

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

III

2001

МОСКВА

Издание НПА

Регистрационный номер журнала 0110764

МЕЖДУНАРОДНЫЙ
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
ПО ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ
ПСИХИАТРИИ

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

INTERNATIONAL
EDITORIAL COUNCIL
ON PHENOMENOLOGICAL
PSYCHIATRY

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

EDITORIAL BOARD

Yuri Savenko (Editor-in-Chief)
Yulia Argunova
Vladimir Bataev
Anatol Bogdan
Mark Burno
Liubov Vinogradova
Victor Kagan
Grigori Kotikov
Alexander Magalif
Vladimir Prokudin

Сдано в набор 27.08.2001. Подписано в печать 27.09.2001. Формат 60 84 1/8.

Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура "Таймс". Печать офсетная.

Тираж 3 000 экз. Заказ № 2001-03-IPA.

Цена свободная

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

СОДЕРЖАНИЕ

145-ЛЕТИЕ РОЖДЕНИЯ И 75-ЛЕТИЕ СМЕРТИ ЭМИЛЯ КРЕПЕЛИНА	5
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Из докладов Международного комитета ООН по контролю над наркотиками за 1999 и 2000 годы	7
Закат метадоновых программ — Э. А. Бабаян	8
Признаки упадка отечественной психиатрии — Ю. С. Савенко	12
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Психопатия или развитие личности?	19
НОВЫЕ ПОДХОДЫ	
Бред величия: об экстраективной идентификации — В. П. Руднев	27
“Эпическая терапия” как метод индивидуальной психотерапии — А. Е. Строганов (Барнаул).	36
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Методологические проблемы производства экспертизы для решения вопроса о возрастной невменяемости — Е. И. Цымбал	41
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Короткие рассказы из длинной истории психиатрических репрессий — В. Батаев.	47
ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ	
Очередная мистификация — Ю. С. Савенко	48
История секты-коммуны Столбун — Стрельцовой — С. В. Романюк	49
Международная конференция “Тоталитарные секты — угроза XXI века”	57
СТРАНИЦА ПРОЗЕКТОРА	
Кариоцитолиз в коре головного мозга или апоптоз? — А. И. Ойфа	59
РАБОТЫ МОЛОДЫХ ПСИХИАТРОВ	
Некоторые аспекты работы специализированного медицинского сайта — Дм. Д. Федотов.	61
60 ЛЕТ РАБОТЕ ПИТИРИМА СОРОКИНА “СОЦИАЛЬНАЯ И КУЛЬТУРНАЯ ДИНАМИКА”	
Сумерки нашей чувственной культуры и ближайшие перспективы. Кризис... катарсис... харизма и воскресение — Питирим Сорокин.	63
ХРОНИКА	
X итоговый европейский конгресс по психотерапии в Москве.	66
50-летний юбилей Архангельской областной клинической психиатрической больницы	68
НОВОСТИ МЕЖДУНАРОДНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ	70
РЕЦЕНЗИИ И ОТКЛИКИ	
Кто страшнее: собственный ребенок или психиатр? Ответ Независимой психиатрической ассоциации России — Л. Н. Виноградова	72
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Непридуманная история болезни — Н. В. Васнецов (Ташкент).	74
Стихи Игнатия Журавлева	76
РЕКОМЕНДАЦИИ	78
АННОТАЦИИ	79

CONTENTS

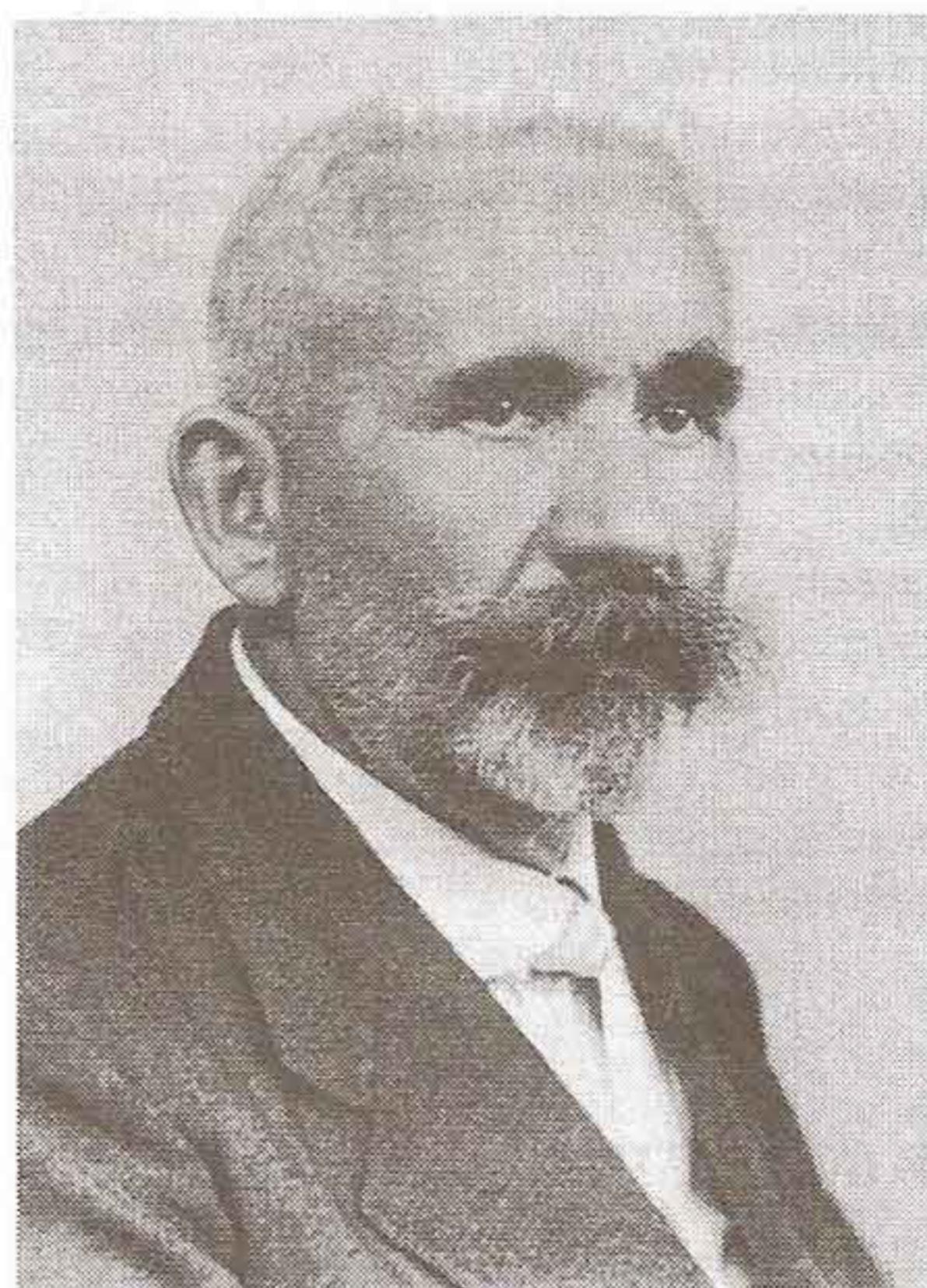
145 YEARS SINCE BIRTH AND 75 YEARS SINCE DEMISE OF EMIL KRAEPELIN	5
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
Extracts from the Reports of the UN International Committee on Control over narcotics for 1999 and 2000	7
Decline of methadone programs — E. A. Babayan.	8
The signs of decline of Russian psychiatry — Yu. S. Savenko.	12
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Psychopathy or personal development?	19
NEW APPROACHES	
Delirium grandiosum: on extrajective identification — V. Rudnev.	27
“Epic therapy” as a method of individual psychotherapy — A. E. Stroganov (Barnaul)	36
PSYCHIATRY AND LAW	
Methodological problems of expertise for solving question of adolescents diminished responsibility — E. I. Tsymbal	41
FROM AN EXPERT’S DOSSIER	
Short stories from the long history of repressions with the use of psychiatry — V. G. Bataev	47
DOCUMENTS OF EPOCH	
Regular hoax — Yu. S. Savenko.	48
History of Stolbun – Srteltsova sect-commune — S. V. Romanyuk.	49
From the International conference “Totalitarian sects — threat to XXI century”	57
PROSECTOR-PSYCHIATRIST’S PAGE	
Karyocytosis in cerebral cortex or apoptosis? — A. I. Oifa	59
WORKS OF YOUNG PSYCHIATRISTS	
Some aspects of the work of specialized medical site — Dm. Fedotov	61
60 YEARS OF PITIRIM SOROKIN’S WORK “SOCIAL AND CULTURAL DYNAMICS”	
Twilight of our emotional culture and nearest perspectives. Crisis... catharsis... harisma... and resurrection — P. A. Sorokin	63
CHRONICLE	
X European Concluding Congress on the Psychotherapy in Moscow	66
50-th jubilee of the Arkhangelsk regional clinical mental hospital # 1	68
INTERNATIONAL ORGANIZATIONS’ NEWS	
.	70
REVIEWS AND COMMENTS	
Who is more harmful: your own child or a psychiatrist? — Reply of the Independent Psychiatric Association of Russia — L. N. Vinogradova	72
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS	
Non-concocted case history — N. M. Vasnetsov (Tashkent)	74
Poems by Ignati Zhuravlev.	76
RECOMENDATIONS	
.	78
ABSTRACTS	
.	79

145-ЛЕТИЕ РОЖДЕНИЯ И 75-ЛЕТИЕ СМЕРТИ ЭМИЛЯ КРЕПЕЛИНА

Эмиль Крепелин — это Аппелиева дорога психиатрии, это ее добротная основа. Она строилась в постоянном ненастье критики, творчески перестраивалась, постоянно совершенствовалась, и потому, вопреки всей последующей и современной критике, пережила ее. Всякий, кто читал Крепелина, кто не поленился хотя бы перелистать разные издания его учебника — *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte*, — кто видел последнее издание, поймет причину. Такое отношение к предмету исследования, такая неспешная всесторонняя тщательность описания, такая взыскательность к обобщениям на тысяче десятилетиями прослеживаемых больных, — то есть, все, что характеризует высокую классику, — обеспечивает запас прочности.

Первое издание Учебника 1883 года и два последующих (особенно, третье, 1887), хотя и заслужили репутацию наиболее психологически обоснованных, еще не предвещали той революции, которая наметилась в четвертом (1893) и, особенно, пятом (1896) изданиях внесением динамического подхода, акцента на течении и исходе психозов. Такой революцией стала публикация шестого издания 1899 г., на следующий год после исторического доклада, поддержанного поначалу только Густавом Ашаффенбургером (Gustav Aschaffenburg). Однако успех был обеспечен: вместо сложного конгломерата множества разнородных форм систематика психических расстройств приобрела вдруг стройную убедительную простоту. Тем не менее, с каждым новым изданием вносились существенные дополнения: в 1904 г. — седьмое издание, в 1915 — восьмое и в 1920 — девятое издание. Последние два — это уже три грандиозных тома. Их называли Библией психиатрии, как “Общую психопатологию” Карла Ясперса — ее Евангелием. И оба эти труда вышли из Гейдельбергской клиники.

Уже первая и сразу серьезная работа Крепелина на третьем курсе у Франца Ринекера (Franz Rinecker) в Бюрцбурге усвоила строгое естественно-научное направление. Активный поиск точных методов привлек Крепелина в только что открывшуюся лабораторию



1856 – 1926

Вильгельма Вундта, приверженность которому усилилась под влиянием Бернхарда фон Гуддена (Bernhard von Gudden), ассистентом которого он был в Мюнхене в 1879 – 1882 гг. В 1882 году, чтобы продолжать тесное сотрудничество с Вундтом, он переезжает в Лейпциг, где становится ассистентом Пауля Флексига (Paul Flechsig). В 1884 г., чтобы иметь возможность жениться, Крепелин переходит в неакадемическое психиатрическое учреждение в Лейбенсе, а в 1885 г. становится главным врачом психиатрической больницы в Дрездене. В 30 лет он занимает кафедру психиатрии Дерптского университета в России (1886 – 1891), где сразу вместе с женой организует психологическую лабораторию. Крепелин оставил Дерпт как раз

накануне русификации университета. Последующие 12 лет он профессор в Гейдельберге, а последние 23 года (с 1903) — в Мюнхене. В 66 лет добровольно ушел в отставку, но до конца оставался директором основанного им в 1917 году Института психиатрии.

Запросы психиатрической клиники позволили Крепелину пойти значительно дальше Вундта в использовании психологических методов, в частности, в прослеживании действия различных лекарств, предложить целый ряд психологических методик, которые клиницисты до сих пор вкрапляют в клиническое исследование (1896). Ему принадлежат первые попытки количественной оценки психиатрических показателей, создание системы числовых карт (основных, рабочих и научных) — фактически первых очночных шкал (1919). Можно сказать вслед за К. Ясперсом, что не осталось почти ни одной области психиатрии, в которую Крепелин не внес бы свой вклад.

Его классификация — это не перераспределение в новые рубрики известных форм, а основанная на новых принципах новая квалификация конкретных больных, выделение новых форм психозов. Это раннее слабоумие. Это инволюционная депрессия, мучительные колебания с выделением которой оказались чрезвычайно плодотворными, так как послужили в даль-

нейшем основанием создания структурного анализа Карла Бирнбаума и многомерной диагностики Эрнста Кречмера. Это новая трактовка паранойи, новая типология психопатий и т.д. Это учет транскультуральных данных (1904) (1). Создатель нозологической концепции, ставшей на столетие основополагающей, Крепелин оставил чрезвычайно отзывчивым к дальнейшей судьбе больных и к критике, в которой никогда не было недостатка (среди наиболее резких его оппонентов были Альфред Гохе и В. П. Сербский). Это и привело его к созданию в 1920 г. концепции регистров (2), надолго опередившей время и до сих пор сохраняющей свое значение. Эта постоянная неуспокоенность на достигнутом, постоянное движение вперед, но движение тщательно выверенное — один из наиболее актуальных для нас уроков.

Международное общество Крепелина с 1998 года издает газету, а с 1999 открыло сайт в Интернете: www.kraepelin.com На Гамбургском конгрессе ВПА был проведен симпозиум, посвященный столетию шестого издания “Психиатрии” Крепелина, на котором, в частности, говорилось: Моцарт имел Сальери,

Платон имел Аристотеля, Шопенгауэр — Гегеля, а Крепелин... — Фрейда. Фрейд выводил психические болезни из раннего детского опыта и мистических психических сил, тогда как Крепелин признавал только такие психические расстройства, которые могли быть объяснены с помощью экспериментально контролируемых методов нейронаук и генетики, а также диагностических техник биологической медицины.

В силу известных обстоятельств, отечественные критики Крепелина ожили у нас, когда в США, откуда Фрейд завоевал мир, начался прямо противоположный процесс. Предоставим всех своему естественному дозреванию, но посоветуем при этом читать классику не в пересказе.

ЛИТЕРАТУРА

1. E. Kraepelin. Vergleichende Psychiatrie // Zentbl. Nervenheilk. Psychiat., 1904, 27, 433 – 437
2. E. Kraepelin. Die Erscheinungsformen des Irreseins // Z. ges Neurol. Psychiat., 1920, 62, 1 – 29

Ю. С. Савенко

РЕКОМЕНДУЕМ

Б. Н. Пивень ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

Изд-во Алтайского государственного медицинского университета
Барнаул, 2001

РЕКОМЕНДУЕМ

Философские журналы феноменологической ориентации “Логос” и “ЛогоΣ”

М., Изд-во “Дом интеллектуальной книги”
М., Изд-во “Логос”

Из доклада Международного комитета ООН по контролю над наркотиками за 1999 год.

452. *Комитет рассмотрел доклад внешней группы по оценке швейцарских научных исследований по медицинскому назначению наркотиков наркоманам, который был опубликован в апреле 1999 года. Один из главных выводов этого доклада заключается в том, что “в результате проведенных Швейцарией исследований не удалось рассмотреть вопрос о том, является ли улучшение состояния здоровья или социального функционирования прошедших курс лечения лиц следствием назначения героина как такового или же результатом воздействия всего курса лечения”. В докладе также отмечается, что швейцарские исследования не дают убедительных доказательств того, что

даже в том случае, когда лечение метадоном постоянно не дает положительных результатов, медицинское назначение героина, как правило, дает лучшие результаты, чем продолжение лечения метадоном. Учитывая заключения внешней группы и памятую об ответственности, возложенной на него международными договорами о контроле над наркотиками, Комитет по-прежнему обеспокоен швейцарской героиновой программой и практикой назначения героина. Комитет не рекомендует другим правительствам разрешать назначение героина наркоманам на почве опиатов.*

Из доклада Международного комитета ООН по контролю над наркотиками за 2000 год.

443. **Доступность наркотических средств в Европе возросла. Хотя злоупотребление каннабисом, как представляется, в большинстве стран остается на прежнем уровне, доступность и злоупотребление синтетическими наркотиками продолжает возрастать почти во всем регионе. Во многих странах распространность злоупотребления стимуляторами амфетаминового ряда уступает только каннабису. Несмотря на тревогу общественности по поводу этих синтетических наркотиков, а также на имеющиеся научные свидетельства их вредного воздействия даже на лиц, эпизодически употребляющих наркотики, для предупреждения злоупотребления ими приняты лишь весьма ограниченные меры. Создается впечатление, что некоторые органы власти в Западной Европе твердо убеждены в невозможности предупреждения злоупотребления такими наркотическими средствами. Как следствие меры по сокращению незаконного спроса на такие наркотики обычно сводятся к тому, что наркоманам рекомендуют способы “безопасного употребления” таких веществ, а на мероприятиях, где имеет место злоупотребление синтетическими наркотиками, обеспечиваются технические средства для

анализа наркотиков. Подобная деятельность, хотя и осуществляется с благими намерениями, приобретает двусмысленный характер и ведет к путанице.

Так, многие люди, употребляющие наркотики, не осознают того, что безопасных способов употребления таких наркотических средств не бывает.

444. В Западной Европе обсуждение политики в отношении наркотиков сосредоточено в основном на осуществлении мер по ограничению ущерба от употребления наркотиков, таких как создание инъекционных кабинетов для наркоманов или эффективность программ поддерживающего лечения с помощью назначения героина. По примеру Западной Европы, где ограничению ущерба от воздействия наркотиков уделяется столь много внимания, некоторые страны Центральной и Восточной Европы, как представляется, также стали переносить акцент на ограничение ущерба от употребления наркотиков.

445. Много лет назад в своем докладе за 1993 год Комитет признал, что ограничение ущерба от злоупотребления наркотиками играет определенную роль в стратегии третичной профилактики для целей сокращения спроса на наркотики. Однако Комитет заострил также внимание на том, что программы ограничения ущерба нельзя рассматривать в качестве заменителей программ сокращения спроса на наркотики. Комитет хотел бы вновь подчеркнуть, что программы ограничения ущерба могут играть ка-

* Доклад МККН за 1999 г. ООН, Нью-Йорк, 2000 г., с. 70 – 71.

** Доклад МККН за 2000 г. ООН, Нью-Йорк, 2001 г., с. 72 – 74.

кую-то роль в рамках комплексной стратегии сокращения спроса на наркотики, но такие программы не должны осуществляться за счет других важных мероприятий, направленных на сокращение спроса на незаконные наркотические средства, как то мер по предотвращению злоупотребления наркотиками.

446. Поскольку некоторые меры по ограничению ущерба оцениваются неоднозначно, главное место в публичном обсуждении политики в отношении наркотиков занимают споры о преимуществах и недостатках таких мер. Игнорируется тот факт, что программы ограничения ущерба должны составлять лишь один из элементов более широкой и более детально разработанной стратегии сокращения спроса на незаконные наркотические средства. Комитет выражает сожаление по поводу того, что обсуждение инъекционных кабинетов для наркоманов и некоторых других мер по ограничению ущерба отвлекает внимание (и в некоторых случаях средства) государств от проведения важных мероприятий по сокращению спроса на наркотики, таких как первичная профилактика или лечение методами абstinенции.

460. В феврале 2000 года Германия приняла поправку к закону о наркотиках, которая позволяет создавать и содержать инъекционные кабинеты для наркоманов. В поправке содержатся десять минимальных норм по обеспечению безопасности и контроля при употреблении наркотиков в инъекционных кабинетах. Комитет отмечает, что правительство Германии приняло во внимание некоторые замечания Комитета, в частности на его обеспокоенность по поводу опасности развертывания наркоторговли внутри и около зданий, где расположены инъекционные кабинеты; однако Комитет оставляет в силе свое главное возражение против создания и содержания таких заведений, которое было изложено в его докладе за 1999 год. Комитет отмечает, что немедицинское применение наркотических средств, полученных на незаконных рынках без рецепта врача, противоречит главному принципу всех международных договоров о контроле над наркотиками, а именно требованию, чтобы наркотические средства использовались исключительно для медицинских и научных целей.

Закат метадоновых программ

акад. Э. А. Бабаян

В январе-марте 1961 года в Нью-Йорке проходила Дипломатическая конференция по принятию Единой конвенции, обобщая опыт применения ранее действующих Протоколов и Конвенций, начиная с периода Лиги Наций.

Дипломатическая Конференция четко оговорила, что недопустим любой вариант немедицинского потребления наркотических средств, наряду с обеспечением законных нужд в наркотиках, недопущение их незаконного оборота и в том числе порочная система наркотического "пайка", включение наркотиков, которые создали опасную ситуацию злоупотребления на международном уровне, в IV Список Конвенции, рекомендующий полное их запрещение.

