенно страдающих тяжелыми и хроническими текущими психическими расстройствами. Этот новый термин – качество

жизни – включает в себя самые разнообразные стороны существования психически больных как в стационарах, так и в амбулаторных условиях. Это и наметившееся в последние годы вытеснение стационарного пребывания душевнобольных

их жизнью вне стен больниц в каких-либо социальных общинах (чаще всего в семьях); и активизация процессов реабилитации и интеграции больных в общество и т.д. Работа симпозиума была направлена на поиск единых стандартных критериев оценки качества жизни.

Пленарные заседания были посвящены анализу понятия «качество жизни» и методам его оценки при психических заболеваниях; медицинскому обслуживанию и его стоимости. На параллельных семинарах в том же аспекте рассматривались различные психические расстройства разного возраста, а также психофармакотерапия, реформы психиатрических больниц, эффективность психиатрической службы и сети социального обслуживания.

В программном докладе Ph. Corten (Бельгия) обсуждались наиболее дискуссионные вопросы: возможно ли в принципе «измерить» качество жизни, можно ли количественными методами оценить качественные данные, какие могут быть при этом способе оценки. Было подчеркнуто, что первые исследователи качества жизни душевнобольных безуспешно пытались применить только объективные методы оценки, пренебрегая субъективными параметрами. Докладчик попытался очертить рамки понятия «качество жизни» по отношению к душевнобольным и предложил рассматривать это термин шире чем просто благополучие и комфорт. В докладе дискутировались методы оценки качества жизни. Можно ли, например, говорить о высоком качестве жизни только при отсутствии побочных эффектов; при отсутствии симптомов, как позитивных, так и негативных; при отсутствии чувства неудовлетворенности? Или следует найти позитивные критерии для оценки качества жизни? Уместно ли давать глобальную оценку качества жизни или проводить оценку по отдельным профилям? Эти вопросы и весь доклад в целом вызвали плодотворную дискуссию.

Доклад D. Wiezsma (Нидерланды) был посвящен оценке социальной инвалидизации при психических заболеваниях, которая все больше и больше привлекает психиатров и социальных работников, т. к. психические расстройства тесно связаны с нарушением социальных функций. В докладе обсуждалась международная классификация инвалидности, разработанная ВОЗ. Введение в практику этой классификации позволит, по мнению докладчика, лучше планировать и оценивать лечебные вмешательства и меры по реабилитации душевнобольных.

В докладе G. Thornicroft (Англия) обсуждались параметры качества жизни у больных с психическими расстройствами. Исследование, проведенное с помощью Ланкаширского профиля оценки качества жизни, показало значимость глобальной оценки качества жизни в связи с полом, семейным положением, доходом, психическим статусом и удовлетворенностью медицинским обслуживанием исследованных больных.

J. Leff (Англия) в своем сообщении привел результаты всесторонней оценки качества жизни 1100 больных, находившихся в 2 психиатрических больницах. В ходе первого года исследования 500 больных было выписано. Отчетливое улучшение их состояния в дальнейшем зависело от суммации 2-х условий: от того, что эти больные ощущали себя свободными, находясь в домашних условиях (что они очень высоко оценивали) и от качества сети медико-социального обслуживания. Из этих 500 больных сто человек были прослежены еще 5 лет. Их социальная жизнь продолжала улучшаться, у них уменьшились психотические расстройства и негативная симптоматика.

В докладе J. Fallon (Новая Зеландия) подчеркивалось, что именно современная тенденция перехода от реабилитации в психиатрических больницах к реабилитации в амбулаторных условиях лежит в основе улучшения качества жизни душевнобольных. Однако нередко бремя этих изменений падает на семьи больных и другие неформальные социальные службы, что в результате приводит к снижению качества жизни членов семьи душевнобольного. Докладчик подчеркивает необходимость объединения всех звеньев реабилитации (семье душевнобольных, неформальные и профессиональные учреждения) с целью улучшения качества жизни всех участников.

D. Mechanic (США) в своем докладе «Качество жизни при шизофрении» отметил, что в последние годы растет число исследований, касающихся различных социальных нужд этих больных; обеспеченности жильем, трудоустройства, дружеских связей, семейный отношений. По мнению докладчика поддержание высокого уровня жизни у больных шизофренией проблематично, т. к. все вышеперечисленные нужды выходят далеко за рамки традиционного медико-социального обслуживания. Больные шизофренией обнаруживают по данным этого исследования, особенно высокую потребность в трудоустройстве, в избегании скуки и одиночества, в дружеских связях, гетеросексуальных отношениях и в финансовом обеспечении.

В рамках описываемой Венской конференции прошли также два симпозиума ВОЗ: Классификация и оценка инвалидности с точки зрения психического здоровья и ВОЗ и качество жизни во взаимоотношениях с инвалидностью. Среди докладов этих ВОЗовских симпозиумов особое внимание привлекла серия сообщений сделанных H. Katshnig (Австрия, председатель оргкомитета симпозиума) с соавторами – как сотрудниками возглавляемой им кафедры психиатрии Венского университета так и членами рабочей группы ВОЗ (N. Sartorius, J. Lopez-Ibor, A. Janca, J. Mezzich, M. Kastrup, J. Orley, T. Üstün, W. Kuiken, M. Thurgau). В этих докладах обсуждалась Международная классификация инвалидности в многоосевой Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10). В МКБ-10 предусматриваются следующие 3 оси:

1 ось – клинические диагнозы оценивающие, как психические, так и физические расстройства; 2 ось – оценивает степень потери трудоспособности (инвалидизацию) как общую, так и в специфических сферах, а также – потребность в обслуживании, жизнеспособность, остаточную трудоспособность, уровень взаимоотношений с семьей и обществом, поведение, степень утраты социальной активности; 3 ось – оценивает взаимоотношения с окружающей средой, личностный стиль жизни (сюда включены значимые негативные события из детства и особенности воспитания, уровень образования и грамотности), первичные группы поддержки (семья и ближайшее социальное окружение), качество жизни и уровень благосостояния, трудоустройство (безработица, сопутствующие физические, психологические и юридические обстоятельства). В этих сообщениях было отмечено, что вышеописанная многоосевая система классификации болезней с входящей в нее классификацией инвалидности была апробирована в 75 центрах в 30 странах на всех 5 континентах. Основными целями этой апробации были: оценка пригодности и удобства многоосевой системы в ежедневной работе психиатров и выявление специфических проблем возникающих при ее применении; оценка взаимодействия каждой из осей; оценка полезности многоосевой системы для выработки решений касающихся повседневных нужд меди-

ко-социального обеспечения, для обучения специалистов в области психиатрии, для исследования этиологии и лечения психических заболеваний, для проведения статистических отчетов в области здравоохранения.

На одном из семинаров подготовленных рабочей группой ВОЗ в качестве клинической иллюстрации была показана видео-кассета с записью интервью с пациенткой, состояние которой было предложено оценить в баллах по многоосевой системе МКБ-10. Затем было проведено обсуждение выставленных баллов психиатрами из разных стран и после плодотворной дискуссии произошло сближение точек зрения.

В работе симпозиума приняли участие психиатры, социальные работники и психологи из большинства стран Западной Европы, США и др. СНГ, к сожалению, был представлен работниками лишь московских психиатров: Д. Ю. Вельтищева, И. Я. Гуровича с соавт., В. Н. Краснова с соавт., Н. А. Мазаевой, В. Н. Прокудина и А. П. Музыченко, А. Б. Смулевича с соавт., С. Ю. Циркина с соавт. Однако присутствовал на симпозиуме и активно участвовал в нем только представитель НПА д-р В. Н. Прокудин.

Завершил работу симпозиума глубоко содержательный обобщающий доклад, наметивший также перспективы развития мировой психиатрии, директора отдела психического здоровья ВОЗ д-ра N. Sartorius.

«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

РЕЦЕНЗИИ И ОТКЛИКИ

КОДЕКС ЭТИКИ ИЛИ ПРОСТО ЭТИКА?

С. С. Гурвиц (г. Долгопрудный)

Поговаривают, что после утверждения пленумом Российского общества Кодекса профессиональной этики психиатра последует торжественная процедура присяги на верность ему во всех больницах и диспансерах.

Ритуал, правда, не до конца еще проработан: левая рука бесспорно на сердце, а вот где будет возлежать правая еще предстоит определить. Старшее поколение считает, что на томе Крепелина (варианты – Корсакова или Бехтерева), психиатры образца 1965–1980 годов склоняются к монографиям Снежневского, а вот младшее поколение...

Впрочем это, конечно, шуточки, притом – не очень веселые. А если серьезно, – задуматься над этическим содержанием деятельности отечественной психиатрии давно пора. Нравственные устои нашего психиатрического дома поколеблены столь основательно, что временами кажется: дом этот вот-вот рухнет.

Слишком много раз бывал он разгромлен идеологическими проработками и опустошен неустанной борьбой: с идеалистами, вульгарными материалистами, реакционными генетиками, механицистами-психоморфологами, антипавловцами и антинозологистами.

Больно основательно заплесневели его стены от не меняющихся уже лет 30–35 монотонно-монопольных теоретических доктрин; подточен фундамент ремесленничеством, конформизмом, а то и прислужничеством перед властями предержащими некоторых собратьев по цеху.

Чересчур, наконец, измазан за последнее время дегтем от крыльца до крыши далеко не всегда компетентными, а то и вовсе безграмотными в наших профессиональных вопросах журналистами.

Нет сомнений, что все эти печальные обстоятельства учитывались уважаемой комиссией (половину которой составляли все же не психиатры), разрабатывавшей проект Кодекса, опубликованного для всеобщего ознакомления. Нет сомнений, что авторами руководили самые лучшие побуждения и желание охватить как можно больше сторон деятельности психиатра в его взаимоотношениях с пациентами и обществом. Деятельности, отличной от любой другой врачебной работы мощным влиянием не только на здоровье, но и на социальное положение, а то и на судьбу человека, что и оговорено в преамбуле.

С преамбулы, однако, все странности и начинаются.

Вывод из нее однозначен: проект профессиональной этики психиатра возникает в 1993 году, как первый в нашей психиатрии документ, призванный «дать ключи к принятию решений в сложных (с этической, правовой и медицинской точки зрения) проблемных ситуациях». До этого, стало быть, психиатры искали выходы впопыхах, да еще и без ключей в руках? Были, правда, гуманистические традиции отечественной (Пинель или, скажем, Гризингер, здесь не причем – они не из нашей страны) психиатрии, а «фундаментальные принципы защиты прав и свобод человека и гражданина и этические стандарты, признанные международным профессиональным сообществом», только сейчас внедряются в нашу психиатрическую жизнь.

Вспоминать или не вспоминать о Пинеле – личное, в конечном счете, дело авторов проекта, их исторических пристрастий.

Но упомянуть о том, что уже второй год в Российской Федерации действует Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании (кстати, добрая половина авторов проекта Кодекса была ранее разработчиками Закона) – они были просто обязаны.

Не только потому, что общегосударственный Закон выше по значению самого удачного и всеобъемлющего профессионального наставления (а «дать ключи» – совсем недалеко от столь всегда любимых медицинским командованием ведомственных инструкций). Потому еще, что именно в этом Законе воистину впервые в истории отечественной психиатрии были официально взяты за основу фундаментальные принципы гражданских и человеческих прав и свобод и были применены – тоже впервые – международные стандарты.

Другое дело, что Закон только устанавливает границы дозволенного и недозволенного. Этические проблемы – за его пределами, он на них только ссылается: «деятельность врача-психиатра по оказанию психиатрической помощи основывается на профессиональной этике» (статья 10-ая, часть 3-я).