Были предложения, наряду с героином, рекомендовать запрещение метадона. Однако защитники метадона, мотивируя тем, что еще невелик опыт его применения и есть некоторые данные, что метадон может оказать помощь, оказаться эффективным против такого опасного вида наркомании как героиномания, согласились лишь иметь метадон в Списке I строгого контроля, но не рекомендовать его запрещение.

Напомним, что в Германии в период 2-й мировой войны, в связи с отсутствием морфина, был синтези-

рован метадон и в ознаменование успеха синтеза ему было присвоено название адольфин.

Основная идея защиты метадона в шестидесятые годы была связана с тем, что это единственный путь борьбы с таким тяжелым видом наркомании как героиномания и только для этих целей.

Странно, что эти же государства защитники метадона уже в 1998 – 99 гг. заявили, что метадон себя не оправдал, что от метадона часто случаи смертельных исходов в связи с передозировкой и эффективно можно избежать этого, переведя на научную программу изучения выдачи героина наркоманам.

Начиная обсуждение проблемы метадона, мы бы хотели задать вопрос, когда же эти государства были правы, тогда когда предлагали в порядке спасения от героиномании метадон или спасения от смертных случаев от метадона в переходе на героин.

Понятна обеспокоенность производителей метадона, которые лишаются многолетнего стойкого рынка для этого препарата. При определенном отрицательном отношении к даче этого вида наркотиков многие страны мира постоянно держали на метадоне определенный контингент наркоманов. Теперь же внезапно такие государства, как Швейцария, Нидерланды, Бельгия, Австралия, переходят на выдачу дру-

гих наркотиков, например героина. Не случайно у нас появились эмиссары метадона, активисты "нового метадона" (который действовал уже в 50-е годы). Они афишируют метадон для "спасения" от СПИДа, появилась положительная информация по Интернету.

Вопрос о применении метадона неоднократно обсуждался на Комиссии ООН по наркотическим средствам. Однако во время первых выступлений представители Всемирной организации здравоохранения (проф. Камерун) исходили из того, что метадон якобы не является наркотическим средством. Но уже в 1961 г. при составлении и принятии Единой конвенции мнение о том, что метадон является столь же опасным наркотическим средством, как морфин или герогин, было бесспорным. В соответствии с этим метадон был включен в Перечень № 1 Списка наркотических средств Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года.

Сторонники применения метадона в этот период исходили из того, что фактически препарат предлагается для лечения наиболее тяжелой формы наркомании — героиноманам и что контроль за выдачей наркотических средств дает возможность упорядочить прием героиноманами вместо герогина метадона и постепенно прекратить дачу метадона. Однако опыт показал, что использование метадона привело к быстрому созданию новой группы наркоманов, применяющих именно метадон.

На Комиссии ООН по наркотическим средствам неоднократно говорилось (и это в настоящее время принято как бесспорный факт), что применение метадона нельзя рассматривать как лечение: это всего лишь замена одного наркотика другим. Постепенно, к 1970 г. Комиссия получила большое количество научных статей, обосновывающих тяжелые последствия применения метадона. Так, было отмечено много случаев нарушения функций легких, появления состояния удушья, резких отеков, нарушения сна,очных кошмаров. Как отмечали американские ученые Клейнбор и Баден, серьезной проблемой, особенно среди молодых наркоманов, принимающих метадон, стали случаи с летальными комами, которые возникали в результате случайных передозировок. На одной из конференций в Вашингтоне было отмечено, что число смертельных случаев от метадона превысило число смертельных случаев от герогина. Было отмечено, что большинство пациентов из отобранных для исследования групп, несмотря на дачу метадона, систематически или периодически продолжали употреблять герогин. Как заметил американский ученый Допс, "при лечении метадоном один наркотик лишь заменяется другим и не стимулирует отказ от наркотиков вообще". Ученые из состава делегации Франции в своих выступлениях неоднократно заявляли, что метадон используется редко "из-за сопротивления властей и подчиненных им работников".

Следовательно, как и другие наркотические средства, метадон стал источником нового вида тяжелой наркомании и незаконного оборота. В последнее время на Комиссии ООН возникла новая серьезная проблема, связанная с тенденцией возврата к так называемому "наркотическому пайку" — системе выдачи наркоманам соответствующих наркотиков, в том числе метадона, который является частным вариантом "наркотического пайка". Как известно, уже при подготовке Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года анализ результатов применения "наркотического пайка" показал пагубность этого метода. Не случайно в Резолюции 2-й Дипломатической конференции в качестве осуждения системы "наркотического пайка" в порядке компромисса было сформулировано следующее положение:

"Конференция... заявляется, что одним из наиболее действенных методов лечения наркоманов является лечение в больничном учреждении в свободной от наркотиков атмосфере".

Из этого следует, что при лечении наркоманов не должен применяться никакой наркотик, в том числе такой опасный, как метадон. Комиссия отметила использование метадона как временную и исключительную меру для героиноманов.

На сессии Комиссии ООН в 1994 г. представитель Швейцарии сделал официальное заявление, что его правительство намечает провести новый эксперимент — выдачу герогина больным героиноманам. Среди обоснований и объяснений этого шага швейцарского правительства (что было встречено острой критикой, а также стало предметом специального обсуждения на Международном комитете по контролю над наркотиками) представитель Швейцарии отметил, что применение метадона не дало того эффекта, который ожидался, в связи с чем они сочли целесообразным перейти на дачу герогина. Кстати, это не стало большой неожиданностью, так как за три года до этого мэр Амстердама сделал аналогичное заявление.

Таким образом, это — начало возвращения к "наркотическому пайку". Такой путь не требует от врача творческого подхода, фактически приостанавливает поиски эффективных методов лечения, которые намного труднее провести в жизнь, чем раздавать наркотики, жертвуя при этом жизнью и здоровьем наркомана.

В подтверждение нашей позиции появилась информация австралийского правительства о переходе на "герогиновый пайк" взамен метадона. Приводя множество причин такого шага, посольство Австралии в Российской Федерации в своем письме от 15 августа 1995 г. № 18, обосновывая позицию своего правительства, в частности, отмечает: "Практика раздачи метадона теряет эффективность. Поскольку метадон не дает желаемого эйфорического галлюцинаторного эффекта, наркоманы им пренебрегают". Иными словами, в качестве доводов перехода на "герогиновый

паек” приводятся данные, что метадоновая программа себя не оправдывает.

Авторы, описывая свой опыт “лечения” героиновых наркоманов метадоном, отмечают, что многие из пациентов, которые были взяты на лечение в первую очередь на основании возникновения симптомов наркомании, в действительности были не наркоманами, а случайными потребителями, а после принятия метадона стали метадоновыми наркоманами. Два доклада из Англии подтверждают этот факт и предупреждают об опасности превратить “случайных потребителей” в наркоманов, приверженных к метадону.

Можно отметить этапы кризиса метадоновой программы. Первый — в 1961 г., когда метадон был включен в Перечень I Единой Конвенции о наркотических средствах 1961 г. наравне с героином как такой же опасный наркотик, и второй — когда Комиссия признала позицию ряда государств, в частности и Советского Союза, что метадоновая программа не является лечебной, а всего лишь заменой одного наркотика другим со столь же печальными последствиями. Нынешний этап, когда защитники метадоновой программы откровенно начали говорить о том, что эта программа себя не оправдала, и они возвращаются к героину (опыт Швейцарии, Австралии), можно расценивать как крах метадоновой программы.

В свое время наши ученые, широко обсудив зарубежные данные по метадону и оценив его токсичность и фармакологическую особенность воздействия на человека, предложили на территории Советского Союза исключить метадон (фенадон) из списка лекарственных средств и запретить его применение (приказ Минздрава СССР от 15.04.77 г. № 36).

Все страны, которые проводили (а некоторые продолжают проводить) метадоновую программу, наряду с другими тяжелыми случаями наркомании получили еще и метадоновую наркоманию, что четко зафиксировано в отчетах и докладах МККН ООН. В настоящее время многие ищут новые доводы для защиты скомпрометированного себя метадона. Это объясняется, как мы уже подчеркивали, тем фактом, что давать метадон намного проще, чем организовывать курсовое лечение больного. Немаловажное значение имеют интересы производителей этого весьма дорогое наркотического средства, которые не желают допустить прекращения пресловутой программы и соответственно выпуска метадона.

В свое время системе “наркотического пайка” (выдаче наркоманам наркотиков, выдаче рецептов на наркотические средства) в приказах Министерства здравоохранения СССР была дана отрицательная оценка. Так, в приказе Министерства здравоохранения СССР от 06.04.57 г. № 143 подчеркивалось, что “имеют место случаи, когда допускается осужденная система выдачи наркотиков наркоманам”. Этой же позиции Министерство придерживалось и позднее, постоянно анализируя свои и зарубежные данные. В

приказе Минздравмедпрома РФ от 14.08.95 г. № 239 “О дополнительных мерах по контролю наркотических средств, сильнодействующих и ядовитых веществ”, в ответ на появившуюся тенденцию реанимировать “наркотический паек” и предложить внедрение метадона, специально отмечено: “Подтвердить ранее установленный порядок, запрещающий применение наркотических средств в терапевтических целях при лечении наркоманий, в том числе выдачу больным наркоманией наркотических средств (“наркотического пайка”) в любой форме (выдача рецептов, назначение в стационаре, диспансере и т.д.)”.

В настоящее время единственным доводом в пользу выдачи наркотиков, в том числе метадона, является профилактика СПИДа. Однако вызывает недоумение, что при регистрации на миллион населения в России и других государствах буквально единиц наркоманов, больных СПИДом, предлагается всех наркоманов снабжать наркотическими средствами и метадоном.

Еще раз подчеркнем, что выдача “наркотического пайка”, переход на метадон — это стремление решить другие проблемы, часто не связанные с наркоманиями, за счет жизни и здоровья наркоманов, так как постоянное поступление наркотика в организм наркомана ускоряет его деградацию, сокращает продолжительность жизни

В связи с этим интерес представляет статья доктора Мартина Кочмана (Университет им. Эразма, Роттердам, Нидерланды) “Проблема наркомании в Нидерландах”. Как отмечает автор статьи, среди ряда специалистов и официальных лиц бытует неверное представление о якобы имеющихся в Нидерландах успехах, особенно в области метадоновых программ. В одном из подразделов статьи, названном “Третья иллюзия: распределение метадона в широких масштабах поставит проблему под контроль”, автор констатирует: “В 1968 г. без большого успеха в практику были внедрены программы поддержания с помощью метадона. Бесплатное лекарственное лечение в терапевтических сообществах (общинах), практиковавшееся с 1972 г., оказалось успешным после первых лет эксперимента. Этот успех создал иллюзию, что проблемы, связанные с наркоманией, могут быть разрешены путем лечения; для бесплатного распределения метадона были введены в действие низкопороговые программы, налагающие незначительные обязательства на их участников. Иллюзия заключалась в том, что у наркоманов можно создать мотивы для дальнейшего лечения, если у них возникнут контакты со специалистами-профессионалами. Поскольку популяция наркоманов продолжала расти, а уличные преступления численно возрастали, голландская политика в области наркотиков претерпела изменения в 1978 г., когда метадон стал использоваться скорее как средство снижения преступности, чем лечение наркоманов. Это также оказалось иллюзией. В настоящее время со стороны политиков ощущается сильный на-

жим в пользу распределения героина среди наркоманов с тем, чтобы уменьшить негативные побочные воздействия от злоупотребления наркотиками".

Недавно на семинаре в г. Хельсинки, проводимом в рамках ООН, стало официально известно, что в Литве с начала 1996 г. по инициативе общественного движения "Наркоман и их родители за метадон" была введена метадоновая программа в наркологии. Результаты не замедлили сказаться: уже в первые две недели погибли двое больных-наркоманов от передозировок метадона. Этот трагический факт в очередной раз подтвердил неправомерность реализации метадоновых программ.

Как мы отмечали, провал этого "метода" фактически начался в 1961 г., когда метадон был включен в Список I Единой Конвенции 1961 г. о наркотических средствах наряду с морфином и героином как опасный наркотик. Постепенно появляется информация от ряда европейских стран об отрицательных сторонах применения метадона. На 66-й сессии МККН ООН в мае 1999 г., при обсуждении отрицательных сторон так называемого швейцарского "эксперимента" выдачи наркоманам наркотических средств член МККН из Германии Оскар Шредер заявил, что в ряде регионов Германии начинают более спокойно приглядываться к швейцарскому "эксперименту", так как последние годы все чаще регистрируются серьезные осложнения от применения метадона, почти в 2 раза увеличились случаи смерти. Газета "Франкфуртер Альгемейне Цайтунг" от 4 марта 1999 года в статье "Лучше контролировать отпуск метадона" сообщила, что в 1998 г. число смертей, обусловленных вызывающим эйфорию метадоном, в Германии составило 240 человек. В предшествующем году таких случаев было около 100.

В статье предлагается более осторожно применять метадон, усилить контроль.

Интересные наблюдения сделал проф. А. Г. Гофман, работающий в клинике с пациентами — метадоновыми наркоманами. В последнее время в Москве получило распространение злоупотребление метадоном. Обычно к метадону прибегают больные, страдающие героиноманией или злоупотребляющие обработанным опием. Первоначальная цель потребления метадона состоит в том, чтобы облегчить состояние после прекращения приема наркотика. Однако в подавляющем большинстве случаев, больные не в состоянии ограничиться однократным или двукратным приемом метадона. Происходит смена наркотика: вместо героина (обработанного опия) начинается ежедневный прием метадона в больших дозировках. По мнению больных, состояние эйфории, вызывае-

мое метадоном (метадоновый "кайф"), ничем не уступает эйфории, вызванной героином. После прекращения приема метадона первые проявления абсистентного синдрома разворачиваются на 2–4 сутки после последнего приема наркотика. Абсистентный синдром длится намного дольше, чем при героиновых и других наркоманиях, и снимается с трудом. Несмотря на активную терапию, соматовегетативные нарушения исчезают в течение двух недель. Особенностью метадоновой наркомании является частая прибавка веса (у героиноманов этого практически не бывает), появление отечности на руках и ногах, патология внутренних органов (кардиомиопатии, гепатиты, циррозы печени).

Время подтвердило нашу однозначно отрицательную позицию по метадону, высказанную еще в 1961 г. В настоящее время Правительство РФ постановлением от 30 июня 1998 г. № 681 утвердило Перечень наркотических средств и психотропных веществ, включив метадон (фенадон) в Список I наркотических средств, оборот которых вообще запрещен на территории Российской Федерации. Более того, Федеральным законом "О наркотических средствах и психотропных веществах" от 8 января 1997 г. № 3-ФЗ (ст. 31 п. 6) особо оговорено, что лечение наркомании наркотическими средствами запрещается. Как известно, метадон — наркотическое средство, признанное таким как Списками Единой конвенции о наркотических средствах 1961 г., так и Перечнем наркотических средств, утвержденным вышеизенным постановлением. Таким образом, на территории Российской Федерации метадон вообще не может использоваться в лечебной практике. Наша задача — продолжить интенсивный поиск новых эффективных средств и методов для лечения наркоманов. Это одновременно будет способствовать и профилактике СПИДа у наркоманов и выполнению рекомендаций резолюции 2-й Дипломатической конференции ООН по принятию Единой конвенции о наркотических средствах 1961 г., о том, что "одним из наиболее действенных методов лечения наркоманов является лечение в больничном учреждении в свободной от наркотиков атмосфере".

Нам кажется, если подробно ознакомиться с Докладом Международного комитета по контролю над наркотиками Организации Объединенных Наций за 1999 год, в частности п.п. 450, 451, 452 и за 2000 год п.п. 443, 446, 460, то можно получить убедительные данные, насколько МККН ООН озабочен тенденциями ряда Европейских стран гальванизировать метадоновые "пайки", раздачу героина под девизом снижения опасности применения.

Признаки упадка отечественной психиатрии

Ю. С. Савенко

С тяжелым сердцем мы вынуждены признать название этой статьи не метафорой, и не гиперболой, а констатацией. Появились признаки качественного сдвига отечественной психиатрии в сторону упадка. Не может служить утешением, что вся мировая психиатрия находится в кризисе [1]. Наоборот, мы надеялись, что традиции трезвого клиницизма немецкоязычной (Э. Крепелин, Э. Блейлер, К. Ясперс, Курт Шнейдер, К. Гольдштейн, Г. Груле, В. Майер-Гросс, К. Конрад, Г.-Й. Вайтбрехт) и тесно с ней связанной российской психиатрии (С. С. Корсаков, В. Х. Кандинский, В. М. Бехтерев, П. Б. Ганнушкин, Н. П. Бруханский, А. Кронфельд, А. С. Шмарьян, А. В. Снежневский), воспринявших динамизм психоневрологии романско-романского (Ж. Э. Д. Эскироль, В. Маньян, Г. Сегла, Г. Клерамбо, А. Клод, А. Эй) и англоговорящего мира (Д. Х. Джексон, А. Майер), послужат возрождению, и что именно в России эти традиции сильны. Собственно, мы не теряем этой надежды. Психиатрия расплачивается за целостный антропологический характер своего предмета, охватывающего взаимодействие с социальной средой на уровне личности, а не узко биологически понятого организма. Отсюда исторические и социокультуральные особенности в понимании ею собственного предмета, вплоть до вовлеченности в политику (Карл Шнейдер, К. Г. Юнг, В. П. Осипов, Д. Р. Лунц).

Надежный и достойный во всех отношениях выход из часто головоломных коллизий и казусов психиатрической практики дает феноменологический метод Э. Гуссерля в традиции Гейдельбергской школы К. Ясперса, а в качестве философской основы общеначальной методологии — критическая онтология (Н. Гартман), критический реализм (К. Поппер) и контекстуальный тип аналитической традиции (Л. Витгенштейн), а также аксиология М. Шелера. Это обеспечивает твердую почву для успешного развития психиатрической науки и практики, и достойный климат в профессиональном сообществе.

Но за последние месяцы мы стали свидетелями качественных сдвигов и в психиатрической науке, и в психиатрической, в частности экспертной, практике, и собственной профессиональной среде.

I. До сих пор одиозную антикультристскую позицию Ф. В. Кондратьева и Ю. И. Полищука никто из крупных отечественных психиатров не решался открыто защищать на страницах профессионального журнала. Поэтому такого рода публикация ректора Архангельского медицинского университета член-корр. проф. П. И. Сидорова с соавт., неоднократного

автора и нашего журнала, — знаковое явление ("Российский психиатрический журнал", 2001, III).

Жанр статьи П. И. Сидорова, А. Г. Соловьева и Р. А. Бабкина "Социально-психологические аспекты сектантства", представляет не научно-исследовательскую и не социально-психологическую работу, а публицистический социально-политический очерк ситуации с "сектами" с позиции и на уровне в этом вопросе Кондратьева-Полищука. Сидоров с соавт. совокупно рассматривает выводы научных и публицистических статей, полностью игнорируя их разные научную доказательность, достоверность информации, методологический уровень, убедительность доводов. Делается это не по незнанию, а по собственному откровенному предубеждению: "Духовный вакуум заполняется "хаосом новой духовности"... зарубежного происхождения, поэтому финансирование имеет внешний источник". Например, авторы пишут: "Данные литературы подтверждают, что у больных шизофренией, часто вовлекаемых в подобные организации на начальной стадии заболевания, под влиянием медитации, гипнозации, недосыпаний возникает обострение болезни вплоть до острого бредового психоза с галлюцинациями псевдорелигиозного содержания и необходимостью помещения в психиатрический стационар". Что же это за данные литературы? Оказывается, — статья Ю. И. Полищука из "Медицинской газеты". Ничего более основательного не нашлось. И даже это представлено в виде раскаивенной цитаты из Ю. И. Полищука с ее легко узнаваемыми перлами ("галлюцинации псевдорелигиозного содержания") и недоказанными за семь лет обличений заявлениями ("часто вовлекаемых", "под влиянием гипнозации", "возникают обострения болезни").

В отношении "Белого Братства" делаются ссылки не на итоговое заключение такого глубокого исследователя как В. Полтавец [2], а на антикультристскую организацию православных фундаменталистов ("Центр реабилитации жертв нетрадиционных религий памяти А. С. Хомякова"), поддержанную Генеральной прокуратурой. — Довод из числа гипнотизирующих, хотя прокуратура должна следовать за наукой, а не подменять ее способы выяснения истины.

В отношении "Свидетелей Иеговы" научной экспертизе д-ра В. Е. Кагана 1999 г. [3], показавшей отсутствие деформации темперамента, характера и личности у членов этой организации, противопоставляется "информационный материал МЗ РФ от 21.08.1996 г. о сильной антигосударственной, антисоциальной и антихристианской направленности этой секты, которая своими запретами уже привела к смер-

тельным исходам". Несостоятельность этих обвинений давно засвидетельствовал суд, а их непсихиатрический характер лежит на поверхности. Авторам не делает чести вовлеченность в очевидным образом политическую пропаганду и неразборчивость в источниках вплоть до В. В. Жириновского. Еще раз напомним, что гематологи, включая акад. А. И. Воробьеву, поддержали основательность отказа от переливаний крови в пользу кровезаменителей.

Взявшись за социально-психологический аспект, авторы далеко выходят за пределы своей профессиональной компетенции и, в результате, приходят к грубой психологизации собственно психопатологических закономерностей [3, с. 31 – 32]. Они утверждают, что умелый манипулятор, заполняя душевный вакuum своим учением, "разрушает и практически уничтожает его естественную индивидуальность". Представление о таком всесилии психического воздействия необычно для отечественной психиатрии, противоречит данным клинической психиатрии и лежит за пределами психиатрии. Для авторов, видимо, непереносим вид храма иеговистов в перспективе одного из проспектов Архангельска.

Научный уровень работы хорошо виден из ее категориального аппарата, например, из того как использует Сидоров с соавт. стержневую категорию своей работы "секта". В качестве "наилучшего критерия, позволяющего отличить секту от традиционной религии" Сидоров выбирает не общепринятый в социологии религии¹ [4], а клерикальный, данный "французским католиком в книге для французских католиков", которая "при описании нетрадиционных вероисповеданий становится похожей на агитационные материалы"². "Критерий, наилучшим образом, характеризующий секту, — это использование веры для достижения целей, не имеющих ничего общего с духовностью (деньги, личные амбиции, политика...)" [5, с. 289]. Если следовать такому определению "секты", то сектантство — это вообще не религия, если следовать определению, которое дают информационно-аналитические материалы Государственной Думы и МЗ РФ, и которое Кондратьев и К° безуспешно пытались узаконить на международной конференции в Нижнем Новгороде ("секты — это организации, наносящие

¹ Секты — это поначалу религиозный термин, обозначающий отделившиеся от господствующей конфессии религиозные группы, в силу изменений в учении или обрядности (еретические), либо борющиеся за верность первоистокам и чистоту рядов (фундаменталистские). В начале XX века российская политическая публистика широко использовала этот термин как оценочный, ругательный по отношению к "раскольникам", очередной раз расписываясь в своей квази-религиозной сущности. Социология религии привнесла в этот термин строгий научный смысл, четко разграничивая секты от деноминаций на основании их закрытости и высоких барьеров для вступления.

² Это пишет редактор перевода указанной книги [5] выдающийся отечественный медиевист А. Л. Гуревич.

вред здоровью людей") [6], то это преступление. Перед нами апофеоз тенденциозности. Эту игру в слова в церковных и церковно-государственных аудиториях Сидоров предлагает в научный журнал, главный редактор которого Т. Б. Дмитриева и ответственный за выпуск З. И. Кикелидзе принимают ее без всяких комментариев.

Наша позиция по вопросу новых религиозных движений (сект и деноминаций) с самого начала формулировалась ясно и четко: вред психическому здоровью от религиозных обрядов, монашеского образа жизни и т.п. может быть доказан лишь с помощью случайной выборки из представительной группы в сравнении с контрольной группой, то есть, общей популяцией или, что было бы еще адекватнее, монахами традиционных религий. В России единственное масштабные исследования такого рода были проведены членами НПА России в отношении буддийских монахов "Учение Истины АУМ" и членов церкви "Свидетели Иеговы". Оба показали отсутствие вреда физическому и психическому здоровью [7, с. 3].

Априори высокий риск вовлеченности исходно зависимых личностей в тоталитарные организации данного рода, особенно с харизматическими лидерами, действительно требует определенных мер, однако не лечебно-психиатрических, а психо-коррекционных, т.е., внепсихиатрических.

17.06.1995 министерство здравоохранения Российской Федерации официально отмежевалось от планов создания лечебно-реабилитационных центров для оказания помощи "жертвам психического насилия со стороны сектантских организаций" [8]. Лечить от вреда, который не доказан, более того, попытка доказательства которого дезавуирована как научно несостоятельная обеими всероссийскими психиатрическими организациями, — было тогда неприлично. Сейчас, в 2001 году, хотя никаких доказательств так и не было получено, а многочисленные судебные процессы такого рода проиграны, П. И. Сидоров, тем не менее, называет аналогичную позицию Палаты по правам человека от 27.12.1996 [9] "сомнительной", голословно утверждая, что "пострадавшие есть, и им необходима лечебно-реабилитационная помощь". Мы видим, как вполне по Эжену Йонеско вырастает носорожий рог [10].

П. В этот же период (июнь 2001 года, в СМИ [11] было опубликовано Обращение к министру здравоохранения РФ пяти известных профессоров в поддержку неизвестных отечественной и мировой науке открытых, способных существенно повлиять на лечение многих ранее неизлечимых или трудно излечимых заболеваний, напр., восстановить здоровье у безнадежно больных злокачественной шизофренией. Авторы пишут: "В феврале и мае 2000 года мы получили предложение на участие в работе на базе Московской областной психиатрической больницы № 3 (Егорьевск) ... при первичном осмотре мы убедились, что

все отобранные больные были в состоянии выраженного шизофренического слабоумия... В сентябре 2000 года для повторного освидетельствования нам были представлены 9 человек... Мы увидели глубокие качественные улучшения состояния психического здоровья всех больных, что объективно подтверждает высокую эффективность используемых методов при лечении злокачественной шизофрении... было бы целесообразно продолжить научную и практическую работу ученых под эгидой министерства здравоохранения, создав для них наиболее благоприятные условия..." Письмо подписано "ведущим научным сотрудником Института им. Сербского" акад. РАМН Г. В. Морозовым, зав. каф. медицинской психологии Санкт-Петербургской академии последипломного образования проф. А. Александровым, зав. каф. психиатрии и медицинской психологии Тверской медицинской академии проф. А. Зиньковским, проф. Ярославской медицинской академии Л. Хохловым и проф. Саратовской медицинской академии А. Гамбургом.

Сенсационное открытие, о котором идет речь, принадлежит одиозному уже несколько десятилетий целителю В. Д. Столбуну [12] и представляет хлорэтиловое замораживание анального отверстия, а в последней редакции — электроакупунктуру точек промежности в системе обычных, но энергичных реабилитационных мер. Фактически, это регулярно повторяющаяся процедура "кодирования" с более экзотическим местом приложения. Удостоверить ее чисто сугестивный эффект могла бы контрольная группа, но никто из именитых консультантов этого не потребовал. Материалы этого дела³ емко презентируют многообразные стороны и механизмы упадка как отечественной психиатрии, так и нашего общественного сознания. Тот факт, что наша totчас посланная и вполнезвешенная реплика⁴ не была опубликована, отражает как прежний пиетет перед научной медициной уступил славе целителей.

Но главное, что публикация сенсационного "открытия мирового значения" без всякого критического комментария безответственным образом взбудоражила тысячи семей, бросившихся звонить и писать в редакцию в поисках Столбуна.

Нам трудно отделаться от убеждения, что профессиональные психиатры не могли написать такой текст, что его сочинил сам В. Д. Столбун. К сожалению, документированные в длящемся судебном разбирательстве незаконная выдача дипломов сотрудникам Столбуна, присуждение ему самому собственных званий профессора и члена четырех академий, оплата консультантства и т.п., производились не на бессознательном уровне, как действия, приписываемые sectам. Глубоко символично, что первой стоит подпись акад. Г. В. Морозова — главного исполнителя пар-

³ См. работу С. В. Романюк в данном выпуске, с. 49 – 57.

⁴ См. письмо в "Новую газету", опубликованное в данном выпуске, с. 48.

тийной линии в использовании психиатрии в политических целях в 60 – 80 годах. Поистине естественный конец траектории деятельности, конец, сотворенный и подписанный собственными руками.

Знаменательно также, что главным дознавателем, успешно заменившим труд большой следственной бригады в деле Столбуна, выступила общественный лидер антикультристского движения С. В. Романюк (зам. председателя Комитета "За спасение молодежи"). Столбун для нее — создатель тоталитарной секты-коммуны, изобретатель успешного метода манипулирования людьми, сопоставимого с наркотиком. Убеждение в тайных технологиях "сект" по манипулированию людьми — это, фактически, вера в колдовство и пример того, как антикультисты проецируют собственную склонность к манипулированию. Для нас Столбун — незаурядный авантюрист, целитель и организатор, а его сенсационное "открытие" — результат изначально неверной (даже, может быть, сознательно неверной) диагностики и энергичной реабилитационной работы за фасадом экзотической техники.

Итак, мощная кампания в прессе против религиозных "сект", которые "гипнотизируют" "духовно неокрепший народ", якобы вредя его здоровью и кошельку, мирно уживается с рекламой и защитой целителей, которые часто наносят приписываемый sectам вред наверняка, так как берутся за все, что угодно. Правовой контроль за целительством предписал необходимость для них хотя бы среднего медицинского образования. Наряду с минимизацией вреда от несвоевременно и неадекватно оказанной помощи, это требование открывает дорогу магическому антуражу. Это делает проблематичным понятие "шарлатанства", "мошенничества". Как раз сейчас к нам обратились за разъяснением, насколько оправдан судебный иск автора "танатотерапии" к газете, назвавшей его метод шарлатанством. Что можно сказать в таком случае? — Выяснить характер деятельности и репутацию автора в соответствующей референтной группе. И, если она не является негативной, ответить, что этот метод, вероятно, не хуже, чем множество других психотерапевтических методик. Психотерапия — это профессия, которая не может еще претендовать на статус науки, но которая, в отличие от целительства, выросла и основывается на клиническом опыте и на научной традиции, а не всевозможных теориях. Публикации относительно апробации психотерапевтических методов не являются еще вполне достоверными, — используемая процедура апробации очень уязвима для критики [13].

Извечным методическим приемом целительства является изначально создаваемая установка на успех. Этот театр начинается задолго до вешалки. Это запускаемые слухи и легенды о чудесных исцелениях, знаменитости и особых свойствах целителя, трудностях добиться приема, и всевозможные значительные препятствия для этого: запись в большую очередь, боль-

шие гонорары и т.п. Наконец, высокая такса за каждого направляемого клиента и высоко оплачиваемые подсадные утки в очередях и мн.др. Но мы внедряемся здесь в интимные корпоративные интересы.

Научная аprobация предполагает стандартизацию и унификацию всех этих и многих других составляющих успеха, то есть, различные вариации двойного слепого эксперимента. Но кто в состоянии и кто захочет оплатить его издержки? А без этого граница психотерапии и целительства, а особенно целительства и шарлатанства, легко релятивизируется.

Масштабы, которые приняли у нас целительство и психотерапия, темпы этого роста, уровень отбора и подготовки кадров ведут к всевозможным издержкам, которые подчас серьезнее, чем это в психофармакотерапии и которые смыкаются с вредом, приписываемым культурам. Это позволяет взглянуть на этот вопрос значительно объемнее: возможности психотерапии и возможности культов — это разные стороны одной проблемы.

III. Другим выразительным симптомом общего упадка явилось не просто падение уровня судебно-психиатрических экспертиз (примеры такого рода мы уже неоднократно приводили), но попытка вообще положить конец одному из главных достижений НПА России — ее независимой экспертизе, понимаемой как состязательность экспертов разных сторон в суде [14]. Весной 2001 года Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. Сербского перестал выполнять судебные определения о включении членов НПА России в свои экспертные комиссии, хотя до этого такого рода практика носила вполне продуктивный характер. Летом 2001 г. два судебно-психиатрических заключения из экспертного отделения ПБ № 1 им. Алексеева были оспорены НПА в связи с крайней несостоятельностью в профессиональном плане, и сторона, в каждом случае теряющая квартиру, прибегла к обходному маневру. Не без подсказки и помощи наших именитых коллег была написана серия жалоб в различные инстанции, в частности в Минюст, прокуратуру Москвы, об отсутствии у НПА России лицензии на экспертную деятельность, ректору Российского медицинского университета о том, что один из его сотрудников занимается нелицензированной деятельностью и т.д.. Начались прокурорские проверки. В этой связи НПЖ (2001, II) поместил обстоятельное юридическое обоснование особого статуса деятельности НПА России [15].

Во-первых, деятельность, которой занимается Ассоциация, не является "медицинской деятельностью", основное смыслообразующее звено которой составляет лечебная деятельность. Все остальные звенья: всевозможные профилактические мероприятия и исследования, в частности, диагностические и экспертные, также как сами диагностика и экспертиза, являются медицинскими лишь в случае преследования цели оказания собственно практических медицинских услуг и рекомендаций. Отсутствие лечебной

цели, как, например, в экспертизах, связанных с диагностикой личности, с профориентационными рекомендациями, с определением трудоспособности (группы инвалидности) не позволяет считать их медицинской деятельностью. Это, соответственно, трудовая и военная экспертиза. Называя их "медицинско-социальной" и "военно-врачебной", употребляют эти термины не в строго юридическом смысле слова⁵. Диагностика личности, проводимая с профориентационными. А не лечебными целями, также не является медицинской деятельностью. Таким образом, Ассоциация, осуществляя экспертизу, занимается не медицинской, а правозащитной и научно-исследовательской деятельностью в отношении людей с психическими расстройствами.

Во-вторых, сама Ассоциация не относится к "предприятиям, учреждениям и организациям государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения"⁶. Нигде не оговаривается необходимость получения лицензии общественными, некоммерческими объединениями, тем более осуществляющими в области здравоохранения правозащитные функции.

В-третьих, мнение любого специалиста может быть приобщено судом к делу в качестве доказательства. Для того, чтобы исполнить предписание суда, не надо покупать лицензию, суд сам определяет уровень подготовки, используя другие документы и источники. Иначе это было бы ущемлением судебной власти.

Лицензирование в нашей современной действительности — это, во-первых, способ вымогательства со стороны чиновников, во-вторых, способ цензуры и приструнивания неугодных, и только в третьих, соответствие стандартам (для чего есть достаточно других источников). Другими словами, лицензирование — это способ манипулирования.

Наконец, наряду со всем этим впервые с 1995 года (НПЖ, 1995, III, с. 62) нам отказали в ознакомлении с первичной медицинской документацией, несмотря на то, что наш представитель лично приехал в диспансер, имея соответствующее ходатайство, и дал все необходимые разъяснения. Отказ был сделан в грубой форме, видимо, потому, что незадолго до этого нами было оспорено дело о квартире, неправедным путем отнятой у тяжело психически больного по вине этого диспансера (ПНД № 2 г. Москвы). Не выдавать нам документы и вести себя грубо — это, фактически, признание собственной слабой позиции. Если отказ 1995 года был связан с инерцией прошлого (негосударственные организации — нечто второсортное), то нынешний отказ, как и требование лицензии, — с попыткой развязать себе руки для произвола любого рода.

⁵ Грамотное с точки зрения общенациональной методологии определение понятий предполагает не сумму элементов, составляющих понятие, складываемых как кубики, а целостный динамический процесс последовательных звеньев. Отсутствие завершающего и самого главного, определяющего звена меняет смысл всего целого.

⁶ Ст. 15 "Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан".

IV. Простая констатация симптомов упадка — основание для тревоги профессионального сообщества. Конкретные феномены упадка содержат его причины, механизмы, тенденции развития и, таким образом, указания на способы противодействия. Показательна в этом отношении лекция “Органные неврозы” акад. А. Б. Смулевича на Президиуме правления Российской общества психиатров в мае 2001 г. и соответствующая публикация [16]. Обращало внимание **полное забвение традиций**, полный произвол использования научных категорий и трактовки мнений других ученых в блестящем с формальной точки зрения антураже современной академической психиатрии. З. Фрейд и И. П. Павлов, Иванов-Смоленский и В. А. Гиляровский, и даже Карл Ясперс и Франц Александр фигурировали как авторы “примерно” сходных представлений. Само понятие “невроза” было девальвировано А. Б. Смулевичем до синонима “психогении”, тогда как давно, начиная с З. Фрейда, стало классическим и азучным представлением, что специфика невроза — “в наличии противоречивой реакции на психотравму, когда две разнонаправленные сверхценные аффективные установки примерно равны по силе и значению, а компромисс невозможен”. Возникает неразрешимый, длительно существующий, мучительный, личностный (психологический) конфликт, “из которого вырастает самостоятельное психическое целое, обладающее известной автономией и значительной динамичностью — комплекс”. Это принципиально отделяет неврозы и невротические формы психического развития от других непсихотических форм: сверхценного развития, алекситимию, “психосоматических расстройств” и др. Хотя вопреки А. Б. Смулевичу, все психодинамические концепции психосоматической медицины оказались несостоятельными [18], не подлежит сомнению, что поле пограничной психиатрии представляет многообразие различных форм и типов. Соматические расстройства, осознаваемые больными как чисто телесные болезни, объективно не обнаруживаемые и убедительно выводимые из внутреннего конфликта, обозначаются как “органные неврозы”. “Это значит, что тот или другой орган поражен неврозом” [19]. А. Б. Смулевич игнорирует не только все это, но обе классические традиции в отношении неврозов — психодинамическую Зигмунда Фрейда (неврозы — специфические психогении) и неврологическую Освальда Бумке (неврозов не существует)⁷.

Расстройства личности (психопатии) излагаются А. Б. Смулевичем уже не по П. Б. Ганнушкину, как прежде [20], но и не по Курту Шнейдеру или Евгению Кану, не по Клаусу Конраду или Николаусу Петрило-

⁷ Полярность классических традиций связана с тем, что З. Фрейд распространил свое учение о неврозах на все болезненные формы, стирая границу между психозами и неврозами и даже между психотическими и непсихотическими формами.

вичу, а по грубой эклектике МКБ-10, не различающей астенические и зависимые расстройства личности [21].

Если проф. А. Б. Смулевич вполне искренне не ценит традицию и пренебрегает ею, сохраняя иногда внешние ее формы приличия ради⁸, то проф. Ф. В. Кондратьев также искренне воспринимает тексты классиков на свой лад, по своему уровню и подобию (иначе пришлось бы допустить, что он сознательно их фальсифицирует). В результате, передовая статья “Российского психиатрического журнала” (2001, II) “Социальная психиатрия и перспективы ее развития в трудах С. С. Корсакова” оказалась сплошь мнениями г-на Кондратьева⁹, использующего С. С. Корсакова для своих потребностей, так как заявленной теме он посвятил всего несколько последних абзацев.

Вот типичный пример. Ф. В. Кондратьев пишет: “Не случайно среди других разделов в главе о предрасполагающих причинах психических заболеваний С. С. Корсаков на третье место поставил раздел “Религия”. Он писал, что “религия сама по себе не имеет влияния на душевые заболевания, но религиозный фанатизм и суеверия служат нередко причинами душевых болезней”. “Принадлежность к некоторым sectам, — предупреждал Корсаков, — особенно проникнутым нетерпимостью, изверством и фанатизмом, а также к таким, в которых религиозный культ соединяется с сильным душевным возбуждением, доходящим до экстаза, способствует к развитию душевых заболеваний”.

Доверчивый читатель сочтет Корсакова чересчур прямолинейным и категоричным, склонным к упрощениям и закрывающим проблему. Между тем, (во-преки утверждению Кондратьева — “не случайно... на третье место”) у Корсакова нумерация очевидным образом не является ранжирующей. Третье место из 18 предрасполагающих причин следует за “цивилизацией” и “национальностью”, а из 28 производящих причин на первом месте стоят “моральные потрясения”, про которые сразу сказано, что это “один из самых частых поводов к душевным болезням, хотя в большинстве случаев влияние их бывает особенно велико лишь в тех случаях, где есть сильное расположение к душевным болезням, например, под влиянием наследственности”. А далее следуют: “утомление”, “неправильности в половых отправлениях” и т.д. Главные, по его собственному мнению, производящие причины (как следует из заключения этого раздела) — интоксикацию и аутоинтоксикацию — Корсаков называет на 12 – 17 месте и сводит к ним все дру-

⁸ В результате, в руководствах под редакцией А. В. Снежневского им были написаны главы по разделам (Неврозы. Психотерапия), которыми он не только не занимался, но относился с большим скепсисом.

⁹ К этой статье имела неосторожность присоединиться акад. Т. Б. Дмитриева, видимо чисто эмоционально, так как дело происходило в моем присутствии.

гие. Но уже во введении к этому разделу четко обозначается, что “в очень многих случаях мы совсем не можем доискаться причины болезни, а в других, наоборот, мы должны признать, что болезнь обуславливается не одною какой-либо причиною, а целым рядом их... Для каждого отдельного случая знание условий, в зависимости от которых развилась болезнь, весьма важно для понимания его индивидуальных особенностей... Одни и те же причины в одних случаях могут быть предрасполагающими, в других — производящими... Строгой границы провести нельзя”. Перед нами вполне современный взгляд на этиологию. А вот, как звучит у Корсакова раздел о религии (приводим целиком, курсивом выделено цитирование Кондратьева).

“Религия сама по себе не имеет влияния на душевные заболевания, но религиозный фанатизм и суеверия служат нередко причинами душевных болезней. Часто под влиянием религиозных суеверий развивается бред одержимости нечистым духом. Между монахинями также встречается довольно значительное число душевнобольных, но, может быть, это зависит от того, что самое поступление в монашество является у некоторых выражением психопатической неуравновешенности. — Некоторые авторы указывают, что среди протестантских народов больше душевнобольных, чем между католиками, но это, может быть, зависит от того, что среди протестантских государств находится Англия, где статистика душевных заболеваний ведется тщательно и давно, так что больных регистрируется относительно больше, чем в католических странах.

Принадлежность к некоторым сектам, особенно проникнутым нетерпимостью, изуверством и фанатизмом, а также к таким, в которых религиозный культ соединяется с сильным душевным возбуждением, доходящим до экстаза, способствует к развитию душевных заболеваний. Нужно впрочем заметить, что некоторые организаторы сект и вербуют своих единомышленников преимущественно из лиц неустойчивых, неуравновешенных, склонных к крайностям и ищущих чего-то нового, мистического. Нельзя не сказать, что иной раз такого рода лица в сектантстве находят и удовлетворение своих стремлений и тогда принадлежность к секте является для них тем средством, которое как бы устраниет другие проявления болезненности со стороны нервной системы и как бы излечивает больных от многого, на что они прежде жаловались” [22].