Далее следует точка, которую, скорее, надо понимать как многоточие. Там, где Закон умолкает – должен заговорить этический Кодекс. Возможно лучше именовать его законом внутренним, профессиональным credo, сфокусировавшим единые для всех взгляды на суть профессии психиатра, смысл его деятельности, требования к себе и коллегам, тонкости взаи-

моотношений с обществом, нравственный долг перед теми, кто ему доверился и кто от него в той или иной степени зависит.

А еще о том, что психиатр должен быть человеком образованным, особенно – в гуманитарных областях знания, чтобы не счесть «высокое косноязычие», дарованное только поэтам, за разорванность мышления, и не усмотреть, скажем, в живописи Сальватора Дали шизофреническую символизацию.

Но мы, кажется, начинаем сочинять свой собственный проект этического Кодекса, а нам никто этого не поручал.

Перелистаем лучше страницы официального текста. Поначалу впору усомниться в ясности собственного сознания, потому что феномен *deja vu* (уже видел) будет преследовать нас от первой страницы до последней. Психопатологии, однако, здесь нет ни капли. Просто мы все это действительно видели – в Законе о психиатрической помощи.

И равное право всех на оказание психиатрической помощи – будь то граждане Российской Федерации, иностранные подданные или вообще лица без гражданства. И право пациентов на уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства. И требование соблюдения врачебной тайны. И запрет на применение лекарственных средств с целью наказания или для удобства других лиц. И право пациента на информацию о предстоящем лечении и на отказ от него. И невозможность научных исследований без согласия больного. И независимость психиатра в своих решениях.

Так что же было раньше – курица или яйцо?

Раньше, строго говоря, были международные принципы защиты лиц, страдающих психическими заболеваниями, и улучшения здравоохранения в области психиатрии, принятые ООН.

Наш Закон вобрал в себя многое из этих принципов и, как уже говорилось, действует уже второй год. Остается только недоумевать, почему авторы проекта решили, что ни один психиатр не знает клятвы Гиппократа, тысячелетия предписывающей священное требование попосеге. И надо все это нам с вами растолковывать, вписывать как на *tabula rasa*, назвав этическим Кодексом.

Не проще и не короче было бы (да не заподозрит нас уважаемая комиссия, что мы навязываемся в консультанты или, чего доброго, в соавторы) начать этическую Заповедь с требования соблюдать по отношению к пациентам Закон о психиатрической помощи, а также все другие законы.

Другие упомянуты не случайно. Проект Кодекса накладывает табу, помимо всего прочего, и на нанесение пациенту морального, физического и материального ущерба, содействие его самоубийству, эксплуатацию его труда в личных целях – и на все другие уголовные преступления.

А кому и когда это раньше разрешалось? Кто имеет право, используя беспомощность или бес-

пределенную доверчивость человека, покушаться на его имущество, жилье, социальное положение, жизнь? Никому такое право не дано, тем более – психиатру, который должен чтить Уголовный кодекс уж во всяком случае не менее Остапа Бендера.

Это же аксиома, никаких доказательств не требующая.

Как и то, что без профессиональной грамотности и постоянного самоусовершенствования (здесь, конечно, не имеются в виду курсы усовершенствования врачей, служащие для половины их слушателей дополнительным отпуском) ни один психиатр не имеет права даже подойти к больному.

Конечно в нынешнюю эпоху всеобщего упрощенчества и вульгаризации знаний, не обошедших, к сожалению, стороной и психиатрию, не грех и напомнить об этом. Тут даже можно солидаризироваться с авторами проекта.

Как и с положениями о терапевтической тактике психиатра, необходимости достижения им терапевтического сотрудничества с больным.

Как и, особенно, с истинно гуманистическим пафосом статьи 5-ой, стоящей, пожалуй, всех остальных вместе. В ней сформулированы действительно очень высокие моральные критерии, не следя которым психиатр не имеет права называться психиатром. Она прямой наводкой бьет по тем из наших... – язык не поворачивается назвать их коллегами, – «одноименникам», что ли, по специальности, – которые считают, что одна только должность психиатра возвышает его если не над всем человечеством, то уж наверняка – над той частью его, что лишена из-за болезни способности дать отпор грубости, бесцеремонности, неприкрытому обману.

Привлекательны положения и предыдущей – 4-ой «статьи о недопустимости навязывания пациенту своих политических, религиозных и философских взглядов» (вспомним череду диссидентов, которых направляли на перевоспитание в спецбольницы...) и статьи 1-ой об обязанности психиатра оказывать помощь каждому независимо от пола, возраста, расовой и национальной принадлежности, социального или материального положения, религиозных или политических убеждений.

Не совсем ясно, правда, нравственно ли испытывать отвращения к палачу, обратившемуся за помощью с невротическими жалобами вследствие перегрузок на работе...

Но это, пожалуй, – казуистика.

Важнее, что эти полторы, примерно, статьи – и есть самое ценное в проекте, без чего невозможно формирование профессионального мировоззрения и, если угодно, профессионального характера. Это – зерно, из которого, если обратиться к высокому стилю Книги Бытия, могло бы произрасти стройное Древо познания психиатрического добра и зла.

Без повторения общеизвестных, даже банальных истин. Без дублирования текста давно уже

действующего и для всех обязательного к исполнению Закона. Без сомнительного утверждения о праве психиатра принять благодарность от пациента «в разумных пределах», потому что «разумность» может быть и не за лечение – «полезную справочку», например. Нет уж, старое правило: «на болезнях и несчастьях зарабатывать нельзя», – предпочтительнее.

И так же куда симпатичнее не система дисциплинарных (как в уставе строевой службы) наказаний за отступления от Кодекса, а простая, емкая и убийственная формула, принятая во многих западных врачебных сообществах: «Ассоциация не несет ответственности за действия своего коллеги», доведенная до сведения пациентов.

Но мы, кажется, снова даем советы, которых у нас не спрашивают.

Так прекратим же это бесплодное занятие.

Обратимся к достаточно забытому старому, не выдавая его за новое. И поразимся пророческой

правоте Сергея Сергеевича Корсакова, почти сто лет назад написавшего:

«Врачу-психиатру, преданному своему делу и своим больным, знакомы такие минуты высокого удовлетворения, такое проявление глубокого доверия со стороны выздоровевших больных, что он не может не осознавать, что в качестве целителя он делает не меньше врачей всяких других специальностей».

И приходит в голову совершенно невероятная, крамольная, еретическая, почти преступная мысль: а зачем все это – Кодексы, Законы, Наставления?

Преданность делу и преданность больным – и ничего не надо добавлять.

И если сейчас и нужны Кодексы – то только для того, чтобы последующие поколения психиатров (жалко, что не наше) дожили до времени, когда честность, порядочность, чувство ответственности перед своим делом и людьми будут настолько естественными для каждого, что никакие Кодексы никому не понадобятся.

ГАРАНТИИ ПРАВ ПРИ «УПОРЯДОЧЕНИИ ПОВЕДЕНИЯ»

27 апреля 1994 г. Комиссия по правам человека при Президенте РФ обсуждала систему воспитания и обучения в школе-интернате в Ступино под Москвой.

Необычная ситуация: дети довольны, родители довольны, педагоги довольны, а дело разбирает высокая комиссия, и вопрос стоит о возможном закрытии школы. Зал поляризован и кипит эмоциями и возгласами, поразительно, текстуально похожими друг на друга: «социальный заказ!» Налицо взаимная тоталитарная стилистика многих выступлений. Вместо элементарного прислушивания к доводам противной стороны, стремление смести ее.

Идеолог и организатор школы В. Д. Столбун – неординарный человек с одиозной репутацией в прошлом, неизбежно бросающей тень на настоящее. Не первый раз доводит он до крайности отдельные старые приемы типа оплеух при истерике и бичевании обессилевшей лошади, ограничиваясь простым псевдонейрофизиологическим объяснением, без психологических изысков Шарля Бодлера в его «Избивайте нищих!» Этот стиль нравится на всех этажах тоталитарной системы. Здесь уважают силу и грубость. Новоиспеченный банкир с восторгом рассказывал, как Столбун принял его с сыном последними, в час ночи.

Таким же тоталитарным духом было пронизано выступление против Столбuna инициатора предпринятого расследования Ольги Романюк. Это была разоблачительная речь в лучших

традициях сталинской эпохи, но с демократических позиций.

Тот же стиль характеризовал и родителей, слепо доверивших Столбуну своих детей, фактически бросивших их в исправительный лагерь. Дети – характерный продукт такой системы – довольно ограниченные, пассивные, легко подчиняемые любому влиянию, в том числе улицы.

Далее эксперты, обязаные держаться существа заданных вопросов (в своей профессиональной сфере), не касаясь судьбы школы, не смогли удержаться от обсуждения всего круга проблем.

Более того, члены самой комиссии были не чужды авторитарности: родителей хотели ограничить одним пятиминутным выступлением, экспертов допытывали с пристрастием. Когда детский психиатр А. А. Северный заявил, что главный акцент следовало бы делать на соблюдении прав ребенка, член комиссии С. В. Сироткин резко оборвал его: «Это компетенция юристов, а не Ваша». – Спорное заявление. В нем отзвук отождествления Права и Закона, закрепившегося в лексике наших юристов со времен доктрины А. Вышинского – воплощения тоталитаризма в юриспруденции. Права человека, как и этика – не прерогатива юристов. Это сфера философии права и этики, а также социологии права и социальной психологии.

Итак, школа с блестящими показателями, которой все довольны, и... единодушное мнение экспертов (психиатров, психологов и педагогов) о нарушении прав ребенка, причем экспертами

выступали представители не только официальной, но и независимой психиатрии.

Редкостная дисциплинированность самого трудного возраста (12–16 лет), плотная занятость с утра до вечера, бесконфликтность, высокая успеваемость и высокая поступаемость в ВУЗы, выглядят в глазах оппонентов как роботоподобность, единообразие, отсутствие свободного времени для удовлетворения индивидуальных интересов, искусственное, всеми неправдами завышение оценок, вплоть до отсутствия ряда математических дисциплин и иностранного языка, и определение в платные ВУЗы сплошь богатыми родителями. Выяснился изначальный отбор не «трудных», не «шпаны», как декларировалось вначале, а «вытащенных из подворотни» и не склонных к лидерству детей состоятельных родителей для содержания в основном за государственный счет.

Главный же исток возмущения – это один из методов достижения успеха: «внедрение в запретное» – каждодневная процедура снятия трусов с электропунктурой ряда точек промежности. Смелые ассоциации и экстраполяции экспертов, в частности, относительно осуществления мечты военного ведомства о легко управляемом материале, дали возможность председателю комиссии С. А. Ковалеву усомниться в снижении адаптабельности у выпускников школы, о чем говорили все эксперты, а Ролану Быкову упрекнуть экспертов фактически в ханжестве. Оказывается и он проходил эту процедуру, но «ничего такого» не испытывал: «эрогенных зон нет вне драматургии сексуального общения». Эта блестящая формулировка Р. Быкова, пожалуй, самый сильный довод против неоправданных экстраполяций экспертов. В самом деле, вполне вероятна гиперболизация экспертами удельного веса процедуры электростимуляции среди других мер воздействия, прежде всего, самого тоталитарного стиля организации коллектива. В настоящее время уже выяснилось, что и полная либерализация сексуальной жизни не освобождает от психологических трудностей. Наконец, и эксперт по рефлексотерапии посчитал эту электростимуляцию просто физиотерапией.