Дальнейший текст представляет такие же передергивки, которые только дискредитируют Корсакова. Например, “городское население вообще значительно более расположено к заболеванию душевными болезнями, чем деревенское, фабричные более, чем земледельцы и работающие на чистом воздухе”. Все последующие исследования, проведенные многими авторами самыми разнообразными (в том числе и

эпидемиологическими) методами, подтвердили это положение”. Неверно, что все это подтверждено, но неверно и то, что так утверждается в целостно взятом разделе об этиологии у Корсакова.

В 1998 году на съезде НПА России, специально посвященном проблеме традиций отечественной психиатрии, мы показали, опираясь в частности на выдающиеся труды В. И. Вернадского и Т. И. Юдина, что основная традиция отечественной науки и отечественной психиатрии это — полицейская традиция и дух сопротивления ей в лице всех ученых, признанных классиками. Попытки реабилитировать И. А. Сикорского, Ф. Е. Рыбакова, В. П. Осипова, Д. Р. Лунца, при всех их несомненных вкладах, неуместны: с ними связаны ярко негативные страницы, которые следует помнить и на которых стоит учиться.

Насколько катастрофичным является неуважение к традиции мы показали еще в 1990 г. на примере отношения А. Б. Смулевича к “критерию понятности” Карла Ясперса [23, 24]. Смулевич отвергал этот критерий за психологизм, явно не подозревая, что обе выдающиеся традиции, на которые опирался К. Ясперс в этом вопросе — Эдмунда Гуссерля и Макса Вебера — представляют самый радикальный антипсихологизм: “понимание” у них — это не психологическая категория. В результате, фундаментальный критерий, позволяющий провести четкую границу между паранояльным развитием и паранояльным бредом, был отброшен, что стало профессиональным основанием широкомасштабных злоупотреблений психиатрией.

Итак, в настоящее время наметился надлом — качественный сдвиг в сторону упадка отечественной психиатрии. На уровне ведущих психиатров страны произошла подмена научного подхода идеологическим (П. И. Сидоров) и коммерческим (дело В. Д. Столбунова) с выхолащиванием научно-исследовательской, лечебной и судебно-психиатрической экспертной практики, выдачи дипломов и т.д. В качестве одной из ведущих причин всюду выступает пренебрежительное отношение к традициям (А. Б. Смулевич, Ф. В. Кондратьев).

В этих условиях сохранить профессиональный уровень можно только ценой максимальной открытости и состязательности, посредством возвращения к достойным традициям, прежде всего, к высокому значению неформального статуса в профессиональном сообществе.

Решение этой первоочередной задачи должно объединить усилия обеих психиатрических организаций страны. Необходимо создание широкой сети этических комиссий и превращение их в авторитетную действенную инстанцию для профессионального сообщества, в число задач которой входило бы ранжирование лучших и худших учреждений и специалистов. Регулярные клинические разборы должны включать в себя, помимо клинико-диагностических, социально-реабилитационные, правовые и этические вопросы. Правовые и этические казусы в психиатрической

практике важно сделать темой регулярных ролевых тренингов, проблемных симпозиумов и открытых диспутов. Необходимо создание факультативных курсов по феноменологическому методу, общенаучной методологии и современным статистическим методам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савенко Ю. С. МКБ-10 как выражение кризиса психиатрии // НПЖ, 2000, 3, 8 – 13.
2. Полтавец В. // X World Congress of Psychiatry, Madrid, 1996, Abstr., vol. 2, 420.
3. Каган В. Е. Медико-психологическая экспертиза религиозной деятельности "Свидетелей Иеговы" // НПЖ, 1999, I, 41 – 50; 2001, I, 68 – 76.
4. Гараджа В. И. Социология религии — М., 1996.
5. Малерб Мишель. Религии человечества — М.–СПб., 1997.
6. Власов В. В. Весеннее обострение в Нижнем // НПЖ, 2001, II, 58 – 59.
7. Экспертные заключения об АУМ // НПЖ, 1995, II, 40 – 54, 57 – 60.
8. В России специальное лечение не планируется // НПЖ, 1995, III, 53 – 54.
9. Итоговый документ Палаты по правам человека при Президенте РФ // НПЖ, 1997, I, 54 – 55.
10. Йонеско Эжен. Носорог — М., 1991; СПб., 1999.
11. "Новая газета", № 38 (681), 5 – 6 июня 2001, с. 6.
12. НПЖ, 1994, III, 26 – 28, 50 – 52.
13. Савенко Ю. С., Виноградова Л. Н. Претензия психотерапии на статус самостоятельной науки // XIII съезд психиатров России. М., 2000, 304.
14. Батаев В. Г. и др. Состязательность экспертных заключений в гражданском процессе // НПЖ, 2001, II, 48 – 49.
15. Аргунова Ю. Н. Эксперт-психиатр. Кто он? // НПЖ, 2001, II, 35 – 37.
16. Смулевич А. Б. И др. Органные неврозы как психосоматическая проблема // Ж. невр. псих. им. Корсакова, 2001, 12, 4 – 12.
17. Биндер Ганс // Клиническая психиатрия под ред. Г. Груле и др. М., 1967, 145 – 155.
18. Weitbrecht H. J. Kritik der Psychosomatik. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1955.
19. Ясперс Карл. Общая психопатология — М., 1997, с. 295.
20. Снежневский А. В. (ред.) Руководство по психиатрии, т. 2. — М., 1983, С. 387 – 441.
21. Тиганов А. С. (ред.) Руководство по психиатрии, т. 2. — М., 1999, 527 – 606.
22. Корсаков С. С. Курс психиатрии, изд. 2-ое, посмертное, переработанное автором, т. 1. — М., 1901.
23. Савенко Ю. С. Паранойальные синдромы и критерии психотического // Пути обновления психиатрии — М., 1991, С. 69 – 77.
24. Савенко Ю. С. Диагностика вялотекущей шизофрении // Пути обновления психиатрии — М., 1992, 30 – 44.

Компания "Янссен-Сила"

объявляет

конкурс для молодых психиатров (в возрасте до 33 лет)
на лучшую научную работу в области терапии шизофрении

Предлагаемые темы:

- фармакотерапия больных шизофренией;
- перевод с традиционных нейролептиков на атипичные;
- вопросы безопасности нейролептической терапии;
- поддерживающая терапия шизофрении.

Работы объемом в 10 – 12 печатных листов должны быть представлены в 2-х экземплярах (желательно приложить дискету) и должны содержать краткое резюме, цель исследования, методы, полученные результаты, обсуждение и выводы. На отдельном листе титульном листе печатаются следующие сведения: фамилия, имя, отчество участника конкурса, место работы, название статьи.

Работы принимаются в течение октября 2001 г.

В ноябре-декабре специально созданное научное жюри, в которое входят ведущие российские специалисты, рассмотрит присланные работы, и в январе 2002 г. пройдет награждение победителей.

Первая премия — US\$1000.00

Вторая премия — US\$300.00

Третья премия — US\$300.00

Самая оригинальная работа — US\$300.00

Работы направлять по адресу: Москва, ул. Большая Тульская, 43, Компания "Янссен Фармацевтика Н.В." Галине Дитиной (менеджеру отдела препаратов для лечения ЦНС).

Желаем успеха!

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Психопатия или развитие личности?

Семинар ведет А. Ю. Магалиф (17 мая 2001 г.)
врач-докладчик С. В. Измаилова

Вашему вниманию представляется больная М., 1972 г. рождения. Поступила 18 апреля 2001 года.

Анамнез. Наследственность со слов больной не отягощена. Родилась в Москве в семье служащих единственным ребенком. Роды без осложнений. Отец работал инженером. По характеру доброжелательный, исполнительный, покладистый. Мать имеет техническое образование. Долгое время работала в Министерстве. По характеру властная, сильная, целеустремленная. Родители разошлись, когда девочке был один год. Росла крепкой, здоровой. Развивалась соответственно возрасту. Посещала детский сад, ходила на пятидневку. В школу пошла с семи лет. Учились средне. Не нравились точные науки. Любила читать, в том числе классику. Занималась в хоровом кружке, в кружке легкой атлетики. Была общительной, незлопамятной, веселой девочкой. Менструации с 14 лет, устанавливались около 4 – 5 лет. В остальном гинекологический анамнез без особенностей. Окончила десять классов. Пробовала поступать сначала в Институт иностранных языков, не смогла поступить. Год работала. Повторно пыталась поступить в Педагогический институт им. Крупской. Не прошла по конкурсу. Вскоре у подруги на вечеринке познакомилась с молодым человеком, за которого вышла замуж из-за того, что забеременела. В 1990 году родила. Муж по национальности турок, работал в Москве на стройке. Взаимоотношения в семье сложились сразу сложные. Муж был очень ревнив, придирчив, требовал полного повиновения, унижал больную, “давил” психологически. Через два года совместной жизни больная стала отмечать периодические снижения настроения, плаксивость, чувство беспомощности, неуверенности в себе. В 1992 году в возрасте 21 года впервые обратилась по совету и настоянию матери в Клинику неврологов на консультацию. Было проведено лечение травами, но без эффекта, затем добавили гомеопатические препараты, стала чувствовать себя немного лучше. Лечение прекратила, так как муж по-прежнему требовал большого внимания и много сил приходилось тратить на уход за ребенком. Состояние стало вновь ухудшаться. В 1994 году частным образом лечилась у психотерапевта с кратковременным улучшением. С мужем отношения оставались по-прежнему очень сложными, недоброжелательными, но старалась сохранить семью, боялась оставить ребенка без отца.

Считала, что ребенок в неполной семье не сможет развиваться правильно. Тем не менее в 1995 году формально разошлась с мужем. Муж по ее просьбе ушел после очередного серьезного конфликта. Проживала с малолетней дочерью и мамой, которая переехала к ней и помогала по уходу за ребенком. Отдала ребенка в детский сад. Устроилась на работу. Работала сначала в детском саду, затем в пекарне. Очередное снижение настроения возникло в феврале 2001 года. Считает из-за того, что пришлось возить дочь в школу. Тратила на дорогу около часа. Очень уставала. Мать требовала перевести внучку в близлежащую школу, но пациентка не соглашалась, считая, что образование в этой школе лучше. Одновременно появились мысли, что может как-то навредить дочери, что из-за нее дочь два раза болела. В это время познакомилась с мужчиной и стала жить с ним в гражданском браке. Настроение оставалось сниженным, была безучастной к своим обязанностям, перестала что-либо делать дома, ничего не радовало. Мать и муж настояли, чтобы она обратилась к врачу. Лечилась амбулаторно у психиатра, эффект был незначительный. Прекратила прием лекарств, появилась сильная апатия, пересталаправляться с домашними обязанностями, не следила за собой и ребенком. Мать больной настояла на госпитализации.

Соматический статус. В пределах нормы.

Неврологический статус. Органической патологии не выявлено.

Психический статус. Полностью ориентирована, доступна. Жалуется на снижение активности, настроения, нежелание заниматься чем-либо, затруднения при общении с окружающими, заторможенность. Высказывает отрывочные идеи виновности, но, не фиксирована на этом, скорее это звучит формально. Сидит на приеме в однообразной позе с низко опущенной головой, эмоционально не выразительна. Лицо грустное. Отвечает на вопросы после значительной паузы, с трудом формулирует фразы. Критика к болезни отсутствует. На лечение дала согласие скорее под нажимом матери и мужа. Суточные колебания настроения отрицает. Были назначены амитриптилин в дозе до 50 мг в сутки; феназепам на ночь — 0,5 мг, пирацетам — 1600 мг в сутки, витаминотерапия, рисполепт — с 1 мг на ночь и постепенным повышением до 1,5 мг. Постепенно состояние улучшилось: колеба-

ний настроения в течение суток не отмечалось, тревоги не было, заторможенность постепенно уходила. К медикаментозному лечению присоединили курс лечебной физкультуры. Больная стала активнее, общительнее, принимала участие в общественных работах в отделении, с удовольствием ходила на прогулки. Оставались жалобы на утомляемость в вечерние часы и достаточно быстро уставала при физической нагрузке. В настоящий момент остаются небольшие астенические проявления, но депрессивных нарушений нет.

Заключение психолога. Исследование выявляет инфантильность, незрелость, черты демонстративности, неуверенность в себе, тревожность, неудовлетворенность признания, самореализации, а также не резко выраженное интеллектуально-мнестическое снижение по органическому типу, крайнюю медлительность.

Вопросы к врачу докладчику.

— Судя по анамнезу, до замужества и родов она жила нормально. После сложного замужества, началось то, что Вы описали. Это монотонно тянулось в течение почти десяти лет?

— Она упоминает о том, что были светлые промежутки. Она даже называет период в четыре года, когда появилось желание заниматься чем-то, идти на работу. Она очень “комплексовала” по поводу того, что не имеет образования, что не может поэтому дать ребенку более существенного образования.

— Что-то новое появилось с февраля 2001 года?

— Ничего нового. Ее второй муж по национальности русский и она говорит что он лучше ее понимает, понимает ее привычки, традиции. Правда, он требовательный и она второе лицо в семье. На какой-то период ей стало лучше, но потом снова все стало нарастать. Она это связывает с тем, что она переутомилась, возя ребенка в школу.

— Скажите, а последнее время она работала?

— Нет. Был эпизод, когда она работала в 1995 году в течение года. Устроила ребенка в садик, работала там, а в последующем работала в пекарне. Потом она сидела дома, занималась домашними делами.

— Гинекология у нее нормальная?

— Да. Ее обследовали в АО “Медицина”, там все в порядке. Но, у нее долго устанавливался менструальный цикл — 4–5 лет, как она сказала.

— Почему так?

— Не известно.

— Это наследственное?

— Нет.

БЕСЕДА С БОЛЬНОЙ

— Присаживайтесь. У нас здесь расширенный консилиум, который бывает раз в месяц для сложных пациентов. Как Вы считаете, Вы сложная пациентка? — Я думаю, что нет. — Все у Вас просто? — Не просто, но и не критично. — В каком смысле не критич-

но? — В том смысле, что с тех пор как я поступила на лечение, сейчас результат на лицо. — Вы здесь месяц? — Да. — Вы видите явные улучшения? — Вижу. — Можете рассказать подробнее, в чем улучшение? — В первую очередь я стала спокойнее, более уверенной. Некоторые вещи, которые мне надо было решить, из чего я не видела выхода, сейчас это для меня начинает открываться. — Пути решения появляются? — Да. — А, было так, что трудно было даже простые вопросы решать? — Видимо из-за своего эмоционального состояния, да. — Эти вопросы по сути были простые, но Вы решить их не могли? — Может быть так. — Вам помогают врачи, общение с пациентами, с родственниками, или Вы самостоятельно принимаете решения? — В основном, я думаю, что сама, но не без помощи врача и окружающих. — Вы обсуждаете эти проблемы и находите те пути решения, которые Вам нужны? — Нет. Я могу общаться на совершенно отвлеченные темы, но проговорив что-то, начинает открываться то, что мне нужно. — Вы включаете как бы рациональный путь решения. А что Вам мешало раньше рационально решать проблемы? — Наверное то, что я себя постоянно “накручивала”. Как обычно бывает по жизни, то что для одного человека легко, может быть совершенно не выполнимым для другого, хотя вещи решаемые. Тем более, что безвыходных ситуаций не бывает. — Еще о Вашем состоянии. Как Вы спите? — Хорошо. — А раньше? — Если сравнивать с другими пациентами, то у меня серьезных проблем со сном не было. Со сном все в порядке. — И было в порядке? — Некоторое время, но не продолжительное. — Когда Вы плохо спали, какие были расстройства сна? Вы трудно засыпали или засыпали хорошо, но быстро просыпались? Может быть утром просыпались с каким-то неприятным ощущением? — Я могла проснуться среди ночи и те проблемы, которые на меня давили, которые я перед собой ставила, я пыталась решить. — Засыпали Вы всегда хорошо? — Да. — Вы долго могли без сна лежать? — Не долго. Может самое большое час. — Когда Вы просыпались, какое у Вас было состояние: Вы чувствовали себя отдохнувшей или разбитой? — Все крутилось вокруг одних и тех же проблем. Самое главное, что меня привело, это то что я не могла разрешить. Естественно, когда я просыпалась наутро, новый день ставил новые задачи, тогда у меня было беспокойство. — Первые мысли, когда Вы просыпались, это были проблемы этого дня? — Да. — Вы сразу приходили в состояние волнения? — Да, было такое. — Было у Вас, когда Вы просыпались, чувство подавленности, тоски? — Тоски, может быть, нет, но подавленность была. — Было трудно начать дела: убрать квартиру, сварить обед и прочее? — Было. — Безразличие было? — Нет, скончав наоборот, я была не безразлична к ситуации, пыталась найти выход из нее. — А безразличие к общению с людьми, к просмотрю телевидения, чтению? — Не безразличие, а чувство некоторой беспомощно-

сти. — Когда телевизор смотрите, какая тут беспомощность? — Я не говорю про телевизор, это немногого отвлеченно, а то, что касается именно жизни. — А общего безразличия, то что Вы потеряли интерес к разговорам с людьми, к чтению, к встречам с друзьями, не было? — Нет, наоборот. — Вас можно было как-то развлечь, рассмешить? — Можно. — Даже, когда Вам было плохо, Вы реагировали на юмор, на анекдоты? — Да. — У Вас подруги есть? — Да. — Когда Вы с ними разговаривали, Вы жаловались на жизненные проблемы? — Не то, что жаловалась, я пыталась с ними проговаривать это, чтобы было легче. В чем-то я просила у них помощи. Потом я поняла, что человек может советовать со своей точки зрения, с тех позиций, как бы он сам поступил. А у меня ситуация своя и решить ее должна я сама. Но, подруги мне не отказывали, если нужно поговорить — пожалуйста, если приехать, и они располагают временем, тоже. — К алкоголю прибегали? — Нет. — Как Вы опьянение переносите? — Если это на праздник, то это чисто символически. — Вы пьете такие маленькие дозы, что опьянения не чувствуете? — Я пью буквально несколько глотков. — Общий тонус перед поступлением в больницу, я сюда включаю и психологический и физический, какой был? — Честно говоря: уставшая, замученная женщина. — А почему тонуса нет? — Потому что дела повторяются изо дня в день и решать их нужно, а главное не решалось. — А в мелочах у Вас была нерешительность? — Некоторое время, да. Пока я не поняла, что нужно планировать дела, отделять главное от мелочей. — И тогда стало легче? — Да. — Вы все время говорите о безысходности, а что Вы подразумеваете под этим? — У меня есть ребенок, который ходит уже в третий класс. Нужно было перевести ребенка из одной школы в другую. Но из-за того, что я была убеждена, что моему ребенку прекрасно в этой школе, но у нас была проблема — ездить далеко, я была уверена что она выдержит. Она может быть и выдержала, а у меня все это накопилось. — Сколько времени занимал путь в школу? — Мы год жили в одном месте, год в другом. Если более близко, то полчаса, если дальнее расстояние — час. Для нее это было утомительно. — С уроками Вы ей помогали? — Помогала. — Получалось? — Да. — А кого это больше утомляло, ребенка или Вас? — Я думаю, что больше меня. — Вы сердились на нее, покрикивали иногда? — Я себе этого не позволяла. Я в этом плане более мягкий человек, чем надо бы. Сейчас мама помогает периодически, но она не постоянно с нами. — Обед приготовить, за продуктами сходить, квартиру убрать, это все Вы? — Да. — В конце дня Вы совсем “разбитая” были? — Не совсем, но было такое состояние. — Хуже Вам становилось ближе к вечеру или с утра? — Утром хуже. — А к вечеру как-то разгуливались? — Как говорится, глаза боятся, а руки делают. — Эпизоды “взрывов”, истерик были? — Нет. Я, конечно, могла выплакаться, но это не истерики. — Раздражительность с

резкими фразами, срыва на ребенке, на муже, на маме, приступы гнева были? — Для меня не существует понятие — гнев. Мне кажется, что это основывается на том, злопамятный человек или нет. Я не злопамятный человек, поэтому гнева не было. Но, какие-то разногласия, более повышенный тон, чем нужно, это было. — Вы потом себя за это корили? — Я пыталась не повторять больше этого. — Вы считаетесь в семье человеком спокойным? — В семье, да. — А подруги как считают? — Аналогично. — Вы верующая? — Да. — Ходите в церковь? — Я верующая, но в церковь хожу не часто. — На причастии бываете, на исповеди? — Иногда. — У Вас хороший контакт со священником? Он Вам помогает? — У меня был момент в жизни, когда священник мне посоветовал конкретные вещи. — И они, действительно, помогли Вам? — Да. — Бывали ли у Вас навязчивые сомнения, например, заперла я квартиру или не заперла? — В этом плане все в порядке. Перед тем как уйти я проверяю все несколько раз. — Значит, все-таки нерешительность есть? — Это не относится к нерешительности, это очень просто. — Вас это никогда не мучило? — Нет. — Как память у Вас? — Удовлетворительная. — Вы ведь не долго работали? — Да. — Сколько, год, два? — Около года. — Как Вы выдерживали эту работу? Вы ведь работали в пекарне, это тяжелый труд. — С удовольствием работала. — Давайте уточним: до какого возраста у Вас было все хорошо? — Тут как-то периодами получается. — Детский период, например, до седьмого класса — все в порядке? — Да. — Хорошие отношения с учениками? — С учениками были такие проблемы, когда начинаешь дружить с человеком, а потом, предательство. — Значит, Вы человек правильный: дружить, так дружить, справедливость, так справедливость? — У меня серьезное отношение к этому. — Жару хорошо переносили в детстве? — Да. — А сейчас? — Градусов 25 — 30, прекрасно переношу. — Значит, примерно до 14 лет все нормально. Берем следующий период — подростковый: с 14 лет до 17 — 18 лет. — Все в порядке было. — Вы сказали доктору, что у Вас не сразу установилась менструация. Это как-то сказывалось на Вашем общем самочувствии? — Нет, у меня не было раздражительности, ничего не было. — Сейчас тоже нету предменструального синдрома? — Иногда бывает. — Значит, период до 17 — 18 лет все в порядке? — Да. — Затем берем период, когда Вы вышли замуж. Это 19 лет и далее. Вот тут начались проблемы. Сразу начались? — Я была совершенно не подготовлена к этому, поэтому на меня свалилось все, и маленький ребенок, надо рано вставать, провожать мужа на работу. В 6 часов утра не знаешь, то ли мужа провожать на работу, то ли ребенка кормить. — Скажите пожалуйста, ведь Ваш бывший муж мусульманин? — Дело в том, что он долгое время прожил в Болгарии. По корням он мусульманин. — А по культуре? — По культуре, я думаю, тоже, потому что это передается, но он говорил, что он атеист. — А

Вы к тому времени были уже православной? — Да. — Он к этому относился спокойно, у вас не было здесь споров? — Ребенка мы крестили втайне от мужа. Когда он узнал, то отнесся к этому спокойно. — Значит, Вы просто устали от требований которые он предъявлял? — У меня получалось так. — Какой период Вашей жизни был самым тяжелым? — Пожалуй с 19 до 23 лет. — Новая обстановка? — Я не знаю на сколько бы я к этому привыкла, потому что определенный уклад жизни сформировался. — Ваше состояние перед стационарированием и состояние, которое Вы назвали самым неприятным, одно и то же или между ними принципиальная разница? — С 19 до 23 лет, я думаю, период более сложный. — А по самочувствию, не по обстоятельствам, а по самочувствию? Тоже ранние пробуждения, вялость, слабость? — Недомогания и слабость больше усилились в последнее время, перед Новым годом. — Вы много раз обращались к врачам. Это были лекарства, психотерапевтические сеансы. Как Вы считаете, что Вам больше всего помогло? — Серьезные лекарства я получила здесь, в больнице. По самочувствию, головными болями, например, я никогда не страдала. Я даже не знала назначение таблеток. — Но, курсы лечения, которые Вам раньше проводили, помогали? — В чем-то помогали. Со мной работал психотерапевт. — Долго он с Вами работал? — Два месяца. — Это были сеансы гипноза, аутотренинга? — Это был больше гипноз. — Вы спали на сеансах? — Как обычно: "Закройте глаза, представьте уходящую дорогу и т.д." А дальше уже включается воображение человека. Изложение на листе своих ощущений, выполнение тестов. — Вам это больше всего помогло? — Мне еще врач прописывала определенную систему в пределах клиники, повышения иммунитета. Хотя, результаты общих исследований замечательные. — У Вас брали пробу на состояние иммунной системы? — Наверное по крови определили. Но, это больше в профилактическом плане. Потом, массаж, бассейн, лечебная физкультура. — Это все два месяца? — Февраль, март. Этот курс можно было и позже провести, но лучше параллельно. — Вы два месяца проходили такое комплексное лечение? — На массаж и то, что я перечислила, я еще не ходила. Но, я общалась с психотерапевтом два раза в неделю и принимала таблетки в домашних условиях. — Какие таблетки принимали? — Судовольствием бы назвала, но не помню названия. — Тот период, когда Вы лечились у психотерапевта, был наиболее эффективным? — Если не считать того, что здесь. — Давайте сравним. Когда был этот курс психотерапии? — Середина февраля — март этого года. — А потом такое резкое ухудшение, что пришлось идти в больницу? — Может быть так. — Вам хватило этой терапии только на один месяц? — Тут может быть еще стечения обстоятельств. — Какие появились новые обстоятельства? — Я начала анализировать разные этапы жизни. Возвращение к прошлому не приводит ни к

чему хорошему. Не нужно было заниматься самокопанием. — Подождите. Вы прошли курс лечения у психотерапевта. Вы чувствовали, что эти сеансы дают Вам некоторое облегчение, Вы принимали дополнительно лекарства. Давайте теперь сравним двухмесячный результат лечения и Ваше состояние сейчас, после месячного пребывания здесь. — Я просто скажу в чем разница. Там я проходила курс лечения, но все равно оставалась один на один с собой, со своими ежедневными делами и заботами. Здесь это просто изолированность. У меня сейчас есть готовность браться за те дела, которые надо было разрешать. Я во многом преодолела ту нерешильность, которая была. — Например? — У нас был пресловутый вопрос, касательно ребенка. Ее нужно перевести в другую школу. Из-за этого масса проблем в первую очередь для меня. — Вы приняли решение? — Приняла. — Перевести? — Да. — Если бы Вы в том состоянии, в котором Вы сейчас находитесь, оставаясь на поддерживающей терапии, вернулись домой, Вы чувствуете в себе силы активно включиться в жизнь. — Да, чувствую. — Чувствуете, что у Вас будет все хорошо получаться? — Да. — Спасибо. Какие вопросы, доктора?

— Если бы не было проблемы с ребенком?

— Были бы другие проблемы.

— Вы полгода решали проблему переводить ее в другую школу или не переводить?

— В общем, да.

— Это ли причина ухудшения Вашего состояния или это какое-то внутреннее состояние само по себе ухудшилось, а Вы пытаетесь себя убедить, что есть причина?

— Есть люди, которые склонны усложнять элементарные вещи.

— Значит, объективно причина не на столько велика, чтобы вызвать такое состояние, так?

— Да.

— Когда Вы в 1998 году развелись с мужем, где Вы доставали средства на жизнь?

— Я тогда работала и мне во многом помогали мои родственники.

— Какая Вы по характеру были до замужества: стеснительная, робкая, застенчивая?

— Стеснительная и робкая.

— И, в то же время, болезненно самолюбивая внутренне: я не такая как другие?

— Может быть, да.

— Насколько была активная или пассивная Ваша позиция при знакомстве с мужем?

— Все произошло само собой. Подруга пригласила меня однажды на праздник, где я познакомилась со своим будущим мужем.

— Это все-таки состояние или проблема, Ваша неготовность что-то делать?

— Скорее всего неготовность, на тот момент.

— Ваш теперешний муж соответствует Вашему образу идеального мужчины?

- Во многом, да.
- Но, не во всем?
- Во всем, это не возможно.
- Были у Вас какие-то интересы?
- Естественно, как у любого нормального человека: спортом занималась, люблю природу, музыку.
- Вы говорили, что болезненно реагировали на предательство. Сейчас Вы такая же?
- Сейчас этого вопроса давно уже не стоит. Меня сейчас никто не предает. У меня много друзей.
- Как Вы себя сейчас чувствуете, комфортно или нет?
- Я себя на данный момент чувствую комфортно.
- Такие черты характера, как нерешительность, склонность усложнять ситуацию были у Вас с детства?
- Нет. Я думаю, что со временем взросления. Когда я начинаю вспоминать себя в детстве, я помню, что была девочкой-любимчиком.
- Что Вас заставляло жить с первым мужем. Все-таки у Вас разные характеры?
- Не было абсолютного несогласия. Несмотря на то, что мы разные, у нас было душевное понимание. Здесь, я думаю, сыграла роль моя неподготовленность как домашней хозяйки. У него был пример его мамы, у которой трое детей и о которой он с большим почтением отзывался. Сейчас мы поддерживаем отношения и ребенок нуждается в этом общении.
- Как Ваш нынешний муж относится к Вашему состоянию, его раздражает Ваша неспособность вести домашние дела или он сопереживает Вашим проблемам, навещает Вас?
- Он понимает меня и навещает, и сопереживает.
- Бывают ли у Вас периоды такого подъема, ни с того ни с сего, когда возникает легкость в решении вопросов, легкость в трате денег?
- Ни с того ни с сего не бывают. Если меня кто-то приглашает в гости, я делаю подарок с удовольствием, но такой разбросанности нет.
- Когда женщина второй раз выходит замуж, она обычно сравнивает второго мужа с первым. Как было у Вас?
- Невозможно сравнивать. У каждого свои особенности. Каждый человек индивидуален.
- Первый раз, когда Вам было плохо, это 1992–1993 гг., сколько времени продолжалось такое состояние в общей сложности?
- Пока я чувствовала, что проблемы одни и те же, пока я пыталась из них выйти, то наверное до нашего расставания с мужем.
- Сколько месяцев, примерно?
- Это даже не месяцев, просто неприятное такое состояние, которое не назовешь даже болезнью, оно больше жизненное. Оно продолжалось с 1990 по 1995 год.
- Какие Вы любите читать книги? Какую любите музыку, какие композиторы Вамозвучны?

— Из композиторов мне нравится Мориконе, отечественная классика, Вивальди. Из писателей — Л. Кэрролл, Драйзер и Ирвинг Стоун. Из нашей классики Чехов.

— Спрашивали ли Вы себя: “В чем смысл моей жизни?”

— Конечно, любой человек спрашивает себя об этом.

— Какой у Вас смысл жизни?

— В данный момент, быть уравновешенным человеком, не доставлять своим близким проблем, адекватно решать ситуации. Конечно, на первом месте ребенок. Если есть ребенок, то большая часть забот о ребенке и о своих близких.

— Вы заслуживаете собственных упреков?

— Как выясняется, что нет.

— Зачем Вы себя тогда ругаете?

— Знаете, такое самоедство нехорошее, которое ни к чему не приводит, только к разрушению. Я думаю, что на данном этапе моей жизни это ушло в прошлое.

— У Вас это получается?

— Последнее время получается.

— Вы больше разумом живете или чувствами?

— Я больше живу чувствами, но чтобы не включать голову, это тоже не возможно.

Ведущий: — У Вас есть к нам вопросы?

— Вопросов нет. Я бы хотела сказать большое спасибо за то, что Вы так внимательно слушали, задавали серьезные вопросы.

— Я хочу сказать, что Вы сами уже убеждаетесь в том, что помочь Вам можно. У Вас нет никакой серьезной болезни, поэтому Вам надо только помочь, а Вы можете это движение продолжить дальше. Теперь Вы понимаете насколько необходим контакт со специалистами. Жизнь сложна и многогранна и один на один с трудностями иногда бывает тяжело, а специалисты этими проблемами занимаются каждый день и помогают их решать. Лечение создает условия для того, чтобы Вы сами справились с Вашими трудностями, приняли правильное решение и смогли это решение осуществить. Всего доброго.

ОБСУЖДЕНИЕ

С. В. Измаилова. Мы оцениваем состояние больной как рекуррентное депрессивное расстройство средней степени у акцентуированной личности.

Ведущий: И все?

— Да.

— Акцентуация в каком плане?

— Акцентуация в плане ее инфантильности, незрелости, астенических нарушений.

А. В. Павличенко С детства и до периода замужества обращают на себя внимание такие черты характера, как инфантильность, незрелость, прямолинейность, неспособность решать конфликты. Но, в целом личность достаточно гармоничная до 19 лет. С 19 лет можно говорить о появлении патологии. Ее состояние

за период 1990 – 1995 гг. можно расценивать как вялую, невротическую депрессию. Что говорит об этом? Психотравмирующая ситуация в отличие от реактивной депрессии не звучит в ее переживаниях. Мне показалось по анамнезу, что какое-то душевное несогласие с ее бывшим мужем было. Она об этом не говорит. Этот вид невротической депрессии Надежда Дмитриевна Лакосина рассматривает как состояние эмоциональной депривации, когда нет душевного согласия. Это депрессия: беспокойство по утрам, трудность начать дела, беспомощность. Это депрессивная симптоматика, но не классическая эндогенная депрессия. Замужество явилось провоцирующим фактором. Когда ситуация завершилась разводом, то возник другой конфликт: ситуация с ребенком. Появились черты нерешительности, усложнение обычных вещей, что до замужества не вызывало проблем. Стали формироваться новые черты характера. Все это текло вяло. Мне кажется, что согласия нет и во втором браке. Это в анамнезе. А в статусе — синтонная, легко отвечающая на вопросы. Никакой симптоматики, даже субдепрессивной, я не отметил. Почему она так хорошо вышла? Основное — надо было выйти из той ситуации, в которой она находилась. Пребывание в больнице, психотерапия, лекарства вывели ее из астено-депрессивного состояния. Это не эндогенная депрессия. Если бы это была эндогенная депрессия, то за один месяц мы не увидели бы такой положительной динамики. Надежда Дмитриевна тут усмотрела бы невротическое развитие, т.к. есть черты нерешительности, склонности к усложнению ситуации. Таким образом здесь имеется невротическая депрессия с тенденцией к развитию личности. О терапии. Нужны мягкие антидепрессанты, типа коаксила, и психотерапия.

А. А. Глухарева. Наверное, это сложный психопатический синдром типа неврастении. Скорее всего здесь речь идет о врожденной психопатии. В силу инфантильности, в условиях для нее значимых, психотравмирующих, она дает декомпенсацию, которая проявляется в виде астенического синдрома. По большому счету это смешанные расстройства личности с частыми декомпенсациями. **Ведущий:** Это ядерная психопатия? — Нет. Это врожденные психопатические черты характера, до определенного времени скомпенсированные или акцентуация личности по Леонгарду.

А. Д. Пуляткин. Я бы так сформулировал: Шизоидная психопатия, состояние декомпенсации. Причем шизоидная ближе к психастеноподобному варианту.

И. С. Павлов. Не на столько уж звучал ее преморбид, чтобы ставить диагноз психопатии. Каждой психопатии соответствует определенный тип личности. Я думаю, что до замужества все было в рамках астенической личности, она не декомпенсировалась: окончила школу, когда не поступила в институт не дала реакции. Что случилось, когда она вышла за-

муж? Это типичный по Мясищеву конфликт нарушения динамического стереотипа: появились другие обязанности, и у нее развился эпизод депрессивного невроза. Это всегда результат нарушения динамического стереотипа. Мы видим это у пожилых людей: со смертью одного из супругов возникает, сначала реактивное состояние, которое потом переходит в депрессивный невроз. Дальше у нее звучит депрессивная симптоматика психогенного характера. Она говорила, что предъявляет большие требования к себе. Это неврастения. При неврастении большие требования к себе и невозможность их удовлетворить. Здесь, конечно, надо говорить о невротическом развитии. В статусе — астено-депрессивная симптоматика. Любой астенический синдром имеет привкус депрессивного. Часто там, где имеется астенический синдром мы склонны ставить депрессию. Отмечаем, что эта депрессия легко лечится антидепрессантами. По-видимому ее психотерапевт лечил визуализацией по Эриксону. Конечно, здесь больше подходит классический гипноз, удлиненные сеансы гипнотерапии по Рожнову для снятия астенического синдрома, гипноз-отдых, который долго держит в этом состоянии, целесообразны специальные корректирующие внушения. Этого, к сожалению, не было. Она заполняла тесты, визуализация и все прочее. Но, классические подходы более результативны.

М. Е. Бурно. Я думаю, многие почувствовали, что это не эндогенно-процессуальное неврозоподобное состояние. Это, по-моему, чисто пограничное состояние в классическом, ганнушкинском смысле. А, стало быть, живая личность, необычно для нас; поэтому столько вопросов и всяких сомнений. Думаю, что это психопатия. Как это называется сейчас по МКБ-10, расстройство зрелой личности. Думаю, что это астеническая психопатия, говоря классическим термином. Хочется еще пожить в классике. Вспомним больную. Она тут немного сердилась, колко раздражалась. Это, по-моему, есть истощающаяся раздражительность. Астенический психопат от психастеника нередко отличается тем, как подчеркивал Консторум, что больше сердится на других, чем на себя. Психастеник больше сердится на себя. Психастеники, по-моему так не раздражаются на клинических разборах. Инфантильность здесь также говорит за астеническую психопатию. Своеобразная дефинитивная инфантильность. Я вспоминаю другую дефинитивную пациентку. Она жаловалась: "Как же так, муж ведет себя совсем не так, как вел себя мой пapa. Он говорил маме, куда он уходит и когда вернется, а мой муж мне этого не говорит. Папа делал с детьми зарядку, а муж не делает зарядку с нашей дочкой". Помню как я тогда улыбался в душе над этой трогательной детскостью-наивностью, но наивностью тревожной, застенчивой женщины. Существо астенической психопатии — конфликт переживания своей неполноценности с ранним самолюбием. Если у психастеника этот конфликт преломлен через второ-

сигнальность, богатую рефлексию, рассудочность, самообвинение с аналитическим самоедством, то здесь мы этого немногого. Как она сама говорит, она больше живет чувством. Ее ранимое самолюбие сказывается и этой раздражительностью. Если это психопатия, то почему же она не давала о себе знать с самого детства? Нередко бывает: психопат компенсирован, но на каких-то поворотах жизненной судьбы, как говорил Эрнст Кречмер, "сходит с рельсов". Мы, бывает, ставим диагноз психопатии по картине декомпенсации. Акцентуант, кстати, не дает декомпенсацию, он здоровый человек. Он дает психогенные расстройства, но не декомпенсацию. А здесь мы видим, что она не может справиться с какими-то трудностями в жизни и дает такую тяжелую сложную декомпенсацию с бурными астено-невротическими расстройствами, что попадает в психиатрическую больницу. Такая настоящая, глубокая декомпенсация бывает только у психопатов. И она вызывает к себе сочувствие, как больной человек. Сердится на себя и других за то, что не может справиться с трудностями жизни по причине своей психопатической природы. Эта декомпенсация может продолжаться месяцы, годы в зависимости от того, сколько времени будут продолжаться декомпенсировавшие ее трудности жизни. Для здорового человека это просто трудности житейские, а для психопата — трудности, вызывающие декомпенсацию. Как помогать? Думаю, что, прежде всего, ей надо помогать психотерапевтически. Не только гипнотическими сеансами. Надо помочь ей, насколько это возможно, изучить свой астенический характер, помочь ей постичь силу своей слабости, т.е. свои сильные, благородные характерологические свойства, ценности свои, чтобы чувствовать себя в жизни увереннее. Психотерапевт в таких случаях стремится помочь психопату занять свое особое место в жизни, научиться делать то, что может делать, с образом своей природе, лучше, чем другое, и лучше чем другие. Она плохая хозяйка, ну и что же? Я бы ее успокоил в этом отношении. Зато в ней наверняка есть много другого, хорошего, и я боюсь, что это до сих пор не открыто. Это открывается в Терапии творческим самовыражением. И тогда такие психопаты начинают по-настоящему уважать себя за силу своей слабости, тверже стоят на ногах и у них появляется смысл жизни, вдохновение. Конечно, тут иногда приходится давать и лекарства, транквилизаторы, ноотропы. Но со стимуляторами я был бы осторожнее. Знаю как любят астенические психопаты стимуляторы и так к ним привыкают, что не могут потом делать без них обычные дела. Думаю, что прогноз неплохой при квалифицированной психотерапевтической амбулаторной ухоженности. Спасибо.