«Я не доверяю никакому пафосу, – сказал Р. Быков, – ни советскому, ни антисоветскому. За этими однозначными суждениями обычно скрыты спекуляшки. Я не доверяю ничему, что основано на ненависти. Методика Столбунова не порождает рабов, она снимает агрессию. Вместо инвалидности и 18-месячного лечения от легочного заболевания, предлагавшихся официальной медициной, Столбун вылечил меня за три месяца». Это яркое выступление великого артиста заставляет задуматься о принципе состязательности. По крайней мере, было хорошо видно, что экспертам лучше выступать без пафоса, держась принципиально другого стиля, строго в рамках своей профессии. Их данные о невысоком образовательном и культурном уровне, уни-

фикиации, вытеснении интереса к противоположному полу, признаках психологического стресса за благополучным фасадом у половины детей, заключение прокурора о недопустимом проведении медицинской процедуры электростимуляции педагогами и неапробированность самой процедуры, а также множество других нарушений, конечно, достаточно основательны. Однако, неоднозначность, проблематичность остаются. Налицо активная патерналистская позиция экспертов, не считающаяся с правами родителей и их волеизъявлением. А родители, выслушав все доводы против, все опасения за отдаленные результаты, говорят: эти завтрашние вероятности ничто перед сегодняшней реальностью окажутся нашим детям в компании наркоманов, проституток, уголовников.

Авторитарное воспитание, авторитарные родители, настаивающие на своем праве выбора, и авторитарные эксперты, отрицающие это право, которое – впрочем – действительно не безгранично.

Там, где эксперты и журналисты отметили, что дети не смеются, не шутят, что они все одинаковы, С. А. Ковалев увидел при посещении школы веселье и доброжелательность: «Я никогда прежде не видел школы, где всем хорошо». В заключение он выделил два аспекта: школьный и медицинский (добровольность процедуры и ее вредность). Что касается экспертов, то они были единодушны:

- 1) в блестящей оценке организации хора и театра, и воспитания дисциплины, умелого использования оппозиционности и группирования;
- 2) в том, что образование детей ниже всякой критики;
- 3) в решительно негативной оценке процедуры электростимуляции, хотя оба ее измерения достаточно проблематичны. Для суждения о вредности необходима апробация, а говорить о добровольности не имеет особого смысла, когда процедура приятна.

Главный и единственный вопрос нашей комиссии, – заключил С. А. Ковалев, – манипулируют ли детским сознанием?

Но воспитание неизбежно связано с этим и поэтому точнее спрашивать, нарушаются ли права детей. Комиссии еще предстоит принять решение.

Личное удовлетворение от проведенной процедуры или данной психологической характеристики никогда не являлись для науки достаточным основанием для окончательного вывода. Клинический метод за счет опоры на объективные признаки и широкой контекстуальности позволяет получить достаточно надежные данные в рамках однократной (амбулаторной) экспертизы. В сложных случаях проводится стационарная экспертиза. В отношении новых методов всегда требуется апробация. Но и тогда сомнения относительно отдаленных результатов не могут быть полностью и быстро сняты. Можно

ли назвать практику школы-интерната аprobацией методики Столбунова? Кто и с каким обоснованием принял такое решение? Соответствовало ли это обоснование своевременному уровню педагогической и медицинской науки? Было ли оно надежным? И сама методика, и ее концепция глубоко архаичны, все ее составляющие были хорошо известны более 1000 лет назад, но не получили распространения. Между тем, один из пунктов Международных Этических Правил проведения испытаний и экспериментов гласит: «Морально оправданы могут быть лишь такие исследования на человеке, которые по своей идеологии, методологии и методике соответствуют стандартам современной медицинской науки. Исследования на человеке, основывающиеся на устаревших теориях, использующих устаревшую методологию и методики, которые априорно

снижают научную значимость полученного знания, следует считать аморальными».

Заключения экспертов были встречены всеми без малейшего почтения к профессионализму, к показателям тестов. Настрой зала был ориентирован отнюдь не на Истину. Родители не слушали, не обсуждали, а просто отвергали критику. Они видели все иначе.

Можно ли говорить о праве на неграмотность? О праве на веру в квазинауку, паунауку? О праве полного своеволия в отношении себя и своих детей?

Итак, эта история выяснила множество различных проблем, однозначный ответ на которые был бы некорректен.

С. Н. Трубецкой

ОБЗОР ПИСЕМ

Психиатрическим учреждениям и отдельным специалистам (психиатрам, психологам, юристам) по их заявкам НПА рассыпает свои издания в республики, края и области России от Калининграда до Находки.

Многие наши адресаты благодарят НПА за издание и распространение «Руководства по психиатрии» Е. Блейлера, Независимого психиатрического журнала, ежегодников «Пути обновления психиатрии», брошюры с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», введенным в действие с 1 января 1993 года.

Директор Центра клинической и социальной психиатрии г. Владивостока А. А. Коломеец пишет, что ранее для прочтения руководств Блейлера и других зарубежных авторов ему приходилось заказывать микрофильмы с последующим фотографированием и ксерокопированием. Полученные им издания НПА он назвал подарком.

Глубокую признательность за высылку изданий НПА выражают Л. Э. Федянцев (г. Нижний Новгород), Д. Н. Маринушкин (г. Саратов), А. В. Дорогов (г. Саранск), А. В. Корсаков (г. Набережные Челны), Л. Лейтане (г. Воркута), А. И. Покоев (г. Владивосток), Е. В. Сенько (г. Иркутск), В. М. Берштейн (г. Петрозаводск), Е. М. Райзман (г. Томск), О. Е. Малыгин (г. Чебоксары), М. Л. Вашишин и О. Ж. Бузик (г. Рязань), Ю. Ф. Голубев (г. Липецк), В. С. Кондаков (г. Ижевск), Т. Букановская (г. Владикавказ).

Руководство Е. Блейлера стало необходимым как для опытных, так и для молодых психиатров. В. Г. Чумак (г. Братск) пишет, что ему, начинающему врачу, это пособие в случае приобретения «здраво бы помогло», так как в нем

«очень хорошо описана клиника всех психических заболеваний».

Свообразными «лидерами» в приобретении руководства Блейлера являются:

- 1) Иркутская областная психиатрическая больница № 1 – 41 экз.;
- 2) Коми-республиканская психиатрическая больница (г. Сыктывкар) – 38 экз.;
- 3) Оренбургская областная психиатрическая больница № 2 (Н. И. Толокнянник) – 31 экз.;
- 4) Приморская краевая психиатрическая больница № 1 (г. Уссурийск) – 30 экз.;
- 5) Бурятский республиканский психоневрологический диспансер (г. Улан-Удэ) – 20 экз.;
- 6) Воронежская областная клиническая психиатрическая больница (пос. Орловка, Г. П. Демьяненко) – 19 экз.

Не меньший интерес вызывает у адресатов и Независимый психиатрический журнал. Этот интерес носит профессиональный характер, что, в частности, подчеркнули в своих письмах Т. Букановская и А. А. Коломеец. Он особенно проявился в г. Тюмени. Благодаря активной деятельности директора Центра психического здоровья Ф. И. Пивоварчука в адрес различных организаций г. Тюмени выслано 32 экз. Независимого психиатрического журнала и 12 экз. ежегодников.

К сожалению, менее активно врачи интересуются брошюрой с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», хотя казалось бы Закон требует от психиатра тщательного осмысления и надлежащего применения, то есть должен быть настольной книгой каждого врача психиатрического учреждения. Но и здесь есть свой лидер. Это – Курганская областная психиатрическая больница, которая приобрела 50 экз. брошюры.

Во многих письмах высказываются пожелания лучшей информации о выходящих изданиях НПА, рекомендуются конкретные руководства зарубежных авторов, положительно оценивается возможность подписки на Независимый психиатрический журнал в 1994 году.

Врачи просят, по возможности, высыпать материалы образовательных программ НПА. А. Стриганов (г. Волчанск Свердловской обл.), окончивший Кемеровский медицинский институт в 1989 г., пишет в связи с этим: «В таких маленьких городках, как мой, такую литературу достать нельзя, а я в ней очень нуждаюсь».

Все приведенные соображения и факты приобретают особый вес на фоне недостатков в снабжении литературой медицинских библиотек. О тяжелейшем положении, сложившемся в настоящее время в комплектовании медицинских библиотек специальной литературой напи-

сали директор и зав.отделом комплектования Курганской областной медицинской библиотеки: «Государственная система книжной торговли рухнула, развалена «Книга-почтой», за каждой книгой для врачей даже издательство «Медицина» предлагает приезжать в Москву».

Примечательно, что изданиями НПА интересуются не только профессионалы. Мы получили письмо от инвалида II группы по общему заболеванию, «бывшего узника психушки 1978 г. в г. Архангельске» П. Хомченко. Он подписался на НПЖ на 1994 г. и просит выслать ему все прежние номера НПЖ, ежегодники и другую литературу из библиотеки НПА. В конце обращения к нам он написал: «Спасибо, что Вы есть, спасибо за журнал».

Обзор писем подготовлен Ю. П. Аргуновой

Савелий Дудаков

ИСТОРИЯ ОДНОГО МИФА

Москва, «Наука», 1993, 282 стр.

Монография израильского ученого, высоко оцененная Сергеем Аверинцевым, Львом Аннинским, Зоей Крахмальниковой, Никитой Толстым и многими другими, посвящена тщательному научному анализу генезиса политico-литературного мифа на конкретном примере «русской антисемитской беллетристики XIX–XX вв.». Этот подзаголовок монографии стихийная цензура нашего времени превратила в « очерки русской литературы XIX–XX вв.»! – яркое свидетельство взрывоопасности темы и ее актуальности и для психиатров.

Книга продается по адресу:

103051, Москва,
ул. Петровка, 28
Государственный литературный музей
Тел. 923-73-43

НЕКРОЛОГ

13 апреля 1994 г. на 64 году жизни скоропостижно скончался известный российский психиатр Яков Константинович Авербах.

Я. К. Авербах в 1954 г. окончил II-ой Московский медицинский институт им. Н. И. Пирогова, затем 5 лет работал ординатором и зав. отделением в областной психиатрической больнице им. Яковенко. В 1959–1962 гг. работал младшим научным сотрудником в институте психиатрии АМН СССР, интенсивно изучал клинику алкоголизма. Результатом этих исследований явилась кандидатская диссертация – одна из первых отечественных монографических работ, посвященная выявлению закономерностей наступления ремиссий и рецидивов при алкоголизме. Я. К. Авербаху принадлежит приоритет во введении в наркологию понятия о критической доле алкоголя, приводящей к наступлению рецидива заболевания. Он первым из отечественных исследователей опубликовал результаты изучения отставленного алкогольного абстинентного синдрома.

С 1962 года по последних месяцев жизни Я. К. Авербах работал в Московском институте психиатрии МЗ РФ, пройдя путь от младшего научного сотрудника до руководителя отделения социальной наркологии и организации психиатрической помощи. Он внес существенный вклад в разработку принципов амбулаторного лечения больных алкоголизмом, в том числе с помощью тетурама, цитрата кармабида кальция. Много лет Я. К. Авербах занимался изучением эпилепсии, эпилептических психозов, органических заболеваний мозга, в том числе сочетающихся с алкоголизмом. Больше всего его интересовали вопросы терапии. В последние годы научные интересы Я. К. Авербаха были сосредоточены на организации лечения больных алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией. Ему принадлежат оригинальные работы, в которых анализируется динамика алкоголизма и алкогольных психозов в России за последнее десятилетие.

Яков Константинович очень много сделал для публикации трудов сотрудников института, он был членом редколлегий и редактировал многие сборники.

Я. К. Авербах был великолепным врачом, в разной мере компетентным в вопросах лечения больных эпилепсией, алкоголизмом, органическими заболеваниями мозга и эндогенными психозами. На протяжении многих лет он консультировал больных в ряде отделений Московской психиатрической больницы № 4 им. Ганнушкина. Последние годы был членом Независимой психиатрической ассоциации.

Талант организатора, врача, научного работника, неизменная доброжелательность и готовность прийти на помощь навсегда остаются в памяти всех, кто знал Якова Константиновича и работал вместе с ним.



ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

ПАТОГРАФИЯ КАК ЗАБЫТЫЙ АСПЕКТ СОЦИОКУЛЬТУРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПСИХИАТРИИ

В. Н. Южаков (Екатеринбург)

Давняя традиция патографических исследований в отечественной психиатрии, начавшаяся в конце 19 века публикацией Я. Чистовича и монографией П. И. Ковалевского о личности Ивана Грозного, представленная затем монографиями Н. Н. Баженова «Психиатрические беседы на литературные и общественные темы» (отмеченной премией им. А. С. Пушкина) и «Больные писатели и патологическое творчество» (1903), П. И. Карпова «Творчество душевнобольных и его влияние на развитие науки и техники» (1926), П. М. Зиновьева «Психопатология в картинах и образах» (1934), многочисленными публикациями В. Ф. Чижса, Ф. Е. Рыбакова, Д. А. Аменицкого, И. Д. Ермакова была, в силу известных причин, прервана в начале 30-х гг. Особое место в данном ряду занимали труды Григория Владимировича Сегалина (1878–1960), врача-психоневролога, доктора медицины, издавшего в Свердловске в 1925–30 гг. 5 томов журнала «Клинический архив гениальности и одаренности». Известно, что «Архив» Сегалина приветствовали А. Форель и Э. Кречмер, а В. Ланге – представитель клиники Гамбургского университета писал в редакцию журнала: «Я считаю чрезвычайно важным для науки, что русский журнал «Клинический архив гениальности и одаренности» выходил одновременно и в немецком издании (в переводе самого Г. В. Сегалина – В. Ю.) с целью сделать его интернационально доступным. Советская Россия должна гордиться тем, что она смело опередила все другие страны, основавши первый журнал патографии...» (15). Привлекавшиеся Г. В. Сегалиным авторы статей о гениальных и выдающихся русских поэтах, писателях, художниках, музыкантах, а также о Магомете, Иисусе Христе, Наполеоне I и о многих других великих личностях, представляли разные школы и направления отечественной психиатрии того времени. Некоторые выводы их работ, да и сама постановка вопросов (с уязвимой для критики методологической базой) сейчас могут показаться устаревшими, в чем-то даже наивными, однако авторы имели право их обосновывать и выдвигать для обсуждения без всякой цензуры. Сам же редактор пытался создать основы новой науки о гениальности и одаренности – «эропа-

тологии» (или «ингениалогии»), был инициатором создания Международного института гениальности и одаренности и выдвинул гипотезу об их сущности, которую представлял симбиозом двух компонент. Одна – является носителем художественной одаренности (гениальности), другая – носитель патологической (или психопатической) наследственности. Последняя в определенных случаях (комплекс биологических, психологических и социально-религиозных влияний) освобождает находящуюся в подсознании компоненту гениальности (одаренности) из состояния покоя. Эта оригинальная гипотеза конца 20-х гг. прямо респондировала, по нашему мнению, к идеям К. Юнга об интуиции и «архетипах», впервые опубликованных, как известно, в работе «Об архетипах коллективного бессознательного» в 1934 г. (18). Определенное клиническое подтверждение гипотезы Г. В. Сегалина получила затем в одной из публикаций Британского журнала психиатрии 1966 г. о высоком проценте одаренных детей в потомстве больных шизофрений женщин (4. С. 20). По мнению известного уральского историка медицины Ю. Э. Соркина (15), созданный Г. В. Сегалиным «Архив» был единственным не только в русской, но и в мировой научной литературе тех лет, положив начало концентрации и систематизации огромного материала по патологии творчества, как клинико-психиатрического, так и литературно-биографического (17). В 1930 г. «Архив» был закрыт вследствие массивного идеологического давления, особенно после публикации, посвященной личности Л. Н. Толстого; интересно, что спустя 4 года Г. В. Сегалин по рекомендации М. Горького был принят в Союз писателей (15).

В условиях иных общественно-политических систем патография развивалась более равномерно и разнообразно: от знаменитых в начале века работ основоположника патографии П. Мебиуса о жизни и творчестве Гете, Руссо, Шопенгауэра – до исследования некоторых форм изобразительного искусства середины века в работах французских и немецких авторов (например, А. Эй «Психиатрический анализ сюрреализма», 1948; Г. Эвальд «Абстрактное искусство», 1952; и др.). Монография Р. Лемке «Психиатрические

темы в живописи и графике» (1958) с художественной иллюстрацией конкретных психопатологических феноменов до настоящего времени остается превосходным пособием в преподавании. Французская исследовательница Минковска (1977), выделив «чувственно-эпилептический» тип рисунка Ван Гога и «шизо-рациональный», характерный для творчества Сера, изучала закономерности изобразительного творчества больных детей (1). В 20-х гг. в «классическую» патографию вливается жанр психоаналитической биографии или портрета. К. Юнг, как известно, скептически относившись к попыткам редукции произведений искусства до медико-психологических закономерностей, характерным для своего метра, в 1922 г. очертил пределы аналитико-психологического подхода в оценке произведений искусства – изучением... процесса художественного образотворчества» (18). Тем не менее традиционный психоанализ убрал «камень преткновения» между медико-психологическими (психиатрическими) и общественно-социальными закономерностями, сам явившись своеобразным направлением современной культурологии. Такие труды З. Фрейда как «Леонардо да Винчи», «Моисей и монотеизм» и, ставшая бестселлером 70-х гг. «Анатомия деструктивности» Э. Фромма, с двумя психоаналитическими эссе: «А. Гитлер. Клинический случай некрофилии» и «Г. Гиммлер. Клинический случай садизма» существенно расширили пределы и задачи патографии, определенные Г. Бирнбаумом (8).

Возобновление отдельных патографических работ в отечественной психиатрии в конце 60-х гг., после 35 лет перерыва (публикации Л. Л. Роклина, А. Н. Молохова, А. Е. Личко, С. Ш. Недузы, Р. Б. Хайкина), несмотря на добротную клиническую основу исследований, отдельные попытки выработки нового подхода к изобразительному творчеству больных (Р. Б. Хайкин), по-прежнему были ограничены буквально навязываемой в те, еще недавние годы, обязательной (и неконструктивной) критикой психоанализа, иных более современных (но западных) психологических теорий, даже старого «ломброзианства». Одновременно следует выделить монографии С. А. Болдыревой (1974) «Рисунки детей дошкольного возраста, больных шизофренией» и Э. Я. Вачнадзе «Некоторые особенности рисунка душевнобольных» (1972) как вклад в «пропедевтику» патографических исследований, а также плодотворное использование патографического метода академиком А. Д. Зурабашвили в монографии «Проблемы психологии и патопсихологии» (1967) с выдвижением ряда интересных гипотез по актуальным проблемам персонологии.

Интересно отметить попытки «обратной связи» историков культуры, искусствоведов с проблемами патографии. Приведем лишь два примера.

Так, если публикация Б. С. Мейлаха (1980) и начинается с былой тотальной критики психоанализа, то далее автор призывает к комплексным исследованиям с использованием и раскрытием психологических проблем интуиции и «бессознательного» (Психология процессов художественного творчества. Л.: «Наука» ЛО, 1980. – С. 5–23). Недавние XXIV Випперовские чтения (29–31/III–1993 г.) были посвящены проблеме «Искусство и сновидения», а продуктивная дискуссия была лишена каких-либо догматических установок (Вопросы искусствознания. 1993., № 2–3. М.: «Квазар». С. 274–280).

Оживление патографических исследований в последние 2–3 года – социально-психологические очерки деятельности определенных исторических личностей (в цикле работ А. Е. Личко), публикация А. М. Шерешевского «Оценка патографических сведений об известных лицах, страдавших эпилепсией» является, по нашему мнению, попыткой психиатров заново осмыслить духовно-исторический отечественный опыт. А в отдельных публикациях, например, Б. А. Воскресенского «О некоторых проблемах клинической психиатрии» (Независимый психиатрический журнал) и в одной из последних работ Д. Е. Мелехова, опубликованной посмертно «Проблемы духовной жизни и психиатрия» (журнал «Синапс») намечены новые аспекты и смысл старой как мир проблемы «Гениальность и помешательство»

Подводя итоги даже столь краткого и далекого от систематизации обзора, следует остановиться на следующих моментах:

1) Патография как часть клинической и социальной психиатрии, а также ее истории, является одновременно особым методическим приемом изучения выдающихся личностей (при всей антиномии словосочетания), с исследованием болезни (или личностных аномалий) и оценкой деятельности (творчества в самом широком смысле слова) данного субъекта в конкретной социокультурной ситуации.

2) Патографические работы все еще остаются в «тени» традиционно-клинического исследования, особенно в условиях разного рода догматизма и отсутствия научного свободомыслия.

3) Тезис «гениальность и помешательство», давно обусловив определенную предвзятость к патографии, является по сути «сверхзадачей», а ее научное раскрытие – перспективой и целью.

4) Вполне возможно, что длительное положение патографии на периферии научного поиска, в состоянии «априорности», требует иного ракурса рассмотрения, либо нового методологического подхода.

5) Патографии крайне необходима выработка адекватных методических приемов интерпретации полученных данных для их корректного соотнесения с тезаурусом культурологических дисциплин; не меньшее значение должна иметь разработка ее этических аспектов.

ХУДОЖНИК М. ВРУБЕЛЬ: ЛИЧНОСТЬ И БОЛЕЗНЬ

Обращение к личности Михаила Александровича Врубеля — одного из крупнейших русских художников, представителя «Серебряного века» русской культуры рубежа 19–20 вв., было обусловлено обостренным интересом мастера к духовной жизни человека, к извечным экзистенциальным проблемам бытия с обращенностью художника к Средневековью и Возрождению, античной мифологии и русскому эпосу. В обширной патографической литературе о художниках болезненная трагедия М. Врубеля только упоминается, в единственной же публикации М. И. Цубиной, вышедшей в одном из выпусков Сегалинского «Архива» в 1925 г., приводятся лишь краткие выписки из истории болезни Московской Университетской клиники; диагностика заболевания до настоящего времени остается крайне противоречивой. Сразу же оговоримся, что 1-й этап исследования носит преимущественно клинико-биографический характер, поскольку при постановке иной задачи — «психическая болезнь + культура» к предмету изучения прибавится величина, совершенно не поддающаяся традиционным психиатрическим меркам.

Данные о наследственности М. Врубеля, родившегося 5 марта 1856 г. в Омске, в семье польского выходца, офицера русской юридической службы — человека добродушного, жизнерадостного, деятельного, светского (16), приведены в Архиве психиатрической клиники МГУ от 10/11-1902 г. «Мать — русская, датчанка по материнской линии, умерла от туберкулеза 23 лет от роду. Дед по матери «маньяк», дед по отцу — «алкоголик», родной брат (по отцу) в 11 лет умер от туберкулеза, другой — «наркоман». Родная сестра перенесла «острое меланхолическое состояние» и «временный паралич». Сын М. Врубеля родился с «заячьей губой». Сам больной сообщил, что в 1892 г., в возрасте 36 лет, заразился сифилисом.(17).