А. Ю. Магалиф. Вся дискуссия происходит в рамках пограничной психиатрии. Никто, слава Богу, не взял на себя ответственности усомниться в том, что это вяло протекающий эндогенный процесс. В рамках пограничных состояний было сказано много: разви-

тие личности, акцентуация личности по Леонгарду с декомпенсацией, психопатия астенического и психастенического круга. Каждая точка зрения обоснована. Каждый выступавший говорил, в принципе, одно и тоже: это неспособность данной личности к адаптации в той микросоциальной среде, в которой она находится. Это было стержнем выступления каждого. Я в этом присоединяюсь к мнению всех остальных. Все зависит от того, на каком периоде анамнеза ее рассматривать. Например, с детства до зрелого возраста, до замужества. Мы не услышали ни от матери больной, ни от нее самой того, что можно было бы услышать о большой психопатией. Например, с детства нерешительная, раздражительная, склонна к рефлексии, трудно приживающаяся в детском коллективе, все время слезы, все время истерические реакции. Кстати, истерические реакции, даже обильные, совсем не обязательно говорят об истерической психопатии. Это глубинная защитная реакция достаточно часто встречающаяся у всех. У любых личностей может быть та или иная истерическая реакция. Наверное, у нее тоже такие реакции были, но это не было истерическим статусом. Здесь даже не обсуждалась больная в рамках истерической психопатии. К сожалению, мы упустили важный момент. В анамнезе вскользь упоминалось о том, что мать больной властная, сильная, целеустремленная, а отец — мягкий, добрый. Не исключено, что в этом несоответствии мы нашли бы некоторые корни ее будущих внутренних конфликтов: воспитанная необходимость сделать как можно лучше и невозможность этого в силу слабости, неуверенности. Потом она вышла замуж. Как она сама сказала, это как-то само собой получилось. Познакомилась, ей предложили, она вышла. Этот этап ее жизни, принципиально, отличался от предыдущего. Она попала в совершенно другую среду, где ей все было чуждо: обычаи, нравы, требования. И она "сломалась". Здесь нельзя не учитывать и гормональный фон. Если в течение четырех лет устанавливаются месячные, это не может считаться нормальным гормональным фоном, важным для психической устойчивости. В чем это "сломалась"? Это истощение, нарушение адаптации, которое носило хронический характер. В основе, видимо, были неуверенность и нерешительность с одной стороны и склонность к прямолинейности в отношении между людьми: дружить так дружить, конфету только пополам и т.д. Тут это как раз и проявилось. Муж требовал от нее подчинения, всю работу по дому она сама выполняла, а может быть заявляла, что давай домашнюю работу пополам разделим, может быть все выражалось в повышенных тонах. А дальше все стало разыгрываться. Это можно трактовать как декомпенсацию акцентуированной личности, т.е. были акценты в ее характере, особенности, которые здесь и стали проявляться. Акцентуированные личности, это же не гармоничные личности. Это всегда люди с особенностями, но они "не дотягивают" до психопатии. Пока все хорошо, то они условно компенсированы, но никто не

скажет о таком человеке, что это гармоничная личность. А когда этот человек попадает в соответствующую ситуацию, он становится настоящим психопатом. Потом ситуация заканчивается и многие из них могут вернуться “в исходное положение”. Мы очень часто это наблюдаем у асоциальных личностей. Это такой асоциальный акцентуант с несколько девиантным поведением. Если он попадает в уголовную среду, то легко может превратиться в настоящего уголовника. В отличие от него асоциальный психопат, его хоть под стеклянный колпак посади, все равно будет асоциальную создавать волну. Ганнушкин говорил, что психопаты — несчастные люди, которые страдают сами и заставляют страдать окружающих. Они сами сначала создают эту “волну”, а потом она накрывает и их. Состояние этой больной можно было трактовать и как нажитую психопатию. Можно говорить и о невротическом развитии личности, можно отнести ее состояние к астено-депрессивному. Термин “астено-депрессивное состояние” очень популярен среди практикующих психиатров, когда нельзя сказать, что это настоящая депрессия, а так, вялое состояние с преобладанием сниженного настроения, астенических и психастенических расстройств, с раздражительностью, вялостью. Этот термин многих устраивает. Если в практике приживается некий термин, то значит он имеет рациональное зерно. В принципе, у нее действительно было астено-депрессивное состояние. Теперь последний период ее жизни, перед поступлением в больницу. Я ей целенаправленно задавал вопросы, касающиеся эндогенной депрессии: как она засыпает, как она просыпается, какие мысли у нее при пробуждении, когда ей хуже, утром или вечером, имеются ли у нее идеи самообвинения, интеллектуальная заторможенность, отсутствие побуждений и т.д. В целом можно сказать, что депрессивный синдром у нее был. Типичное для депрессии относительно хорошее засыпание. Депрессивные больные засыпают неплохо, но часто бываюточные пробуждения: “Как только открываю глаза, так сразу навалились эти мысли”. Кроме этого у нее утреннее ухудшение, невозможность начать дела, отсутствие побуждений. Обратите внимание, она сказала, что когда уже начала какое-то действие, то доводит его до конца, но начать очень тяжело. Это типичная депрессивная жалоба. Постоянные идеи самообвинения: не так воспитывает ребенка, не так живет. Я ее спросил: “Чувство тоски Вам знакомо?”, она сказала: “Нет” — “А, чувство подавленности?” — “Да, знакомо”. Не удалось выявить один из главных депрессивных признаков — ангедонию. Она практически всегда бывает при эндогенной депрессии. Я бы сказал, что есть не резко выраженный эндогенный радикал. Мы могли бы трактовать ее состояние как эндогенное и как депрес-

сию истощения. Считается, что при депрессии истощения Вейтбрехта больший акцент на соматические недуги. Я думаю, что можно расширить это и отметить роль постоянной травмирующей ситуации, усталости. Сейчас часто стали применять термин — синдром хронической усталости. Это вообще-то инфекционное заболевание. Но этот термин хорошо отражает суть дела: постоянное напряжение, постоянное преодоление трудностей. Возникает тяжелое астеническое состояние, хроническая усталость. Почему важно то, что мы все время стараемся вылечить депрессию? Депрессия — расстройство, которое хорошо поддается терапии. Когда мы выявляем депрессивное состояние, то у нас появляется надежда, что мы можем этой больной помочь, так как существует большое количество антидепрессантов, что и произошло. Ей назначили амитриптилин — 50 мг. Переносимость хорошая. Попробуйте дать 50 мг амитриптилина больной без депрессии — будут скорее всего сплошные побочные эффекты. Вот наблюдение из практики. Лечите больного от эндогенной депрессии трициклическими антидепрессантами. Побочных явлений не много. Кончается депрессия — начинаются побочные явления. Это сигнал к тому, что надо прекращать давать антидепрессанты или снижать их дозы. Я бы сказал так, пока имеется некий “субстрат болезни”, антидепрессант работает, когда наступает выздоровление, организм начинает его отвергать. А у нее хорошая переносимость — 50 мг амитриптилина и чуть-чуть нейролептика. Рисполент в малых дозах — мягкий нейролептик, он ей помог. Я думаю, что здесь можно было дать и небольшую дозу этаперазина. Он по своей химической структуре и по действию близок к френолону. Когда-то был такой препарат, сейчас его давно нет. Он при таких состояниях с успехом применялся. Больная сказала, что впервые за все время она почувствовала настоящее улучшение. Я специально попросил ее назвать период, когда лечение ей помогло больше всего, она сказала: “Сейчас”. По поводу ее теперешнего состояния. Это по сути дела становление ремиссии. Сказать насколько ремиссия прочна можно только, когда она выйдет из больницы и начнет нормально жить. Давать ли ей поддерживающую терапию? Обязательно. Может это будет амитриптилин, может антидепрессанты последних поколений, например, флуоксетин, коаксил. Я бы советовал психотропные препараты не прекращать. Психотерапия. Конечно, ей нужна постоянная психотерапевтическая поддержка, о которой говорил Марк Евгеньевич. Вопрос, как всегда, будет в том, как ее организовать. Ей нужен психотерапевт, знающий и фармакотерапию, применяющий в комплексе с ней сеансы психотерапии, активирующие ее “задавленные” душевые силы.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ

Бред величия: Об экстраактивной идентификации

В. П. Руднев

Год 2000 апреля 43 числа.

Сегодняшний день — есть день величайшего торжества! В Испании есть король. Он отыскался. Этот король я.

Н. В. Гоголь. "Записки сумасшедшего"

I.

Будем называть базовое отождествление, лежащее в основе бреда величия, — построение типа "Я = X" (Я — Иисус Христос, я — испанский король, я — Сократ, я — вице-король Индии и т.п.), *экстраактивной идентификацией*. Это понятие, которое мы вводим в качестве развития введенного ранее термина *экстракция* (психотический механизм защиты, суть которого состоит в том, что внутренние психологические содержания переживаются субъектом как внешние физические явления, якобы воспринимающиеся одним или сразу несколькими органами чувств) [Руднев 2001]. Экстраактивная идентификация это такое состояние сознания субъекта, при котором его собственное Я переживается как неотъемлемо присущее объективно не присущему ему имени или дескрипции, такое состояние, когда субъект субъективно в бредовом смысле "превращается в другого человека", не сопоставимо более высокого по социальному рангу, и пытается вести себя так, как если бы он был этим человеком.

Понимаемая таким образом, экстраактивная идентификация характерна исключительно для бреда величия, но поскольку понятие идентификации является одним из часто употребляемых в психоанализе и психоаналитически ориентированной психологии и психиатрии, то нашим дальнейшим шагом будет разграничение понятий "экстраактивная идентификация", "интровертивная идентификация" (которую обычно просто называют идентификацией) и "проективная идентификация".

Под интровертивной идентификацией понимается такое состояние сознания, при котором субъект уподобляет себя значимому объекту, сохраняя при этом понимание отдельности своего собственного Я. Для интровертивной идентификации в этом смысле характерны такие выражения, как "Я хочу быть похожей на мать" или "Я истинный сын своего отца". Даже при

формальном выражении тождества подлинное отождествление при интровертивной идентификации не имеет места, это отождествление на самом деле является всего лишь уподоблением (классическими работами об интроверции и (интровертивной) идентификации являются [Ференци 2000, Фрейд 1994, А. Фрейд 1998]).

Под проективной идентификацией понимается такое состояние сознания, при котором Я отождествляет объект, с которым находится в коммуникации (например, психоаналитика или сексуального партнера), с одним из первичных объектов (отцом или матерью) и принуждает его вести себя так, как если бы он был этим объектом [Мак-Вильямс 1998: 147]. Таким образом, формула проективной идентификации это "Вы совсем как мой отец", "Ты вылитая моя старшая сестра Мэри".

Стало быть, когда идентификация интровертивна, она характеризует прежде всего невротический уровень сознания, при котором объектные отношения не разрушены и критика сохранена; когда идентификация проективна, она характеризует преимущественно пограничный уровень сознания, при котором объектные отношения значительно искажены и критика присутствует не полностью, но тестирование реальности сохраняется; когда же имеет место экстраактивная идентификация, то это означает полную разрушенность объектных отношений, отсутствие критики и тестирования реальности, то есть психоз [Кернберг 1998, 2000].

При интровертивной идентификации Я и объект сохраняют свою объективную идентичность, акцентируется только зависимость Я от объекта-интроверта; при проективной идентификации сохраняется идентичность Я, но искажается идентичность объекта; при экстраактивной идентификации реальные объекты исчезают из жизни субъекта и на их место становятся бредово-галлюцинаторные экстраактивные объекты,

и, что наиболее существенно, собственное Я разрушается и практически перестает быть таковым, растворяясь в бредовом экстраактивном объекте.

II.

После отказа от реальности, являющегося необходимым условием психоза [Freud 1981], сознание субъекта затопляется символическим. То, что было раньше воображаемым у невротика, становится символическим у психотика (подробнее см. [Руднев 1999]). Помимо прочего это означает, что картина мира психотика становится берклианской, его реальность — это реальность его субъективных ощущений и языка, на котором он говорит об этих ощущениях, причем языка особого, лишенного сферы референции во внешнем мире (Даниэль Шребер, автор “Мемуаров нервнобольного”, называл этот язык “базовым языком” (см. [Freud 1981, Канетти 1997, Руднев 2001]). До тех пора пока сознание психотика не дошло до полного разрушения, до слабоумия, Я в его мире еще удерживается, но особенностью этого психотического Я является акцентуация, утрирование тех свойств, которые присущи любому Я как центру высказывания в обычном языке. Что же это за особенности?

В любом языке, в котором в принципе есть “я”, “я” — это говорящий. Говорящий “присваивает” себе то, что он произносит, в определенном смысле он присваивает себе весь язык [Бенвенист 1974: 296], но поскольку для психотика язык и мир совпадают, то тем самым можно сказать, что психотическое “я” присваивает себе весь мир. Отсюда становится ясным логическое обоснование перехода от интроактивной невротической идентификации к экстраактивной психотической. Если невротик говорит “Я Наполеон” (“Мы все глядим в Наполеоны”), то это означает отождествление имен на уровне интенсионала. На экстенсиональном референциальном уровне это означает всего лишь “Я похож на Наполеона (кажусь себе похожим, хочу быть похожим)” и т.п. Говорящий “Я Наполеон” на уровне интроактивной идентификации, отдает себе отчет в том, что на самом деле он не Наполеон, а такой-то с таким-то именем и такой-то биографией. Психотик, говорящий “Я Наполеон”, подразумевает тождество объектов на уровне экстенсионалов. Однако особенностью мышления психотика является то, что для него различие между значением (интенсионалом) и референцией (экстенсионалом) (фундаментальное различие в языке, в котором в принципе есть позиция говорящего [Quine 1951, Даммит 1987, Хинтника 1980, Степанов 1985]), пропадает. Язык психотика — это первопорядковый язык. В нем все высказывания существуют на одном уровне (ср. с идеями Грегори Бейтсона о неразличении логических типов при шизофрении [Бейтсон 2000]; применительно к галлюцинациям подробно об этом см. [Руднев 2001]). Психотический язык не признает

иерархии, а стало быть, является не логическим, а мифологическим, то есть, строго говоря, уже не языком, а языком-реальностью. Для мифологического языка-реальности как раз характерны однопорядковость и отождествление имен, понимаемых как имена-объекты.

Мифологическое описание принципиально монолигвистично — предметы этого мира описываются через такой же мир, построенный таким же образом. Между тем немифологическое описание определенно полилингвистично — ссылка на метаязык важна именно как ссылка на иной язык... Соответственно и понимание в одном случае [немифологическом — В. Р.] так или иначе связано с переводом (в широком смысле этого слова), а в другом же [мифологическом. — В. Р.] — с узнаванием, отождествлением [Лотман-Успенский 1992: 58].

Однопорядковость языка при экстраактивной идентификации сказывается, в частности, в том, что в речи мегаломана, по-видимому, исключены пропозициональные установки (выражения типа “Я думаю (полагаю, убежден), что...”). Во всяком случае, трудно представить в такой речи высказывания типа Я *пологаю, что я Наполеон-* или *Мне кажется, что я Наполеон*, или даже *Я убежден, что я Наполеон*. Можно предположить, что клинический мегаломан (паралитик или парафреник) теряет способность логически препрезентировать свою субъективную позицию как говорящего, так как в последнем случае ему придется бы разграничивать значение и референцию, то есть тот факт, что он о чем-то говорит, и содержание того, о чем он говорит, — с референцией к внешнему миру, поскольку именно это различие между внешним миром (областью экстенсионалов) и говорением о внешнем мире (областью интенсионалов) в данном случае и утрачивается. Истинность того, что говорится в мегаломаническом высказывании, не подлежит верификации и гарантируется самим фактом говорения. Поэтому языковые возможности классического психотерапевтического воздействия на такое сознание также утрачиваются, поскольку психотерапия, даже поддерживающая психотерапия психотиков, состоит в обмене мнениями (то есть пропозициональными установками), во всяком случае, в попытке такого обмена. Единственная возможность психотерапевтического воздействия на такого пациента это принятие однопорядковой мифологичности его языка. В этом смысле показателен пример Дона Джексона, который в разговоре с пациентом, считавшим себя богом и вообще отказывавшимся от коммуникации, добился успеха (некоторой заинтересованности со стороны пациента), когда не только признал, что он бог, но передал ему больничный ключ как знак его божественных полномочий [Вацлавик, Бивин, Джексон 2000: 282 – 283].

Другими словами, психотик пользуется тем, что обычный язык в принципе позволяет отождествлять

имена на уровне интенсионалов, тем, что в принципе возможно сказать “Я Наполеон” в значении “Я похож на Наполеона”.

При этом поскольку различие между значением и референцией в речи мегаломана утрачивается, с точки зрения здорового сознания то, что проделывает психотик при экстраективной идентификации, выглядит как приравнивание одного тела, живого, другому телу (давным-давно мертвому или вообще вымышленному), потому что ведь, так сказать, психотическая коммуникативная сила речевого акта, в котором говорящий отождествляет себя с кем-то давно умершим, как раз и состоит в том, что он как бы этим хочет утверждать не только тождество сознаний, но и тождество тел — поскольку имя интенсионально, а тело экстенсионально. (Этот телесный аспект экстраективной идентификации очень важен, и мы вернемся к нему в дальнейшем.)

Если же самое переложить на язык семантики возможных миров, то можно сказать, что говорящий является прагматической референциальной точкой отсчета, служащей пересечением возможных миров [Золян 1991]. Другими словами, когда говорящий отождествляет себя с другим объектом (в данном случае неважно, интроективно или экстраективно, интенсионально или экстенсионально), он присваивает себе вместе с именем (и телом) весь возможный мир этого объекта — его биографию, его родственников, его книги и подвиги. (Как остроумно заметил Борхес, каждый повторяющий строчку Шекспира, тем самым превращается в Шекспира (см. также [Золян 1988]).

Можно сказать также, что когда психотик отождествляет себя с разными персонажами, то отличие психотика от нормального человека не в том, что ненормальный человек не может отождествлять себя с разными персонажами, но в том, что психотик не понимает разницы между метафорическим (интенсиональным) и буквальным (экстенсиональным) отождествлением. Юнг писал по этому поводу о своей пациентке-портнихе, отождествлявшей себя, в частности, с Сократом: Она “мудра” и “скромна”, она совершила “высшее”; все это — аналогии к жизни и смерти Сократа. Итак, она хочет сказать: “я подобна Сократу и страдаю, как он”. С известной поэтической вольностью, свойственной минутам высшего аффекта, она прямо говорит: “Я Сократ”. Болезненным тут, собственно, является то, что она до такой степени отождествляет себя с Сократом, что уже не в состоянии освободиться от этого отождествления и до известной степени считает его действительностью, а замену имен настолько реальной, что ожидает понимания от всех, с кем имеет дело. Тут мы видим ясно выраженную недостаточную способность различать два представления: каждый нормальный человек бывает способен отличить от своей действительной личности принятую роль или ее принятое метафорическое обозначение [Юнг 2000: 120].

Но почему паралитик и парафреник отождествляют себя именно с великими людьми, в чем смысл и этиология этого величия, которое носит опять-таки сугубо символический характер, так как пациент, чем большее величие он выказывает, тем в более плачевном состоянии объективно находится?

Отчасти ответить на этот вопрос может помочь рассмотрение динамики хронического шизофренического бреда.

III.

Принято различать три стадии хронического бреда: паранойяльную, параноидную и парафреническую [Рыбальский 1993].

Для паранойяльной стадии характерен бред отношения, суть которого состоит в том, что больному кажется, что вся окружающая действительность имеет непосредственное отношение к нему. Главными защитными механизмами при бреде отношения являются проекция и проективная идентификация.

На параноидной стадии бред отношения перерастает в бред преследования. Психологическая мотивировка этого перехода достаточно прозрачна. “Если все обращают на меня внимание, следят за мной, говорят обо мне, значит, им что-то от меня нужно, значит, меня хотят в чем-то уличить, возможно, убить и т.д.”. На стадии бреда преследования нарастает аутизация мышления, но внешний мир еще каким-то образом существует, однако это настолько враждебный, страшный, преследующий мир, что лучше, чтобы его вовсе не было. На стадии преследования главными защитными механизмами являются экстраекция (брехово-галлюцинаторный комплекс) и проективная идентификация (например, отождествление психиатра с преследователем).

Чем мотивируется переход от идеи преследования к идеи величия? Больной как бы задает себе вопрос: “За что меня преследуют?” На этот вопрос можно ответить по-разному. Если в больном сильно депрессивное начало, то он может подумать, что его преследуют за те (реальные или воображаемые -интроективного характера) грехи, которые он совершил, и чувство вины, которое гипертрофируется при депрессии, приведет его к выводу, что его преследуют, так сказать, “за дело”. Тогда бред преследования перерастает или совмещается с бредом греховности, вины и ущерба [Блейлер 1993]. Но может быть и другая логика, противоположная. Она будет развиваться у больного с гипоманиакальными или нарциссическими установками. Он будет рассуждать так. “Меня преследуют потому, что я так значителен, так велик, меня преследуют, как всегда преследуют гениев, великих людей, как преследовали фарисеи Иисуса Христа, как преследовали политические врачи Цезаря или Наполеона, как преследуют бездарные критики великого писателя. Значит, я и есть великий человек, Иисус, На-

полеон, Достоевский". И в тот момент, когда эта идея заполняет сознание, бред преследования сменяется бредом величия, параноидная стадия сменяется парофренной. Ничего, что за это надо расплатиться полной утратой хоть каких-то проблесков представлений о реальном мире. Не жалко такого мира, раз он так враждебен и так ничтожен по сравнению со "Мной". Таким образом, главным механизмом защиты на парофренной стадии является экстрактивная идентификация (при том, что важность экстракции — бредово-галлюцинаторного комплекса — сохраняется).

Сказанное можно обобщить в виде таблицы.

стадия развития хронического шизофренического бреда	паранойальная	параноидная	парофренная
тип бреда	отношение	преследование	величие
механизмы защиты	проекция (и проективная идентификация)	экстракция (и проективная идентификация)	экстрактивная идентификация (и экстракция)

IV.

Характеризуя "жизненный проект" мегаломана, Рональд Лэйнг писал:

Когда "я" все больше и больше участвует в фантастических взаимоотношениях и все меньше и меньше — в прямых реальных, оно теряет при этом свою собственную реальность. Оно становится, как и объекты, с которыми связано, магическим фантомом. При этом подразумевается, что для подобного "я" все что угодно становится возможным, безоговорочным, тогда как в реальности любое желание должно быть рано или поздно обусловленным и конечным. Если же это не так, "я" может быть кем угодно и жить в какое угодно время... "В воображении" росло и набиралось фантастических сил (оккультных, магических и мистических) (Лэйнг говорит о своем пациенте Джеймсе. — В. Р.) убеждение — характерно смутное и неопределенное, но тем не менее вносящее вклад в идею, — что он не просто Джеймс из данного времени и пространства, сын таких-то родителей, но кто-то очень особый, имеющий чрезвычайную миссию, вероятно перевоплощение Будды и Христа [Лэйнг 1995: 149].

Что можно сказать о "жизненном проекте" мегаломана, учитывая сказанное выше? Прежде всего, для человека, поглощенного идеей величия, характерно вопиющее несоответствие между его точкой зрения на мир и точкой зрения того, с кем он "ведет диалог", прежде всего с психиатром, потому что после первых реальных шагов мегаломана на свободе (например, неадекватно дорогих покупок) он попадал в больницу, где его фактически единственным "партнером по бытию" становился психиатр. Это несоответствие прежде всего касается объективной пространствен-

ной ограниченности мегаломана пределами палаты и безграничности, глобальности его бредового пространства. Второй тип несоответствия касается собственности. На словах мегаломан мог обладать огромными состояниями, увеличивающимися раз от разу. Реально, по видимому, он уже не обладал ничем, так как над ним учинили опеку. Третье несоответствие касается противопоставления реальной немощи политика или парофренника и его бредовой моши — интеллектуальной, физической, политической или военной.

Однако для того, чтобы можно было конкретно говорить о каком-то жизненном проекте, необходимо располагать конкретными историями болезни, или хотя бы их фрагментами. В нашем случае имеется три таких источника: анализ бреда величия портних, пациентки Юнга, история болезни Йозефа Менделя, студента-философа, перенесшего острый реактивный психоз с элементами бреда величия (история болезни рассказана и проанализирована Ясперсом в книге [Ясперс 1996]) и наконец случай Шребера, сочетающий преследование и величие.

У пациентки Юнга, на первый взгляд, уже практически вообще нет никакого жизненного проекта, поскольку она в значительной степени дементна, и ее высказывания носят характер повторяющихся стереотипий. Вот один из образцов ее речепроизводства:

Я величественнейшее величие — я довольна собой — здание клуба "Zur platte" — изящный ученый мир — артистический мир — одежда музея улиток — моя правая сторона — я Наташа мудрый (weise) — нет у меня на свете ни отца, ни матери, ни братьев, ни сестер — сирота (Waise) — я Сократ — Лорелей — колокол Шиллера и монополия — Господь Бог, Мария, Матерь Божья — главный ключ, ключ в небесах — я всегда узакониваю книгу гимнов с золотыми обрезами и Библию — я владетельница южных областей, королевски миловидна, так миловидна и чиста — в одной личности я совмещаю Стюарт, фон Муральт, фон Планта — фон Кугель — высший разум принадлежит мне — никого другого здесь нельзя одеть — я узакониваю вторую шестиэтажную фабрику ассигнаций для замещения Сократа — дом умалишенных должен был бы соблюдать представительство Сократа, не прежнее представительство, принадлежащее родителям, а Сократа — это может вам объяснить врач — я Германия и Гельвеция из сладкого масла — это жизненный символ — я создала величайшую высшую точку — я видела книгу страшно высоко над городским парком, посыпанную белым сахаром — высоко в небе создана высочайшая высшая точка — нельзя найти никого, кто бы указал на более могущественный титул [Юнг 2000: 124].

Уже из этого фрагмента видно достаточно много. Нам прежде всего кажется наиболее важными идеи высшей точки и идеи установления, узаконивания. Кажется, что больная взирает на мир с высоты птичь-

его полета, с некой высшей точки, которую она сама для себя создала и откуда она может обозревать мир, высшей владетельницей которого она является, откуда видна Германия и Гельвеция, фабрика ассигнаций.

Нам кажется, что не будет преувеличением сказать, что тело больной в ее фантазиях это тело, которое совпадает с миром и всеми его обитателями. И, пожалуй, именно в этом смысле верховной божественности так, как она ее понимает. Отметим также с какой легкостью пациентка отождествляет себя с разными персонажами — она одновременно и Бог, и дева Мария. “Фон Стюарт” — еще один предмет отождествления — это, как выясняется в дальнейшем анализе, Мария Стюарт, которой отрубили голову. (Важность идеи расчленения тела будет выяснена в дальнейшем.)

Отметим также, что пациентка действительно совершенно не употребляет пропозициональных установок и вообще косвенных контекстов (придаточных предложений). Именно это позволяет ей совмещать, как она сама говорит, в ее личности нескольких людей, поскольку идея о том, что в одной личности может быть только одна личность, производная от закона рефлексивности ($A = A$), требует для того, чтобы этот закон мог действовать, различия между значением и референций, между именем и телом. Для парапреника же имя — то же, что тело, а тело — то же, что имя. И поскольку у одного человека может быть несколько имен, то это равносильно тому, что он сам может быть одновременно разными носителями этих имен, то есть одновременно Сократом, Богом, Божьей матерью, Германией, Гельвецией и т.д.

Как отмечает и сам Юнг, для нее не существует со слагательного наклонения, то есть она не делает различия между действительным и воображаемым — она изъясняется только простыми предложениями и притом обязательно в индикативе. Обычно соотношение конъюнктива, императива и индикатива в языке соответствует соотношению мысли, воли и поступка. Однако для пациентки Юнга не существует различия между помысленным, предъявленным в качестве во леизъявления, и сделанным. Поэтому она не употребляет императив, она не говорит: “Освободите меня из больницы” — ей это не нужно, она и так свободна. Более того, она говорит “Я установила дом умалишенных”. Дом умалищенных, таким образом, одновременно является и неким отдельным феноменом, произведенным ею при помощи акта творения, и частью ее космического тела. Она в определенном смысле понимает, что она постоянно пребывает в доме умалищенных, но для нее эта идея не вступает в противоречие с идеей, что она же этот дом умалищенных и “установила”. Забегая вперед, отметим, как это удивительно напоминает комплекс страдающего бога, который одновременно создал мир и страдает как часть созданного им же самим мира.

Случай доктора Йозефа Менделя, описанный Ясперсом, во многом не похож на случай портнихи

Юнга, прежде всего тем, что здесь нет никакого намека на слабоумие ни до, ни после, ни во время психоза. Больной обладал утонченным интеллектом. Будучи юристом, он увлекся философией, читал Кьеркегора, Больцано, Рикерта, Гуссерля и Бренанто. Его психоз носил характер религиозного бреда с идеями величия, но не полного, тотального величия. Суть его бредового сюжета заключалась в том, что он должен был каким-то образом освободить человечество, наделить его бессмертием. С этой целью Верховный, Старый Бог сделал его Новым Богом и для придания ему силы он вселил в его тело тела всех великих людей и богов. Это вселение и было кульминацией психотической драмы.

Сначала для увеличения его силы Бог переселился в него и вместе с ним весь сверхъестественный мир. Он чувствовал, как Бог проникал в него через ноги. Его ноги охватил зуд. Его мать переселилась. Все гении переселились. Один за другим. Каждый раз он чувствовал на своем собственном лице определенное выражение и по нему узнавал того, кто переселялся в него. Так, он почувствовал, как его лицо приняло выражение лица Достоевского, затем Бонапарта. Одновременно с этим он чувствовал всю их энергию и силу. Пришли Д’Аннуцио, Граббе, Платон. Они маршировали шаг за шагом, как солдаты. ... Но Будда не был еще внутри него. Сейчас должна была начаться борьба. Он закричал: “Открыто!” Тотчас же он услышал, как одна из дверей палаты открылась под ударами топора. Появился Будда. Момент “борьбы или переселения” длился недолго. Будда переселился в него” [Ясперс 1996: 195 – 196].

Настоящий случай интересен тем, что он как бы приоткрывает механизм возникновения величия или, по крайней мере, один из возможных механизмов — представление о чисто физическом “переселении” в тело больного тел великих людей и Богов, чтобы потом можно было сказать “Я -такой-то”, чего, впрочем, больной не говорит, поскольку его бред не является типичным бредом величия. Здесь нет в строгом смысле экстраективной идентификации. Здесь происходит даже нечто противоположное и в логическом смысле парадоксальное. А именно — имеет место как будто бы интроекция, но интроекция не на уровне сознания, не на уровне интенсионалов, а, так сказать, в “прямом смысле”, на уровне экстенсионалов, на уровне тел: больной интроектирует в свое тело тела великих людей и богов. Происходит своеобразная “экстравективная интроекция”.

Отметим также еще два важных момента. Первый заключается в том, что несмотря на то, что благодаря двойной ориентации, больной, по-видимому, сохранял сознание своего “Я”, его уникальности и, вероятно, понимает, что, несмотря на все переселения, он остается доктором Йозефом Менделем, пусть даже ему приходится выступать в роли “Нового Бога”, несмотря на это так же, как и в случае пациентки Юнга,

даже в еще большей степени, больше отождествляет свое тело и свое “Я” с телами и “Я” (сознаниями) всех переселившихся в него людей и всей вселенной.

При всех этих процессах его “Я” больше не было личным “Я”, но “Я” было наполнено всей вселенной. .. Его “Я” было здесь, как прежде, не индивидуальным “Я”, но “Я” = все, что во мне, весь мир” [Ясперс: 198, 202].

Второй важный момент заключался в представлении о том, что Бог (“Старый Бог”, “Верховный Бог”) лишен обычных для верующего или богослова черт — всемогущества, всеведения и нравственного совершенства. Этот Бог несовершенен. Этот Бог “ведет половую жизнь”, Богу можно досаждать, чтобы он “уступил”, как-то на него воздействовать, у него меньше власти, чем у дьявола, его можно было “назначать властвовать”, как на должность.

Все это напоминает знаменитый “случай Шребера”, бредовую систему дрезденского сенатского президента, описавшего и опубликовавшего свою бредовую концепцию (“Мемуары нервнобольного”), которая много раз анализировалась психиатрами и психоаналитиками, начиная с самого Фрейда [Freud 1981]. Одно из ключевых положений системы Шребера, который так же вступал в чрезвычайно тесные и запутанные отношения с Богом, заключалось в том, что Бог очень плохо разбирается в человеческих делах, в частности, не понимает человеческого языка (об этом аспекте подробно см. [Лакан 1997]). Шребер был посредником между Богом и людьми. В сущности, в его системе, которая была настолько сложной, что ее невозможно подвести под какую бы то ни было классификацию, основной мегаломанический компонент заключался в том, что Шребер считал себя единственным человеком, оставшимся в живых для того, чтобы вести переговоры с Богом, тогда как все другие люди были мертвые. Он должен был спасти человечество. Для этого ему было необходимо превратиться в женщину (то есть пожертвовать своей идентичностью), чтобы стать женой Бога (в этом, собственно и был своеобразный элемент величия в системе Шребера).

И второй характерный момент, заключающийся в том, что бредовые пространственные перемещения Шребера позволяют сказать, что его тело, как и тело “стандартного мегаломана”, становится равным вселенной. Это замечает Канетти, говоря о Шребере, что “в космосе, как и в вечности, он чувствует себя, как дома. Некоторые созвездия и отдельные звезды: Касиопея, Вега, Капелла, Плеяды — ему особенно по душе, он говорит о них так, как будто это автобусные остановки за углом... Его зачаровывает величина пространства, он хочет быть таким же огромным, покрыть его целиком... О своем теле Шребер пишет так, как будто это *мировое тело* (курсив автора. — В. Р.) [Канетти 1997: 465].

Почему же так важно, что при бреде величия тело больного воспринимается им как равное вселенной? Чтобы ответить на этот вопрос, необходимо затронуть последнюю в нашем исследовании проблему: почему бред величия всегда предшествует слабоумию, почему он так тесно связан со слабоумием?

Здесь надо вспомнить, что при продвижении по трем фазам шизофренического бреда — паранойально-проективной, параноидно-экстраективной и парофrenno-экстраективно-идентификационной — “Я” шизофреника все в большей степени теряет свои позиции, подвергается, если воспользоваться экзистенциалистским термином, “омирению” [Verweltlichung], “проигрывает себя миру” [Бинсвангер 1999]. Этот проигрыш, деградация “Я”, компенсируется внутренним раздуванием (инфляцией), венцом которого и является бред величия. Поскольку, так сказать, дальше раздуваться уже некуда, “Я” “лопается”.

Мне кажется, трудно возразить против того, что движение от бреда отношения к бреду величия и последующему слабоумию можно рассматривать как инволюцию личности, поэтому выражение “впасть в детство” в качестве синонима слабоумия является неслучайным. Но если так, если шизофреник движется в своем “развитии” в обратную сторону, то аналог “величия” должен отыскаться в каких-то феноменах раннего детства. Это безусловно так и есть. Речь идет о феномене “всемогущества” младенца, о котором впервые ярко написал Ференци:

Но если уже в утробе матери человек живет и душевной жизнью, пусть бессознательной, .. то он должен получить от такого своего существования впечатление, что он всемогущ. Ведь что такое “всемогущ”? Это ощущение, что имеешь все, что хочешь, и больше желать уже нечего.. .

Следовательно, “детская иллюзия величия” насчет собственного всемогущества по меньшей мере не пустая иллюзия; ни ребенок, ни невротик с навязчивыми состояниями не требуют от действительности ничего невозможного, когда не могут отказаться от мысли, что их желания должны исполняться; они требуют лишь возвращения того состояния, которое уже было когда-то, того “доброго старого времени”, когда они были всесильны [Ференци 2000: 51].

Далее Ференци пишет, что период внутриутробного тотального всемогущества сменяется у ребенка после рождения “чувством обладания магической способностью реализовать фактически все желания, просто представив себе их удовлетворение, — период магически-галлюцинаторного всемогущества” [Там же: 53].

Переводя эти положения на более обыденный язык, можно вспомнить сопоставление, принадлежащее Блейлеру, который сравнивает мегаломана с ребенком, скачущим на деревянной лошадке и воображающим, что он генерал (“мальчик изживает свое инстинктивное стремление к могуществу и борьбе,

прыгая верхом на палочке с деревянной саблей в руках” [Блейлер 2001: 180]).

Инфантильное всемогущество связано с первичным нарциссизмом, инфантильной эротической обращенностью на себя, формированием нарциссического грандиозного “Я”, для которого характерно чувство собственного величия и превосходства [Kohut 1971].

Во времена Фрейда считалось, что нарциссические личности не способны к переносу и поэтому психоаналитическое лечение их в принципе невозможно (это соответствовало клиническому взгляду на психотиков как на “недоступных”). Считается, что революцию в этом вопросе совершил Хайнц Кохут, который проанализировал возможность специфического нарциссического переноса. Для нашего исследования важно, что в наиболее архаическом типе такого переноса, merger transference (“перенос слияния”), нарциссическая личность воспринимает себя и аналитика как одну симбиотическую личность [Kohut 1971: 114], что становится возможным благодаря тому, что в нарциссическом переносе реагирует то, что Кохут называет “я-объектом” — это объекты, которые “подпитывают наше чувство идентичности и самоуважения своим подтверждением, восхищением и одобрением” [Мак-Вильямс 1998: 228]. Такими я-объектами являются, в первую очередь, конечно, родители и “сиблинги” (братья и сестры).

В сущности, здесь мы приходим к психодинамическому объяснению механизма экстраактивной идентификации, суть которой кроется в нарциссическом отождествлении с всемогущим я-объектом, которое в нашем случае, как пишет О. Кернберг, соответствует “патологической регрессии к бредовому восстановлению грандиозного Я в холодном параноидальном величии” [Кернберг 2000: 233].

Еще раз: на нарциссической стадии развития “Я” ребенка становится грандиозным (мегаломаническим) благодаря архаическому отождествлению с фигурой всемогущего я-объекта. При нарциссической патологии или акцентуации, вторичном нарциссизме, который может перерождаться в “злокачественный нарциссизм” пограничного или психотического уровня, это грандиозное Я, “подпитанное” идентификацией с всемогущим я-объектом, реагирует и в нашем случае (в случае бреда величия) проявляется в виде экстраактивной идентификации, которая, похоже, является не чем иным, как репродукцией этого самого первичного отождествления с всемогущим я-объектом.

Вот почему наиболее обычный преэдипальный вариант этого отождествления — сын отождествляет себя с всемогущественным отцом — проигрывается вновь в мегаломаническом сюжете как динамика отождествлений и взаимоотношений старших и младших богов, как мы это видели при рассмотрении случаев Йозефа Менделя и Даниеля Шребера.

Отсюда прозрачной становится соотнесенность мегаломанического сюжета с мифологическими первосюжетами (о чем писал уже О. Ранк, связавший исследованный им миф о чудесном рождении героя с мегаломаническим сюжетом “высокого происхождения” [Ранк 1998: 202 – 203]).

Что же это за первосюжеты? Здесь вспомним характерное для рассмотренных случаев представление о теле мегаломана как о мировом теле, то есть репродукции мифологической идеи тождества микрокосма и макрокосма.

Мифопоэтическое воззрение космологической эпохи исходит из тождества (или по крайней мере из особой связанности, зависимости, подтверждаемой и операционно) макрокосма и микрокосма. Человек как таковой — один из крайних ипостасных элементов космологической схемы, ее завершение и одновременно начало нового ряда, уже не умещающегося в космологические рамки. Состав человека, его плоть в конечном счете восходит к космической материи, которая, “оплотнившись”, легла в основу стихий и природных объектов [Топоров 1988: 12].

Космогоничность разобранных выше примеров позволяет выдвинуть гипотезу, в соответствии с которой мегаломанический сюжет с телом, отождествляемым со всеми великими людьми и всей вселенной, является проигрыванием сюжета первотворения, и, соответственно, мегаломаническое “грандиозное тело”, равное всей вселенной, — это тело перво человека, из которого творится макрокосм, тело, которое отдается в жертву сотворяемому миру и из которого, собственно, этот мир и творится.

Логика этого отождествления следующая: мегаломан в “идеале” в своей экстраактивной идентификации это Бог, но, как мы видели из наших примеров, не Верховный Бог, а скорее младший Бог, Бог-сын. (Понятно, что это тем или иным образом соотносится с эдипальной динамикой.) И в этом смысле его задача — либо просто осуществить волю Верховного Бога (как в случае доктора Менделя), либо исправить его ошибки (как в случае Шребера). Эта задача, в сущности, сводится к тому, чтобы создать некий новый мир, новую вселенную, потому что мегаломан и в бредовом, и в объективном смысле остается совершенно один. В бредовом смысле все человечество погибло, в объективном смысле он коммуникативно отрезан от реальных объектных отношениях. Кроме него в мире никого нет (это, кстати, одна из возможных мотивировок прекращения бреда преследования — преследовать мегаломана больше некому). Есть только Старый Бог, который уже плохо соображает или даже уже вообще умер (как в мегаломаническом проекте Ницше, о котором см. ниже). Поэтому единственное спасение — и у мегаломана есть для этого ресурсы: ресурсы его бредового величия и всемогущества — это создать мир заново, пожертвовать себя миру, как и должен поступать младший бог,

бог-сын христианской традиции, умирающий и воскресающий бог архаического мифа. И мегаломан создает бредовую новую вселенную практически в прямом смысле “из себя”, из своего экстрактивно-брэдового тела, уподобляясь в этом перво человеку.

Перво человек — космическое тело, в мифопоэтических и религиозных традициях антропоморфизированная модель мира. В основе этого образа лежит представление о происхождении вселенной из тела перво человека, объясняющее характерный для мифопоэтической картины мироздания параллелизм между микрокосмом и макрокосмом, их изоморфизм, однородность. Иногда в космологических текстах говорится о том, что члены тела перво человека создаются из соответствующих частей вселенной, но чаще человеческое тело выступает как первичное и исходное, а космическое устройство как вторичное и производное. .. В раввинистической литературе Адам изображается как перво человек огромных размеров: в момент сотворения его тело простипалось от земли до неба, заполняя собою всю землю [Топоров 2000: 300].

Сравни также представления о конкретных перво людях, например Пуруше и Пань-Гу, макрокосмические тела которых расчленялись, приносясь таким образом в жертву миру, в основу его творения [Топоров 2000а, Рифтин 2000].

Отзвуки идей жертвенности, соотносимых с диалектикой величия и преследования, мы находим во всех разобранных нами примерах, особенно явственно в случае доктора Менделя. В юнговских материалах, описывающих случай слабоумной портнихи, мы находим даже фрагмент, где большую роль играют идеи жертвенности и расчленения тела.

Стюарт: я имею честь быть фон Стюарт — когда я однажды это затронула, доктор Б. сказал: ей ведь отрубили голову .. это опять-таки величайшая в мире трагедия — наше высшее Божество на небе, римский господин St. (собственное имя пациентки) высказался с проявлением сильнейшего горя и негодования, вследствие отвратительного смысла мира, где ищут смерти невинных людей — моя старшая сестра должна была так невинно приехать сюда, чтобы умереть — после этого я видела ее голову с римским Божеством на небе — ведь отвратительно, что всегда является такой мир, ищащий смерти невинных людей — С. вызвала во мне чайхотку — когда я увидела ее лежащей на похоронной колеснице .. и Мария Стюарт тоже была такой же несчастной, которой пришлось умереть невинно [Юнг 2000: 144].

По-видимому, здесь уместно вспомнить также архаические представления, связанные с культом умирающего и воскресающего бога (Осириса, Диониса, Фаммуза), архаического варианта мифа о первотворении и перво человеке. Здесь также имеется диалектика смерти и воскресения, соотнесенная с диалектикой величия и преследования и, более того, актуализация этих представлений позволяет уяснить мифологиче-

скую мотивировку и увязку этой соотнесенности: бог-мегаломана, тело которого соотносится с телом вселенной, в частности в растительном, аграрном варианте этого представления, преследуют, чтобы умертвить, принести в жертву, чтобы он потом воскрес во всем величии, соотнесенном с величием обновленного в природном круговороте мира, поэтому столь обычным в мегаломаническом мире оказывается сюжет отождествления с Христом как позднейшим отголоском культа умирающего и воскресающего страдающего бога и отсюда противопоставления Отца, Верховного (старого) Бога Богу-сыну, страдальцу, избраннику и жертве, то есть самому больному.

В этой связи нельзя напоследок не упомянуть фигуру Ницше, жизненный проект которого превратил бред величия в один из устойчивых культурных паттернов начала XX века. Здесь и очевидный акцентуированный нарциссизм, и культ умирающего и воскресающего Диониса, анти-этика грандиозности и христоборчества и клинический бред величия с экстрактивной идентификацией с Христом, Антихристом и Дионисом. В момент начала острого психоза в 1889 году Ницше подписывал открытки, посылаемые разным людям, либо “Дионис” либо “Распятый” [Ницше 1990: 2, 809]. Идеи величия в явном виде имеются уже в последнем трактате “Esse homo” (“Се, человек!” — слова, сказанные Пилатом об Иисусе [Иоанн 19, 5]): Ницше называет себя самым мудрым, свои книги самыми великими, отождествляет себя со своим отцом [Ницше 1990: 2, 703], говорит что при встрече с ним “лицо каждого человека проясняется и добреет” [Там же: 723], называет себя Антихристом (725) и Дионисом (768).