С ранних лет, как отмечают все близкие, М. Врубель отличался слабостью, начал ходить, как и его старшая сестра, только с 3 лет. Черты мягкости, душевной утонченности и ранимости, хрупкости и сдержанности рано появились и сопровождали его всю жизнь (3). При миниатюрном и пропорциональном телосложении Врубель уставал от прогулок, с детства не любил физических игр и упражнений. С 5–6 лет Михаил обнаружил склонность к рисованию, в гимназии, по воспоминаниям сестры (3), был «погружен самым серьезным образом в иллюстрации к Шекспиру». Уже в дошкольном возрасте проявилась великолепная зрительная память, интерес к иностранным языкам, необычайно живое восприятие музыки. Сестра вспоминает, что однажды «увидев... копию фрески Микеланджело «Страшный суд», Миша наутро воспроизвел ее наизусть во всех характерных подробностях»(3). «Молчун» и «философ» с раннего возраста, по прозвищу родных и знакомых (3), отличался неистощимой фантазией. Выдумки отрока 10–12 лет иной раз носили особый характер, так однажды 1 апреля, как вспоминает отец (3), «Миша раскрасил так свое лицо, что производило впечатление огромного уродующего шрама, чем испугал родителей». В Одесской гимназии Врубель оставался одиноким, пренебрежительно отзывался о соучениках (16) и отличался неустойчивостью и оригинальностью интересов — «...то формирует из мела целую систему кристаллов, а вместо обычных уроков истории — пишет большие сочинения на темы античной жизни и Средневековья...» (3). Детская увлеченность философскими вопросами привела к углубленному изучению трудов

И. Канта, склонность к языкам переросла в увлеченность латынью, немецким, французским языками. После поездки в 1891 г. в Италию Врубель прекрасно знал историю итальянской живописи на языке оригинала. В С.-Петербургском университете, куда поступил в 1874 г. на юридический факультет (вероятно, по настоянию отца), продолжалось увлечение Бетховеном, Вагнером, Римским-Корсаковым, остались прежние интересы к творчеству Пушкина, Тургенева, Данте, Шекспира, Лермонтова. В 1880 г. М. Врубель поступает в Академию художеств, где с 1881 по 1884 гг. занимается под руководством знаменитого П. П. Чистякова.

Практически во всех воспоминаниях родных и знакомых отмечены заметные изменения в характере М. Врубеля с 17–18 лет. Прежде всего усилилась потребность в уединении, иногда Врубель «застывал», впадая в оцепенение, о чем нередко писал отец старшей дочери (3). Сама А. А. Врубель (3) писала: «...он много думал о будущем и иногда впадал в такое состояние, что как бы переставал замечать окружающее, погружаясь в царство своей художественной фантазии, но затем...становился более деятельным, полным сил, много рисовал». По свидетельству С. П. Яремича (7) с подобными состояниями сочетались «какие-то остановки в речи». Внешне производил впечатление еще более, нежели в детстве, необщительного человека, чуждался общества, особенно художников. Как замечала Е. И. Ге — сестра будущей жены Врубеля (3) «...держался как подчеркнутый индивидуалист, с горделивой миной на лице». Она же спустя 6 лет писала: «...Надя не нахвалился на его хороший характер». Одновременно Врубеля выделяла избирательность и чрезмерность в симпатиях и антипатиях, как к людям, так и к идеям; однажды в черновиках (7) писал о неприятии им Толстовского учения, а в письме к Е. И. Ге (7) «прямо обвинял графа Л. Н. Толстого в собственных неудачах». Отец в середине 80-х гг. с горечью писал старшей дочери (3): «Миша ужасно скуч на письма... Работает до изнеможения, ночами не спит... Чувства родства, даже кровного, не проявляет, недавних друзей забывает... Он чужой, совершенно чужой». И в то же время Врубель проявляет странную (для родственников) способность глубоко и страстно привязываться к чужим семьям. Характерным для зрелого Врубеля был полный непрактицизм в материальной жизни. Е. И. Ге (3) отмечала: «Всю жизнь заработок его был случаен и он никогда не умел распорядиться с деньгами с той систематичностью, с которой любил только мечтать...». Примерно к 28–30 годам у Врубеля стали заметны колебания настроения — «они были очень быстрые и не зависели от внешних влияний» — Е. И. Ге (16). Эпизоды давленности, недовольства своими успехами совпадали с «анемичностью» и с периодическими приступами «мигреней»(3). Чувства прекрасного, радости жизни («Натиск восторга!!!» — как писал сам М. Врубель из Венеции в 1885 г.) сочетались с экспансивностью, влюбчивостью. В этих состояниях, как отмечала Е. И. Ге (3), «Врубель говорил много, быстро, но слушал плохо... Люди как бы не существовали для него сами по себе, ...становились нужны как внешняя среда для него самого». Отца тревожило, что «у Миши неизвестное самомнение о себе как о художнике» и то, что сын «впадает в мистицизм» (3). В одной из бесед со знакомым Врубель прямо заявлял: «...Мания, что непременно скажу что-то новое, не оставляет меня...» (3). Однако спустя 9 лет в середине 90-х гг., отец в письме к дочери (3) отмечал: «В течение месяца Миша не нарисовал ни одной картинки... Все время томился, не знал, что ему делать». Подобные периоды вновь

сменялись творческим подъемом. Детские склонности к шуткам и розыгрышам превратились в своеобразные мистификации; так, в конце, 1889 г. всем знакомым рассказал о смерти отца, который на следующий день приехал в Киев» (16), «мог прийти к знакомым, загrimированным под недавно умершего человека, которого все окружающие близко знали» (3). Всегда был оригинален, любил конструировать и шить для жены необычные платья из необыкновенных материй, часто эпатировал и своим внешним видом. Один из его киевских сотрудников Л. М. Ковальский вспоминал: «...За моей спиной стоял белокурый, почти белый блондин (...) одет весь в черный бархатный костюм, в чулках, коротких панталонах и штиблетах. Так в Киеве никто не одевался (...) В общем, это был молодой венецианец с картины Тинторетто или Тициана» (3). Особое и большое место в жизни художника занимали женщины. «Внимание к «милым дамам» было ему свойственно с гимназической юности до последних дней...» (16). По мнению П. К. Суздалева (1984) это «был не какой-то врожденный эротизм, а постоянная неутоляемая жажда изящества и красоты». Однажды у 30-летнего Брубеля К. Коровин заметил на груди большие белые шрамы. Брубель ответил, что «он страдал... она меня не любила... когда резал себя, страдания уменьшались» (16). В середине 80-х гг. Брубель внезапно уезжает из Киева в Одессу, пленившись наездницей – соблазнительной брюнеткой, не то испанкой, не то итальянкой (16). По воспоминаниям Н. А. Прахова (3, 16) «...последние годы его жизни в Киеве были плодотворными... и одновременно еще напряженее и ярче проявилось в нем тогда влечение к вину и чувственному разгулу».

Первые явные признаки болезненного состояния у 42-летнего художника заметили близкие летом 1898 г. Особенно поражала, по наблюдениям Е. И. Ге (3) «крайняя раздражительность, вспыльчивость, нетерпимость у обычно кроткого и деликатного Брубеля». Усилились по выраженности те полярные «быстрые колебания настроения», что отмечала она же 12–15 лет назад. Однако, «несмотря на молчаливость, мрачность, приступы сильных головных болей... частные эпизоды раздражительности, Брубель упорно и по-прежнему энергично работал» (3). В течение последующих полутора лет психическое состояние художника, вероятно, кардинально не менялось (мемуарных данных об этом нет), не менялась и продуктивность мастера. К началу 1900 г. постепенно развивается глубокое депрессивное состояние с тревогой, в письмах (3) художник мрачно «ожидает ужасного будущего...» (ни в одном из просмотренных материалов мы не нашли даже намека на тот симптомокомплекс, который позже В. А. Гиляровский обозначит как «реактивный ипохондрический синдром» при сифилисе мозга). Рождение весной 1900 г. долгожданного сына с заметным дефектом, «заячьей губой», оказалось «самое сильное потрясение на Н. И. Забелу, сам же Брубель не находил в этом уродства, считая это даже признаком определенной оригинальности...» (3). Лишь спустя 3–4 недели возникло сильное психомоторное возбуждение, описанное Е. И. Ге (3) с почти профессиональной точностью: «Брубель говорит без умолку, но никакой неосмысленности в речах незаметно. Говорит хорошо и убедительнее, чем в нормальном состоянии; видно было, что у него нет задерживающих центров, и он говорит все, что придет в голову с удивительной легкостью... Крайне отвлекаем, например, при спорах о приобретении Советом Третьяковки «Демона поверженного», вспышки гневного возбуждения моментально гасли, стоило переключить внимание художника на что-либо другое. Одновременно

был крайне раздражителен, гневлив (ударил извозчика за сочувствие студенческим волнениям, капельдинара, случайно взявшего его за рукав)... Рассказывал о своей гениальности, силе... Собирается ехать в Париж, чтобы выставляться в Салоне... хочет заказывать свой бюст за 200 рублей». Брубель неистово переписывает «Демона поверженного», уже выставленного в зале Третьяковской галереи, работая с 4 часов утра; в то время, по мнению сестры (7), он менял выражение лица, позу Демона, а иногда и всю композицию под влиянием имевших место накануне болезненных переживаний. Н. И. Забела-Брубель, вспоминая потом этот период, писала: «Я любила слушать рассказы о его бреде; это как волшебство, как дивный роман» (3). В неистовом возбуждении Брубель продолжает писать «Демона» даже на обрывке почтового конверта (7). Художник был срочно консультирован профессором В. М. Бехтеревым, который определил «Прогрессивный паралич», а спустя короткое время, 10/11-1902 г. Брубель поступил в Университетскую клинику профессора В. П. Сербского. По данным М. И. Цубиной, работавшей с архивной историей болезни (17): «Состояние маниакального возбуждения. Идеи величия: он – «Император», пьет только шампанское, он – «Мзыкант», его голос – «хор голосов». Склевывает из бумаги платки, проводит штрихи карандашом, углем. Собирает мусор, возится над ним, говорит: «Выйдет Борис и Глеб». Эротичен. Агрессивен. Выраженное возбуждение почти полгода; порой даже прерываются свидания с родными. Неврологический статус подтверждает диагноз. Постепенно наступает улучшение. Заботится о жене. Пишет с натуры – складки чехла на стуле, от разговоров об искусстве уклоняется. Настроение пониженное, чувствует себя утомленным. Выписан 18/11-1903 г.; спустя год, «со значительным улучшением и прежним диагнозом» (17). «Светлый» промежуток длился около 3,5 мес.; «в Крыму Брубель был в апатичном настроении», в Москве – «...расстроенный, грустный, часто плакал, тосковал и говорил, что никуда не годен. Работать не мог, хотя и было много заказов» (3). В 1903 г. на пути в Киевскую губернию умер сын Саввочки. Короткое время, по сведениям сестры, «Брубель удивительно мужественно вел себя... всем распоряжался, хлопотал о похоронах, на вид был бодр и старался поддержать жену, которая была в отчаянии» (3). Затем стал нервничать, жене заявил – «ты знаешь, я кажется, разучился говорить» и потребовал, чтобы его везли в больницу – «...а то я вам наделаю хлопот» (3). Летние месяцы провел в частной Рижской лечебнице с подавленным состоянием, был выписан с диагнозом «FOLIE A DOUBLE FORME». Переведен вновь в клинику профессора В. П. Сербского; статус при поступлении (17): «Депрессивное состояние. Бред греховности, самообвинения, отрицания. Он «опозорил семью... он так ничтожен, что не жить лучше, лишив себя пищи. Галлюцинации его «пытают, сажают в тюрьму». Жена «умирает с голоду». «У него нет ни рук ни ног», он – «пустой мешок». «47 лет вовсе не жил». Отмечается полная атрофия аппетита и «изнуренность», но рисует без конца». В письмах называет себя «единственным человечишком в мире, который проявил столько злых и нечистых мечтаний, всю жизнь был похотливым... – об этом мне твердили «голоса». Я должен обречь себя на искупительные телесные страдания. Мои работы далеко не стоили тех денег, которые будто бы платили, говорят, что деньги эти фальшивые» (3). К концу 1903 г. – некоторое улучшение, рисует портреты больных, «но мысли его смутные» – пишет Е. И. Ге (3), «ему долго казалось, что жена и сестры – все в больнице», заявляет – «у

него нет будущего, он не выздоровеет». Ухудшилось общее состояние, крайне исхудал, особенно к весне 1904 г., летом был переведен в частную лечебницу известного в Москве доктора Ф. А. Усольцева (14); состояние Врубеля постепенно улучшается и выпи- савшись в августе 1904 г. он, по выражению родных, «воскресает». Однако становится сдержаннее, строже, сам отмечает «творческую усталость», периодически заявляет, что не может, как прежде, «наслаждаться», родные отмечают у Врубеля отрывочные суицидальные высказывания. По приезде в С.-Петербург, в связи с приглашением Н. И. Забелы в труппу Мариинского театра, до начала 1905 г. много и продуктивно работает. И вновь, в 49 лет — очередной третий психотический приступ болезни с нарастанием возбуждения, разговорчивостью, повышением настроения. Е. И. Ге (3): «...на выставке передвижников расхваливает подряд все картины,... присоединяется раздражительность, бессонница. Непомерно тратит деньги — покупает красивые и ненужные безделушки — китайский ящик в шелках для чая, сверхмодные платья для жены... счастлив приобретениями...» С 6/III-1905 г. находится в лечебнице Ф. А. Усольцева с диагнозом: «TABES DORSALIS + маниакально-депрессивный психоз». Вновь состояние маниакального возбуждения: он — «Знаменитый художник, еще не-превзойденный, он из знатного польского рода...» Наблюдается возбуждение «со спутанностью мысли» (3, 17). Ф. А. Усольцев, вероятно, вспоминает именно данный период: «Я видел его на крайних степенях возбуждения и спутанности, болезненного подъема чувства и мысли, головокружительной быстроты идей» (3). Врубель постоянно декламирует «Одиссею» и «Илиаду» Гомера, Фауста, монологи Гамлета — на языке оригиналов, Данте — по-итальянски, а комментарии к нему — по-французски. Рвет одежду заявляя, что из лоскутов можно сшить отличный костюм для жены, предсказывает ей блестящую будущность на артистическом поприще. Эротичен. Один из сотрудников Ф. А. Усольцева, доктор Морозов, как и Н. И. Забела 2,5 года назад, «заслушивался бредом художника, так он был интересен по содержанию», Врубель много рисует, все, что попадает на глаза. Ф. А. Усольцев отмечает: «...трудно было проследить, когда один рисунок превращается в другой, но каждый рисунок в отдельности был вполне реален» (3). Пишет много автопортретов, на одном перекрасил волосы и украсил голову красным платочком (16). В 1905 г. уже со значительно ослабшим зрением написал великолепную картину «Видение пророка Иезекииля». С декабря 1905 г. в течение месяца Врубель периодически встречается с В. Я. Брюсовым, получив заказ на его портрет; и судя по архивным данным, именно тогда происходит инверсия аффекта. Уже в начале 1906 г. настроение резко снижено, возникают вновь идеи греховности, Врубель ползает по комнате, стоит на коленях по ночам, отказывается от еды. Заметно снижается зрение художника, начинает путать цвета, прежде на красный и зеленый, слабеет резко и осознание (17). Итак, воспоминания В. Я. Брюсова: «Врубель вошел тяжелой неверной походкой, как бы волоча ноги... не мог быстро ходить, нетвердо держал в руках папиросу, тем не менее, едва рука Врубеля брала уголь или карандаш, она приобретала необыкновенную уверенность и твердость, линии, проводимые были безошибочны. (...) Сначала Врубель молчал, рассматривая меня по-особенному, по-художнически, (...). Потом Врубель стал говорить — среди длинного ряда незначительных лишних фраз он высказал 2–3 афоризма, тогда поразивших своей меткостью. (...), часто пересекал с одного предмета на другой по

чисто случайным словесным ассоциациям... Изумлял необыкновенной ясностью памяти, мог описать завитки на капители колонн в какой-нибудь венецианской церкви с такой точностью и почти болезненной подробностью, словно вчера тщательно изучил их... Во время сеансов неоднократно сообщал о том, что слышит «голос Робеспьера», «а ревтрибунал приговорил его к смерти» (3). Постепенно к концу 1906 г. с утратой зрения резко ослабело и осознание; Е. И. Ге: «Врубель стал беспомощным, не мог ни ходить, ни одеваться сам» (3). Однако с потерей зрения общий облик больного становился все утонченнее, одухотвореннее, писал А. А. Врубель, «психика брата стала успокаиваться, он нравственно прозрел, просветлен» (3). Со слов Ф. А. Усольцева (3) «это осознавалось самим художником... он ушел в себя, стал тих, покорен, безропотен». В письмах к сестре, датированных 1905–1906 гг., обращает на себя внимание связность речи и грамматически правильное оформление фраз; в них он сетовал «на вынужденное безделье в связи со слабеющим зрением, жаловался на плохое самочувствие». Лишь изредка после полной утраты зрения Врубеля охватывало беспокойство, окружающим он заявлял: «Дьявол все мои картины искал, ему дана власть за то, что я, не будучи достоин, писал Богоматерь и Христа» (17). Очевидно, были часты эпизоды ажитированного возбуждения, когда он рвал на себе одежду, в глазах стояли слезы; иногда простоявал целые ночи, считая это искуплением за грехи, высказывал идеи о разложении своего организма, отказывался от еды — «если не буду есть мяса 10 лет, то прозрею и рисунок мой будет необыкновенно хороший» (7). В последние годы с удовольствием слушал Бетховена, Вагнера. А. А. Врубель: «Более всего радовало брата пение жены; она даже изредка приезжала для этого с аккомпаниатором. Сам брат также иногда напевал из «Садко» песнь варяжского гостя. Случалось также, что они напевали дуэтом» (3). В 1907 г. Врубель часто указывал сам, что бы он желал в данное время перечесть и с интересом слушал историю итальянской живописи, Пушкина, Тургенева, Чехова, Данте, Шекспира» (3). Доктор Морозов вспоминал, что еще в 1908 г. совершенно слепой Врубель мог нарисовать карандашом лошадь, не отрывая его от бумаги. Однако, Ю. К. Арцыбушев, один из компаний С. И. Мамонтова, у которого с Врубелем не было близких отношений, посетивший в то время художника, вспоминает: «...навстречу мне шел живой труп, с невидящими глазами и с детским лепетом на губах...» (3). Последние 2 года жизни протекли с депрессивным настроением, Врубель тяготился собой — «устал жить, выпить бы цианистого калия и заснуть летаргическим сном...», заявлял он сестре (3). В течение последнего года регулярно отказывался от мясного — «не хочу есть убоины...». В феврале 1910 г. неоднократно умышленно стоял под открытой форточкой, заявив сестре, что «через месяц легкие будут как «решето» (7), вскоре простудился, воспаление легких перешло в «скоротечную чахотку» (3). «В последний сознательный день... он сам причесался, вымылся одеколоном, горячо поцеловал с благодарностью руки жены и сестры» (3), и 1 апреля 1910 года на 55 году жизни Художник ушел...

Анализ психопатологической наследственности М. А. Врубеля возможен при имеющихся данных, лишь в форме более или менее достоверных допущений. Явное указание на наличие какого-то эндогенного (экзогенного?) психоза с картиной, вероятно, хронической «мании» есть только у деда по материнской линии. У отца, несомненно, гипертимной личности, в нисходящих и восходящих мужских поколениях отмечается формирование наркотической зависимости

сти. У родной старшей сестры – косвенное указание на эмоциональную нестабильность вплоть до «острого меланхолического состояния» с вероятными конверсионными нарушениями. Следует отметить наличие в семье туберкулеза, как у близких родственников, так и у самого М. Врубеля в конце жизни – факт, имевший в начале века определенное дифференциально-диагностическое значение. Напомним известные данные Е. К. Краснушкина (1942) о положительной синдропии пациентов шизофренического круга с заболеваемостью туберкулезом (синдропический индекс 1,9) и – дистропии больных сифилисом мозга и прогрессивным параличом по отношению к туберкулезу (индексы – 0,3). Здесь же следует исключить врожденную специфическую инфекцию у 3-х летнего сына Врубеля. В просмотренной литературе нет упоминаний ни об одном из кардинальном признаке болезни в ранних периодах, а также о возможных в 2,5-3-летнем возрасте формирующихся специфических изменениях хрящевых и костно-суставных структур. Вынужденный натуралистический анализ «Портрета сына художника» (1902) обнаруживает кроме неспецифической эмбриопатии, только слегка широкое переносье.

В преморбидном складе М. Врубеля следует отметить задержанное (искаженное) развитие с формированием известных черт синдрома Аспергера. Богатое живописное дарование, исключительная живость фантазии и музыкального восприятия оттеняют вариант классического описания Аспергера, где ведущими за аутизмом, как известно, являются недостаток интуиции и определенная эмоциональная обедненность. В средних и старших классах М. Врубель – с внешней сухостью, чопорностью, оригинальным мышлением, настойчивостью в достижении нестандартных задач, богатым внутренним миром – классический пример «экспансивного» шизоида и – иллюстрация к общеизвестной метафоре, использовавшейся П. Б. Ганнушкиным – «вилла с закрытыми окнами, где в сумерках покоев справляются пиры». Весьма симптоматично, что работа Врубеля «Пиরующие римляне» передает именно подобную обстановку и настроение. В зрелом возрасте М. А. Врубель – «подчеркнутый индивидуалист с горделивой миной на лице», явлениями «психэстетической пропорции», с хорошо развитой речью и ее коммуникативными особенностями – в качестве «однорельсового транспорта» (ван Кревелен). Еслиrudimentарные гебойдные эпизоды в предпубертатном возрасте, усиление замкнутости, феномены «микрокататонии» в 17–18 лет – закономерные элементы динамики данной личности, то последующие в биографии художника своеобразные мистификации, эпизод, влечеие к вину и «чувственному разгулу» с любовными авантюрами были обусловлены, скорее, его «богемным» образом жизни. Наблюдавшийся у М. Врубеля длительный, почти 14-летний период (с 28–30 до 42 лет) «быстрых изменчивых смен настроения», явно аутохтонных, вызывает определенные трудности их квалификации – как проявлений динамики психопатической личности, либо – в качестве доманифестного периода психического заболевания. Допуская «FOLIE A DOUBLE FORME», либо маниакально-депрессивный психоз следует думать о циклотимных колебаниях аффекта у гетерономной личности и предположить ту «волнистую линию» душевных процессов у циклотимиков, о чем впоследствии писал Ю. В. Каннабих (9). Однако особенности аффективных колебаний – от повышенного с восторженностью, экзальтированностью, переоценкой собственных возможностей – до состояний мрачности, замкнутости, расстройств сна, с обострением «мигрей», «анемичностью», с выходом глубины депрессии за рамки циклотимии (в середине

90-х гг.) заставляют предположить возможность доманифестного периода иного эндогенного заболевания. Новой особенностью данного «континуума» явились эпизоды раздражительности (с 42 до 44 лет), однако без всего «контекста» органической астении, теоретически возможной в течение 6-летнего срока специфической инфекции. Последующее к началу 1900 г. глубокое депрессивное состояние с тревогой еще более далеко об общеизвестной клиники начальной, «неврастенической» стадии прогрессивного паралича, (сколь бы ни были малы явления характерного органического дефекта), здесь скорее прослеживается реакция шизоида в форме психотического реактивного состояния (11). По сути, это было начало первого манифестного приступа эндогенного заболевания, в целом продолжавшегося 2,5 года. Тревожная депрессия резко сменилась картиной «гневливой» мании, продолжавшейся 10–11 мес., включавшую элементы остального чувственного бреда. По данным С. Ш. Недувы (13) у М. Врубеля в то время могли быть онейроидные переживания. К февралю 1902 г. маниакальное возбуждение переходит в длительную, до 8 мес. картину «экспансивной» (2) мании. Заключение В. М. Бехтерева в феврале-марте 1902 г. вероятно отразило те объективные трудности, «...когда с точки поперечного разреза дифференциальная диагностика между «псевдоманиакальной» начинающейся шизофренией, истинной манией... и начинающимся прогрессивным параличом... часто, пожалуй, невозможна.» (2, С. 66). В картину экспансивной парофrenии (именно к такой квалификации синдрома в конце 1902–1903 гг. мы склоняемся) включаются, возможно, слуховые галлюцинации (хотя достоверно об их наличии из записи М. И. Цубиной судить трудно: «...он – Музыкант, его голос – «хор голосов»), элементы псевдопаралитического поведения. Короткая ремиссия (3,5 мес.) была представлена элементами апатической, затем – «слезливой» депрессии.

2-й приступ болезни (длившийся 1 г. и 3 мес.) развился вскоре после смерти сына, и по механизму развития также напоминал одну из разновидностей шизофренических реакций (11). Психоз проявился сложной галлюцинаторно-бредовой депрессией с включением нигилистически-ипохондрического бреда, ложных узнаваний, вероятно, по типу «положительных двойников», приближаясь к меланхолической парофrenии и закончился почти критическим выходом. Жалобы пациента на речевые нарушения в начале данного приступа (если иметь в виду органический характер), по самой форме напоминают скорее, какие-то преходящие афатические нарушения (но без моторного, в том числе, дизартрического компонента) и в дальнейшем в литературе никак не отражены. Последующая 6-месячная ремиссия, элементами анестетически-депрессивных переживаний, отрывочными суициальными мыслями, с последующим полным творческим восстановлением.

3-й приступ психоза, начавшийся спонтанно с конца зимы 1905 г., продолжался немногим более 5 лет, до смерти художника. Тенденция к циркулярному течению болезни проявилась здесь наиболее отчетливо. Около года наблюдалось постепенно усложнявшееся по структуре маниакальное состояние – от «гневливой» мании с присоединением экспансивных идей (по косвенным данным и других, изменчивых и полиморфных), а на дальнейшем фоне апрозексической атаксии – до «спутанной» мании. Если при первом психозе некоторые черты возбуждения могли в определенной мере указывать на примесь эйфории и, соответственно, на органическую «подоплеку» болезни, то теперь наблюдалось типичное маниакальное возбуждение с

резким усилением сложной профессиональной деятельности. Еще на фоне «скакки идей» и характерной гипернезии В. Я. Брюсов тонко подмечает «длинный ряд незначительных лишних фраз» – вероятные элементы резонерства. В структуре депрессии – вновь слуховые галлюцинации «революционной» фабулы, идеи преследования, осуждения, самоуничижения, эпизоды ажиотированного возбуждения с отрывочными нигилистически-ипохондрическими переживаниями. Даже при качественном сдвиге в психическом облике М. Врубеля последних лет депрессивная симптоматика в той или иной мере продолжалась практически до печального исхода. Необходимо также отметить и сохранение в прежней мере, вплоть до последних дней, нравственных и эстетических интересов и переживаний (пусть даже они в какой-то степени и преувеличивались близкими). В той картине специфического метаинфекционного поражения спинного мозга, протекавшего у М. Врубеля достаточно типично, какие-либо расстройства речи не характерны; в воспоминаниях близких нет даже упоминания о возможных при этой болезни гортанных кризисах с нарушением фонации. Указаний на распространение данного процесса с вовлечением, в частности, бульбарных структур, в просмотренной литературе мы не обнаружили. Поэтому воспоминания Ю. К. Арцыбушева, посетившего художника за 2 года до смерти как о «...живом трупе... с детским лепетом на губах» очевидно были понятным образом афицированы и неточны.

Подведем клинические итоги. Вероятные факты наследования эндогенного (?) заболевания у деда по материнской линии, эмоциональная нестабильность родной сестры probanda, несомненная акцентуация его отца объединены, как минимум, радикалом диатетической пропорции Э. Кречмера («маньяк», «острое меланхолическое состояние», гипертимная личность соответственно). Развитие же психического склада М. Врубеля протекало на противоположном, психэстетическом полюсе – с типичной динамикой синдрома Аспергера в шизоидную личность с экспансивным акцентом. С 28-летнего возраста наблюдался 16-летний доманифестный период эндогенного заболевания в виде циклотимного континуума с сомато-вегетативными нарушениями в субдепрессиях и своеобразным экзальтированным оттенком противоположных фаз. Появившаяся за 2 года до манифестного психоза раздражительность явилаась, вероятно, прообразом будущих «раздраженных» (2. С. 75) маний. 1-й манифестный психоз (в течение 3 лет) ярко отразил биполярность течения болезни. Начавшись глубокой эндогенной депрессией (с псевдопсихогенным «запуском»), психоз спустя месяц проделал трансформацию «раздраженной» в «экспансивную» (время осмотра профессором В. М. Бехтеревым) манию, затем развился сложный и длительный маниакально-бредовый синдром, близкий к экспансивной парофрении. Обратная динамика была представлена быстрым переходом в апатическую, затем «слезливую» субдепрессию. 2-й приступ болезни был монополярным, развился после смерти сына, в течение 1 г. и 3 мес. проявился сложной галлюцинаторно-бредовой депрессией, приближавшейся к меланхолической парофрении. Быстрый выход из психоза с полноценным творческим восстановлением, но с чертами заметного эмоционального «изъяна», остаточной субдепрессивной симптоматикой несомненно противоречат термину «импресия». Наиболее сложный и длительный (5 лет и 2 мес.) 3-й приступ болезни, закончившийся печальным

исходом, окончательно подтвердил циркулярную природу ее течения. Спонтанно начавшись, в течение года развивалась по типу первого приступа, экспансивная парофрения. Особенностью данной «фазы» явилась «спутанная» (2. С. 75) мания, и в этот раз – гармоничное аффекту моторное возбуждение. При постепенной инверсии аффекта к остаточным явлениям «скакки идей» присоединились элементы резонерства, включились галлюцинаторно-параноидные переживания. Последняя депрессия (с конца 1906 г.) была наиболее сложна по структуре, в полной мере укладывалась в картину меланхолической парофрении и продолжалась по сути, лишь с количественным послаблением до самого ухода. Определенный качественный сдвиг в психическом состоянии М. Врубеля в последние 2–3 года (на фоне типичной картины метаинфекционной, специфической болезни спинного мозга) не имел сколько-нибудь выраженных признаков психоорганического поражения, выпадений вы逝их корковых функций, в том числе, речи; отметим особую патогенную роль в формировании данного состояния слепоты для Художника. Психический статус последних дней жизни М. Врубеля, по описанию родственников, приближается к давно известным психиатрам «предсмертным» ремиссиям. Популярные в мемуарной литературе выдержки из доклада Ф. А. Усольцева «Жизнь и творчество Врубеля», сделанного в Государственной Академии художественных наук в 1928 г. (3. С. 289–290) дополнительно подчеркивают нозологические черты болезни: «... С ним не было так, как с другими, что самые тонкие, так сказать, последние по возникновению представления – эстетические – погибают первыми. Они у него погибли последними...»

Таким образом, перед нами картина третьей эндогенной болезни, шизоаффективных нарушений или, в зависимости от диагностической системы, рекуррентной шизофрении (12, С. 322). Особенностью случая, леченного лишь симптоматическими средствами, является неблагоприятное, почти континуальное течение – вариант, близкий к описанному в современном руководстве по психиатрии (12, С. 325), основанному на изучении больных с преимущественно долговременным психофармакологическим патоморфозом.

Обоснование диагноза делает, на наш взгляд, излишним рассмотрение дифференциально-диагностических проблем шизоформных состояний при нейролюэсе; в частности, после диагноза профессора В. М. Бехтерева речь могла пойти о циркулярном параличе, затем табопараличе (во всех просмотренных руководствах нам не удалось найти и упоминания о циркулярном табопараличе). В известной отечественной литературе (10, 5) авторами убедительно показаны случаи независимого течения шизофрении и разных форм позднего нейролюэса, в частности, В. А. Гиляровский считал «несомненным возможность параллельного течения обоих заболеваний, наряду с различными клинико-патогенетическими «микстами» (5).

Итак, поставленная клинико-диагностическая задача выполнена; мы готовы с интересом выслушать иные нозологические трактовки. Но этим только начинается патографическое исследование. «Истинный поэт (дополним, художник – В. Ю.), писал О. Бумке в 1929 г. способствует успехам психиатрии больше, чем тысяча лабораторий» (4., с. 172). Именно патография как особый методический прием изучения «...процесса образтворчества» (18., с. 267) представляется нам одним из условий этих успехов. Анализ архаического, «мифопоэтического» (Вяч. Вс. Иванов) слоя психиче-

ского, использование данных функциональной асимметрии мозга представляют, по нашему мнению, возможность внесения новых аспектов и оценок в феномены «образотворчества» М. Врубеля, такие, как проблемы «Демонической личности», «Пророка», нерешенные вопросы архаичности форм его живописи, до настоящего времени являющихся предметом дискуссий специалистов (7, 16). Новым и, как нам кажется, перспективным подходом в патографии, является этнографический, включающий в себя и антропологическую основу психологии (психопатологии). Таким ракурсом может быть категория «пассионарности», введенная в научный оборот Л. Н. Гумилевым (6). Хотя автор оригинальной теории этногенеза и исключает вначале из содержания «пассионарности» – «...животные инстинкты и капризы, служащие симптомами разболтанной психики, а равно душевые болезни» (б., с. 121), тем не менее, к числу «пассионариев» он относит личностей, которые «...ухитряются оставить после себя здания, поэмы, картины...» (б., с. 32). К наиболее важным признакам «пассионарности» автор относит «способность и стремление к изменению окружения». Импульс пассионарности бывает столь силен, что ... пассионарии не могут рассчитать последствия своих поступков и, даже предвидя гибель, удержаться от их свершения... пассионарность находится не в сознании людей, а в подсознании» (б., с. 121). Целая плеяда представителей «Серебряного века» отечественной культуры рубежа 19–20 вв. (к которой принадлежал и М. Врубель) по-сущему объясняются феноменом

«пассионарности» и концепцией фаз этногенеза по Л. Н. Гумилеву.

И в заключение. Независимо от путей решения и длительности научного раскрытия тезиса «гениальность и помешательство», его нравственная «парадигма» уже изложена в следующих идеях Т. Мана (Собрание сочинений. М., 1961. т. 10. с. 337–338). «Зреет или, может быть обретает второе рождение гуманистическая концепция, согласно которой понятие жизни и здоровья должно быть отобрано у естественных наук и рассмотрено с большей свободой, с большим благоволием и, во всяком случае, с большей интимностью, чем это делает биология, претендующая на монополию в данной области... Жизнь – не разборчивая невеста, и ей глубоко чуждо какое-либо нравственное различие между здоровьем и болезнью. Она овладевает плодом болезни, поглощает его, переваривает и, едва она усвоит этот плод, как раз он-то и становится здоровьем... Целое поколение ... здоровых юнцов набрасываются на создание большого гения, того, чья болезнь переросла в гениальность... Они благодаря его безумию уже избавлены от необходимости быть безумными. Они ... будут питаться его безумием, и в них он будет здоровым».

Автор статьи приносит глубокую благодарность доктору Галине Викторовне Санниковой за совместную первичную обработку биографических материалов и искреннюю признательность кандидату мед. наук Юрию Эммануиловичу Сорокину, любезно предоставившему ценные библиографические данные.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Болдырева С. А. Рисунки детей дошкольного возраста, больных шизофренией. – М.: «Медицина». 1974. – 160 с.
2. Вайтбрехт Г. Депрессивные и маниакальные эндогенные психозы // Клиническая психиатрия / пер. с нем. – М.: «Медицина». 1967. – с. 59–101.
3. Врубель. Переписка. Воспоминания о художнике. – Л.: «Искусство». Ленинг. отд. 1976. – 383 с.
4. Генетические и эволюционные проблемы психиатрии. – Новосибирск.: «Наука», Сиб. отд. 1985. – 255 с.
5. Гиляровский В. А. К вопросу о взаимодействии между шизофренией и сопутствующим невролюэсом. // Журн. невроп., психиатрия и психогигиена. – 1936. – Т. V. вып. 7 – с. 1087–1098.
6. Гумилев Л. Н. Этносфера: история людей и история природы. – М.: «Экопрос». 1993. – 544 с.
7. Дмитриева Н. А. Михаил Врубель. М.: «Детская литература». 1984. – 142 с.
8. Зиновьев П. М. О задачах патографической работы. // Тр. псих. клиники I ММИ. вып 15. – М.: «Биомедгиз». 1934. – с. 411–416.
9. Каннабих Ю. В. Циклотимия, ее симптоматология и течение. – М. Тип. Яковлева. 1914. – 418 с.
10. Марагулов Л. И. О шизофренином симптомокомплексе при сифилисе головного мозга. // Тр. псих. клиники I ММИ и Ин-та невропсихиатр. профилактики им. В. В. Крамера. вып 6(9). Т. 1. – М.: Издание I ММИ. 1937. – с. 134–154.
11. Мелехов Д. Е. О классификации шизофренического типа реакций. // Тр. психиатр. клиники I ММИ, вып 4. – М.: «Биомедгиз», 1934. – с. 86–97.
12. Наджаров Р. А., Смулевич А. Б. Клинические проявления шизофрении. Формы течения. // Руководство по психиатрии. Т. 1. – М.: «Медицина». 1983. – с. 304–355.
13. Недува С. Ш. Психопатология художественных описаний онейроидных состояний в творчестве некоторых деятелей литературы и искусства. // Клиника, патогенез и лечение нервно-психических заболеваний. – М.: Из-во МНИИП МЗ РСФСР. 1970. – с. 311–321.
14. Соколов А. А. Лечебница для нервно- и душевнобольных и алкоголиков врача Ф. А. Усольцева. // Журн. невропат. и психиатрии. – 1962. – Т. 62, № 5. – с. 768–771.
15. Сорокин Ю. Э. Поливалентный человек. // Наука Урала. – 1992, № 12 (апрель). – с. 562.
16. Суздалев П. К. Врубель. Личность. Мировоззрение. Метод. – М.: «Изобразительное искусство». 1984. – 477 с.
17. Цубина М. И. Болезнь и творчество М. Врубеля с психопатологической точки зрения. // Г. В. Сегалин «Институт гениальности». – Екатеринбург.: «Урал-Советы». 1992. – с. 236–245.
18. Юнг К. Г. Архетип и символ. / Пер. с нем. – М.: «Ренессанс» – 1991. – 304 с.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Карен Глой – Проблема последнего обоснования динамических систем. – «Вопросы философии», 1994, 3, 94–105

* * *

Умберто Эко – Средние века уже начались. – «Иностранный литература», 1994, 4, 259–274

Дора Штурман – В поисках универсального со-знания. – «Новый мир», 1994, 4, 133–184

В. М. Алпатов – Родной, свой, чужой. – «Человек», 1994, 1, 174–185

Борис Парамонов – О ненужности покаяния. – «Звезда», 1994, 2, 199–206

Лех Захер – Падение коммунизма, что дальше? От тоталитаризма к демократии или изменение парадигмы управления обществом. – «Социологические исследования», 1994, 3, 143–149

А. И. Ковалев – Кризис системы образования. – Ibid., 79–84

Западная помощь России: в чем ее ошибки? – «Знамя», 1994, 4, 157–183

* * *

Питер Ордешук – Эволюция политической теории Запада и проблемы институционального дизайна. – «Вопросы философии», 1994, 3, 24–36

Роберт Даль – Полиархия, плюрализм и пространство. – Ibid., 37–48

А. Г. Никитина – Политизация религии. – Ibid., 173–180

* * *

А. П. Огурцов – Этика жизни или биоэтика. – Ibid., 49–61

П. Д. Тищенко – К началам биоэтики. – Ibid., 62–66

Роберт Вич – Модели моральной медицины. – Ibid., 67–72

Т. А. Покуленко – Принцип информированного согласия: вызов патернализму. – Ibid., 73–76

А. Я. Иванюшин – Биоэтика и психиатрия. – Ibid., 77–90

Свод этических правил поведения клинических испытаний и медико-биологических экспериментов на человеке. – Ibid., 91–93

* * *

И. Р. Сушков – Самокатегорионная теория и групповые феномены. – «Психологический журнал», 1994, 1, 159–167

О. А. Каткова, А. В. Семенович – ...Механизм возникновения конфабуляций. – Ibid., 97–108

Е. И. Серебрякова – Особенности восприятия эмоциональной окраски речи у больных алкоголизмом. – Ibid., 154–157

* * *

Маршалл Маклюэн – Осмыслия средства коммуникации: новые измерения человека. «Искусство кино», 1994, 2, 67–74

Джулиано Фиорини-Роза – Движение кибер-панк и будущее виртуального кино. – Ibid., 91–95

* * *

Герман Андреев – Обретение нормы. – «Новый мир», 1994, 2, 144–189

Ирма Кудрова – Третья версия (еще раз о последних днях Марины Цветаевой). – Ibid., 205–209

* * *

Вик. П. Визгин – Оккультные истоки науки нового времени. – «Вопросы истор. естеств. и техн.», 1994, 1, 140–152

А. Р. Шлейтерс – О понятии психологизма в философии. «Вестник МГУ», сер. 7, 1994, 1, 28–31

ABSTRACTS

IPA activities in 1989 – 1993

Yu. S. Savenko

In five years time IPA has been converted into All-Russian organization with 38 regional centres and became an active factor of further development of Russian psychiatry. The unique feature of IPA is close interaction of its professional and human rights activities. They proved to be mutually beneficial and allowed to develop a new look at the priorities of scientific research and educational programs. IPA has established the independent psychiatric examination and exercises control over protection of rights of mental patients. Since 1989 the public reception room and two commissions of experts have worked on weekly basis. About 2,5 thousand persons were examined. The inspection trips to psychiatric institutions have been organized. The large scale educational program is being carried out. Since 1991 the Journal, year-books and the series of monographies have been published. Close cooperation with many professional and human rights organizations in Russia as well as abroad has been established. Priorities in IPA activities are the following:

- 1) bridging the gaps in Russian psychiatry;
- 2) establishment of independent psychiatric service in Russia;
- 3) educational program for psychiatrists, medium level personnel, lawyers and social workers in the field of psychiatry;
- 4) securing guarantees for observing the Law on Psychiatric Care.

Pathography as a forgotten aspect of socio-cultural research in psychiatry

V. N. Yuzhakov

The article contains review of pathographical works and demonstrates the role of the special Journal, issued before 1930 in Sverdlovsk edited by G. V. Segalin. The modern condition of pathography and illness of M. Vrubel – prominent Russian artist at the end XIX and beginning of XX centuries was introduced. The author proves the possibility of the analysis of his work by psychological-psychiatric methods with account taken of correct correlation with data of special disciplines. The author proposed the ethnographic definition of «passionari» (according to L. N. Gumilev) as a perspective and new angle of pathographic research.

Bibl. – 18

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 паранойальных синдромов; современная генетика против классификации А.В.Снежневского; связь клинической и общественной паранойи; психотерапия беженцев и жертв катастроф; к истории разгрома психоанализа

В сборнике 1992 г.:

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

В сборнике 1993 г.:

введение в феноменологию; новые реабилитационные программы; применение Закона о психиатрической помощи

БИБЛИОТЕКА НЕЗАВИСИМОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ

ВЫШЛИ:

E. BLEULER. – РУКОВОДСТВО ПО ПСИХИАТРИИ.

Репринт 1920 г., 550 стр. 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 являются ясность и четкость изложения пропедевтики, клиники и теории психических болезней. Каждый психиатр должен иметь этот классический учебник по психиатрии.

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

32 стр., с аналитическим предисловием.

Предназначается для массового читателя.

АРТУР КРОНФЕЛЬД. – ДЕГЕНЕРАТЫ У ВЛАСТИ.

Репринт 1942 г., 31 стр., лидеры III Рейха глазами психиатра, рассчитана на массового читателя

ВЫХОДЯТ:

КАРЛ ЯСПЕРС. – ФИЛОСОФСКАЯ АВТОБИОГРАФИЯ.

АРТУР КРОНФЕЛЬД. – РАБОТЫ 1935–1940 гг.

Собраны редкие работы, включая никогда не публиковавшиеся.

*В связи с большим объемом и ограниченным тиражом
принимается предварительная подпись.*

ЗАКАЗЫ ИЗДАНИЙ НПА:

117602 – Москва, Олимпийская деревня, д. 15, кв. 61.
Аргуновой Юлии Павловне

ПРОДАЖА

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

Статьи следует сопровождать резюме для перевода на англ. яз.

ПРИНИМАЮТСЯ ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА:

«НЕЗАВИСИМЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ»

№ 1, 1991

Антипсихиатрия сегодня

Обывательские комплексы психиатрического мышления

О психической заразительности

Кризис Всесоюзного общества психиатров

№ 1–2, 1992

Проблема предмета советской психиатрии

Начальное бредообразование. Затухание бреда

Доклад комиссии Всемирной Психиатрической Ассоциации о
визите с Советский Союз летом 1991 г.

№ 3–4, 1992

Герои и антигерои советской психиатрии

Дело генерала Петра Григоренко

Спецпсихбольница «Сычовка»

О медицинской тайне для высшего руководства страны

№ 1–2, 1993

Интракепция и ипохондрия

Проблема идентификации

Практика и техника психоанализа

№ 3–4, 1993

Взгляд на американскую психиатрию XX века

Границы шизофрении

Как «лечили» А. Д. Сахарова в г. Горьком

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