Последний симптом: внезапная демаскировка Я, переутомленного масками и требующего наконец своей собственной речи, — невыносимое fortissimo самозванств, настоящее насилие над Евтерпой: я ученик философа Диониса; я северный ветер для спелых плодов, я всегда выше случая; я так умен; я пишу такие хорошие книги; я впервые открыл трагическое; я первый имморалист; я изобретатель дифирамба; я слишком новый, слишком богатый, слишком страстный; я обещаю трагический век... Только с меня начинаются снова надежды; я знаю свой жребий; моя истина ужасна; я первый открыл истину; я тот, кому приносят клятвы; я всемирно-историческое чудовище; я анти-осел; я рок; я не человек, я динамит, — и уже почти машинально модулируя в тональность “паралича” и “комбинированного психоза” — среди индусов я был Буддой, в Греции — Дионисом; Александр и Цезарь — мои инкарнации, также и поэт Шекспира — лорд Бэкон; я был напоследок еще и Вольтером и Наполеоном, возможно, Рихардом Вагнером .. Я к тому же висел на кресте .. я каждое имя в истории [Свасьян 1990: 33].

Наше последнее замечание будет касаться интерпретации того, почему стандартным персонажем обы-

денных представлений о бреде величия является Наполеон. Дело в том, что негативное представление о Наполеоне как о холодном грандиозном нарциссе, бездушном завоевателе и т.д., представление, впитанное русским интеллигентом из романа Толстого "Война и мир", является далеко не типичным для культуры XIX века, когда формировались обыденные представления о "мании величия". В эпоху романтизма, особенно после смерти Наполеона на острове Св. Елены в 1821 году, отношение к нему было скорее амбивалентным и даже с уклоном в героизацию — Наполеон воспринимался не столько как великий полководец, но как *творец* нового мира, человек, отдавший себя в *жертву* покорению Французской революции, как человек, *преследуемый* бездарными врагами, которые после победы над ним при Ватерлоо установили полицейский режим в Европе ("Европа в русле Священного Союза", по выражению Мандельштама), и умерший, как *мученик*, в изгнании. В свете всего сказанного о бреде величия именно такая амбивалентность, соотносимая с диалектикой космогонического творения и жертвы, и позволила имени Наполеона стать нарицательным символом экстраактивной идентификации.

Сердечно благодарю за помощь в работе над статьей А. И. Сосланда и В. Н. Цапкина.

ЛИТЕРАТУРА

- Бейтсон Г. Экология разума. — М., 2001.
Бенвенист Э. Общая лингвистика. — М., 1974.
Бинсвангер Л. Бытие-в-мире: Избранные статьи. — М.—СПб., 1999.
Блейлер Э. Руководство по психиатрии. — М., 1993.
Блейлер Э. Аутистическое мышление / Блейлер Э. Аффективность, внушение, паранойя. — М., 2001.
Вацлавик П., Бивин Дж., Джексон Д. Психология межличностных коммуникаций. — СПб., 2000.
Даммит М. Что такое теория значения / Философия. Логика. Язык. — М., 1987.
Золян С. Т. "Вот я весь...": К анализу "Гамлета" Пастернака // Даугава, 11, 1988.
Золян С. Т. Семантика и структура художественного текста. — Ереван, 1991.
Канетти Э. Масса и власть. — М., 1997.
Кернберг О. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях. — М., 1998.

- Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии. — М., 2000.
Лакан Ж. Инстанция буквы в бессознательном, или судьба разума после Фрейда. — М., 1997.
Лотман Ю. М., Успенский Б. А. Миф — имя — культура / Лотман Ю. М. Избранные статьи в 3 т. Т. 1. — Таллинн, 1992.
Лэйнг Р. Расколотое "я": Анти-психиатрия. — М.—СПб., 1995.
Ницше Ф. Сочинения в 2 т. Т. 2. — М., 1990.
Ранк О. Миф о рождении героя / Между Эдипом и Озирисом: Становление психоаналитической концепции мифа. — М., 1998.
Рифтин Б. Л. Пань-Гу / Мифы народов мира. Т. 2. — М., 2000.
Руднев В. Психотический дискурс // Логос, 3 (13), 1999.
Руднев В. Экстраакция и психоз // Моск. психотер. ж., 2, 2001.
Рыбальский И. М. Бред: Систематика, семиотика, нозологическая принадлежность бредовых, навязчивых, сверхценных идей. — М., 1993.
Свасьян К. А. Фридрих Ницше: Мученик познания / Ницше Ф. Сочинения в 2 т. Т. 1. — М., 1990.
Степанов Ю. С. В трехмерном пространстве языка: Семиотические проблемы лингвистики, философии, искусства. — М., 1985.
Топоров В. Н. О ритуале. Введение в проблематику / Архаический ритуал в фольклорных и раннелитературных памятниках. — М., 1988.
Топоров В. Н. Первичеловек / Мифы народов мира. Т. 2. — М., 2000.
Топоров В. Н. Пуруша / Мифы народов мира. Т. 2. — М., 2000.
Ференци Ш. Теория и практика психоанализа. — М., 2000.
Фрейд А. Это и механизмы защиты / Анна Фрейд. Теория и практика детского психоанализа. Т. 1. — М., 1999.
Фрейд З. Скорбь и меланхолия / Фрейд З. Художник и фантазирование. — М., 1994.
Хинтикка Я. Семантика пропозициональных установок / Хинтикка Я. Логико-эпистемологические исследования. — М., 1980.
Юнг К. Г. Психология dementia praecox / Юнг К. Г. Работы по психиатрии: Психогенез умственных расстройств. — СПб., 2000.
Ясперс К. Общая психопатология. — М., 1994.
Ясперс К. Собрание сочинений по психопатологии. Т. 2. — М., 1996.
Freud S. The Loss of reality in neurosis and psychosis / Freud S. On psychopathology. — New York, 1981.
Freud S. Psychoanalytic notes on an autobiographical account of a case of paranoia (dementia paranoides) / Freud S. Case Histories. II — New York, 1981.
Kohut H. The Analysis of Self: A Systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. — New York, 1971.
Quine W. From a logical point of view. — Cambridge, 1951.

Третий региональный конгресс

"ФИНАНСИРОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ЗАВИСИМОСТЕЙ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ"

23 – 25 ноября 2001 г., Бухарест

факс (в Италии): + 39 (2) 5810-6901; E-mail: moscarelli@icmpe.org

Все мы хорошо знаем примеры неоценимого вклада в литературу и драматургию, внесенного врачами. Среди наиболее известных имен — М. А. Булгаков, В. В. Вересаев, А. П. Чехов.

В то же время к разряду уникальных можно отнести случаи, когда бы врач, став профессиональным драматургом, не только обогатил этот вид искусства, но и через драматургию, свое второе призвание, способствовал развитию медицины.

Именно такого рода случай мне бы и хотелось представить на страницах Независимого психиатрического журнала, тем более что речь идет о нашем коллеге-психиатре. Это А. Е. Строганов, приобретающий в театральных кругах все большую известность.

Александр Евгеньевич окончил Алтайский государственный медицинский институт. Работает врачом-психиатром в Алтайском краевом психоневрологическом диспансере.

Литературной деятельностью занимается более 20 лет. Является лауреатом поэтического фестиваля "Мастерские модерна", лауреатом Демидовской премии в области литературы за 2000 год.

Произведения А. Е. Строганова публиковались в журналах "Арион", "Странник" (г. Москва). А. Е. Строганов — автор сборника поэзии "Мелос" (г. Барнаул, 1980 г.) Его книга "Excentrique" была издана в Барнауле в 1993 году. Пьесы А. Е. Строганова "Дверь", "Четверо на самом верху Вавилонской башни", "Придумайте пивную" впервые были поставлены на сценах барнаульских молодежных театров "ПЛОТ" и "Мастерская 21".

В 1998 году пьесой А. Е. Строганова "Орнитология" была представлена Россия на Национальной конференции драматургов в США. Пьеса была переведена на английский язык и поставлена с американскими актерами на сцене Театрального центра Ю. О'Нила.

В 1998 году состоялась премьера спектакля "Интимное наблюдение" по пьесе А. Е. Строганова в Московском Художественном академическом театре им. А. П. Чехова.

В 1999 году осуществлена постановка пьесы "Орнитология" в Санкт-Петербурге, на сцене Александринского театра им. А. С. Пушкина. С большим успехом прошли гастроли театра в Финляндии.

В 2000 году успешно осуществлена премьера пьесы А. Е. Строганова "Лисицы в развалинах" в Алтайском краевом театре драмы им. В. М. Шукшина (режиссер К. Нерсисян, Москва).

Рецензии на пьесы и спектакли А. Е. Строганова опубликованы в центральных изданиях России и за рубежом — журналах "Teatr", "Театральная жизнь", "Петербургский театральный журнал" "Moscow Times", "London journal plays international", газетах "Культура", "Экран и сцена", и др.

Пьесы А. Е. Строганова "Орнитология", "Виктор Кандинский", "Болезнь Праслова" и др. проникают в сферу психопатологии, пытаясь ответить на вопрос "Что есть душевное здоровье и каковы его границы".

С позиций глубокого знания драматургии, профессиональных знаний в области психиатрии и психотерапии А. Е. Строганов разработал оригинальный метод "Этической терапии", который, хотелось бы надеяться, а для этого есть все основания, войдет в арсенал психотерапии, расширит ее возможности и будет способствовать ее дальнейшему совершенствованию и развитию.

Профessor Б. Н. Пивень.

"Этическая терапия" как метод индивидуальной психотерапии Применение теории "Этического театра" Бертольда Брехта в психотерапевтической практике

А. Е. Строганов (Барнаул)

В последние десятилетия, ввиду скоротечных неблагоприятных социальных перемен в обществе, (1; 4; 10) возникновения нового для нашей страны вида психотравмирующих влияний, описанного Б. Н. Пивнем (6; 7) как "тотальные негативные психологические воздействия", проблема лечения психогенных психических заболеваний стала особенно актуальной. Явления поляризации, возникновение противоречий между социальными группами, прогрессирующая обособленность микросоциума определяют особую значимость методов индивидуальной психотерапии.

Психотерапия, как один из наиболее доступных и действенных способов лечения психических заболеваний, весьма многообразна и находится в постоянном развитии. Ее тесная взаимосвязь с подверженным метатеоретическим течениям, мировоззренческо-философским пространством, делает ее столь же подвижной, как и само это пространство. По мнению Д. А. Стехликовой (9), "неисчерпаемое богатство культурного космоса, сложность явлений внутренней жизни человека определяют поразительное многообразие психотерапевтического опыта, его высокую степень внутренней дифференциации".

Не существует, да и не может существовать универсальной формы психотерапии. Различные школы клинической и, в особенности, психологической психотерапии, от Э. Кречмера до З. Фрейда и В. Э. Франкла, безусловно, являющиеся этапами в развитии этого направления, как и всякое средство постижения человека, имеют свои преимущества и недостатки. Каждая из этих школ, главным образом созданная на личностной, со своей спецификой мировосприятия, основе, так же как ребенок, несет генетический код своего несовершенного родителя. Весьма показательным является пример столь популярного в настоящее время, психоанализа, который, как и любой другой метод, имеет свое поступательное движение. Исследуя это движение, М. Е. Бурно (3) цитирует высказывание Ж. Лакана, “...я тот, кто прочел всего Фрейда, создал свой собственный психоанализ”.

Учитывая постоянно меняющиеся реалии социального пространства, дальнейший поиск в психотерапии закономерен и необходим. По мнению М. Сабшина, (8) размышающего в связи со столетием со дня рождения “отца” американской психобиологии А. Майера о дальнейшем развитии клинической психиатрии в целом, — “...строить (ее) следует с помощью новых технологий, новых методик...”.

Взаимосвязь сфер театра и психотерапии очевидна. Психиатрам хорошо известна психодрама (социодрама) J. L. Moreno (1934), как метод групповой психотерапии, основанный на учении социометрии. Сугубо театральными являются компоненты психодрамы: больной — “актер”, другие больные (“дополнительные актеры”), “хор”, режиссер — врач и зрители. Однако и само по себе искусство представления, базирующееся на эмоциональном воздействии, в отдельных случаях, можно рассматривать в качестве мощного психотерапевтического средства (как для людей, участвующих в представлении, так и для зрителя). Однако,

группа людей, занятых в театральном процессе по обе стороны рампы не ставит перед собой специфических для медицины задач, а потому воздействие может нести как положительный, так и отрицательный заряд. Исходя из этого, подобного рода психотерапия является, в известной степени, спонтанной и хаотической.

Существующие классические (К. С. Станиславский, В. Brecht) и более поздние (E. Grotovsky, A. A. Васильев и др.) теории и системы, во многом основанные на знании социальной психологии, имеют непреходящее значение для театра. Владение теми или иными методами, что подтверждено практикой, не только многократно усиливает точное, спланированное режиссером воздействие на зрителя (режиссерские задачи могут быть самыми разнообразными и предполагать, в том числе, будоражащий, шокирующий эффект), но и предоставляет возможность проведения скрупулезного глубокого анализа самого театрального процесса.

На основании вышеизложенного, мысль о возможности использования театральных теорий и систем применительно к дальнейшему развитию и совершенствованию психотерапии представляется весьма логичной и любопытной.

По признаку особой схожести ее метода с психотерапевтическим, наше внимание привлекла театральная система Б. Брехта.

“Эпический (повествовательный) театр” Бертольда Брехта создавался как современная театральная система, которой предназначалось противостоять традиционной “аристотелевской” драме. (5)

Какие же изменения внес Б. Брехт? Наиболее показательна сравнительная табл. 1, демонстрирующая различия обычного драматического и эпического театров, впервые данная Б. Брехтом в примечаниях к “Расцвету и упадку города Махагони” в 1930 г. и дополненная в 1938 г. (11)

Таблица 1

ДРАМАТИЧЕСКАЯ ФОРМА ТЕАТРА	ЭПИЧЕСКАЯ ФОРМА ТЕАТРА
С помощью действия вовлекает зрителя в сценическое событие, истощает его активность, возбуждает его эмоции.	Рассказывая, ставит зрителя в положение наблюдателя, но пробуждает его активность. Заставляет принимать решения.
Переживание.	Отображение мира.
Зритель становится соучастником чего-то.	Он противопоставляется этому.
Внушение.	Аргумент.
Эмоции остаются в сфере эмоционального.	Эмоции перерабатываются сознанием в выводы.
Зритель оказывается вовлеченным, переживает.	Зритель противопоставлен, изучает.
Человек рассматривается как нечто известное.	Человек является предметом исследования.
Человек неизменен.	Человек изменяет действительность и изменяется сам.
Заинтересованность в развязке действия	Заинтересованность ходом действия.
Рост совершается по прямой с эволюционной непреложностью.	Монтаж зигзагами, скачками.
Человек как нечто определенное.	Человек как процесс.
Мир, каков он есть, как приходится поступать, страсти человека.	Мир, каким он становится, как следует поступать, его мотивы.
Сознание определяет бытие.	Общественное бытие определяет сознание.
Чувство.	Разум.

По мнению Б. Брехта, вживание зрителя в созданный актером образ (драматическая или “аристотелевская” форма театра) не дает ему возможности критически разобраться в показанном. Он оказывается, как бы в шорах, которые не позволяют оглянуться по сторонам, лишают возможности представить себе иное поведение персонажа (!). Б. Брехт отыскал элемент, который должен был заменить вживание — это *эффект очуждения*. “Очуждающее изображение, — пишет Б. Брехт в “Малом органоне”, — заключается в том, что оно хотя и позволяет узнать предмет, но в то же время представляет его как нечто постороннее, чуждое”.(2)

Диалектика эффекта очуждения представляется Б. Брехту в следующем виде:

1. Очуждение как понимание (понимание — непонимание — понимание), отрицание отрицания.
2. Накопление неясностей, пока не наступает полная ясность (переход количества в качество).
3. Частное в общем (случай в своей исключительности, неповторимости, при этом он типичен).
4. Момент развития (переход одних чувств в другие чувства противоположного свойства, критика и вживание в образ в неразрывном единстве).
5. Противоречивость (данный человек в данных обстоятельствах, данные последствия данного действия).
6. Одно понимается через другое (сцена, вначале самостоятельная по смыслу, благодаря ее связи с другими сценами обнаруживает и другой смысл).
7. Скачок (*saltus naturae*, эпическое развитие со скачками).
8. Единство противоположностей (в едином ищут противоречия, мать и сын в “Матери” — внешне единны, но они борются друг с другом из — за денег).
9. Практическая применимость знаний (единство теории и практики). (2)

Изучая драматургический материал, анализируя взаимоотношения с ним актера, равно, как и взаимоотношения актеров между собой в предлагаемом материале, систематизируя свои наблюдения с тем, чтобы создать новый “эпический театр”, Б. Брехт невольно изучал сложные и, порой, противоречивые взаимоотношения индивидуумов вообще и в экстремальных ситуациях, ситуациях “стресса” в частности, если иметь в виду, что основой драматургического события, предметом театрального действия, как правило является именно экстремальная ситуация, стресс, психическая травма. Руководствуясь этим, мы и задались вопросом, — Не могут ли исследования Б. Брехта быть сколько-нибудь полезными в области психиатрии, науки, одной из первостепенных задач которой и является купирование последствий перенесенной личностью психической травмы?

Для того чтобы ответить на этот вопрос, необходимо как бы изменить “угол зрения” на теорию “эпического театра” и представить себе, что сферой при-

ложения системы Б. Брехта явится вовсе не театральный процесс, а иной, процесс лечения психического заболевания, что результатом явится не успех актера, обусловленный использованием новых знаний на практике, а выход пациента из кризиса, обусловленный использованием нового, изначально театрального метода. Условно такой метод можно было бы назвать “эпической терапией”.

Нам видится, что ключом к решению поставленной задачи может быть довольно простая и понятная схема. Рассмотрим историю болезни пациента как своеобразное незаконченное драматическое произведение (повествование), а самого пациента — как автора, коему предстоит закончить это произведение.

При таком подходе сравнение “эпического театра” и “эпической терапии”, демонстрирующее какие постулаты театральной системы Б. Брехта можно использовать в новом психотерапевтическом методе, выглядит так, как показано в табл. 2.

Предлагаемый нами метод “Эпической терапии” является оригинальным, ранее не использовавшимся методом индивидуальной психотерапии.

Для достижения положительного терапевтического результата перед ее проведением необходимо довести до сознания пациента, что его заболевание неразрывно связано с той самой критической ситуацией, в которой он оказался. Именно эта ситуация привела его к заболеванию. Выход из ситуации станет для него выходом из болезни.

Проведение сеансов “эпической терапии” может сочетаться с психофармакотерапией.

Пациент работает и с психотерапевтом, и индивидуально (выполняя “домашнее задание”). В особых случаях возможно проведение “эпической терапии” только с психотерапевтом. Очевидно, что в “эпической терапии” не обойтись без “эффекта очуждения” Б. Брехта. Важнейшим моментом в этом процессе является “превращение” пациента из “персонажа драмы” в ее “автора”, то есть развитие способности оценить актуальную ситуацию “со стороны” (“эмоции перерабатываются сознанием”). Практически “очуждение” ситуации при “эпической”, т.е. “описательной” терапии и базируется на составлении “эпоса”.

“Эпос” включает в себя следующие разделы;

1. **Первичное описание.** В зависимости от индивидуальных особенностей пациента ему предлагается изложить (по возможности в письменном виде) те события, которые привели его к кризису (депрессия и другие расстройства). Описание ведется от выбранного самим пациентом момента времени до визита к психотерапевту. Описание ведется в третьем лице. Сам пациент обозначает себя и прочих действующих лиц произвольно (вымышленные имена, инициалы, литеры и т.п.) В “первичном описании” пациент является главным действующим лицом. События разворачиваются вокруг него и всегда с его участием, либо в его присутствии. В случае отказа, по тем или иным

причинам, составить письменное описание, пациент выступает в качестве рассказчика, а психотерапевт — в качестве секретаря (составляется конспект устного “первичного описания”). На этом этапе психотерапевт не вступает в беседу. Он является только читателем (секретарем, слушателем).

Цель первичного описания:

- Пациент знакомится с новой для себя ролью “автора”.
- Впервые излагает ситуацию “со стороны”.
- Оценивает помехи эмоционального порядка при попытке связно и последовательно изложить “эпос”.
- Определяется круг “действующих лиц эпоса”.
- Определяются “положительные” и “отрицательные” персонажи.

2. Хронологическое описание. “Автору” предлагается переработать “первичное описание”. При со-ставлении “хронологического описания” перед “авто-ром” ставится задача последовательно изложить про-исходившие события с максимальной точностью. Важно так же попытаться восстановить месяц, день, время происходивших событий.

Цель хронологического описания:

- Пациент вживается в роль автора.
- На подсознательном уровне логика, мышление вступают в противоречие с эмоциями, чувствами.
- Скрупулезность работы вызывает внутренний протест (подсознательно излагаемая ситуация в це-лом постепенно теряет актуальность)
- “Эпос” приобретает черты истории, существую-щей вне “пациента”.

3. Описание действующих лиц. “Автору” пред-лагается составить список действующих лиц “эпоса” и составить подробную характеристику каждого из

них. При этом стараться быть “максимально объек-тивным”. Для этого каждое действующее лицо анали-зируется с разных точек зрения. К примеру — жена (муж) — одновременно дочь (сын) своих родителей, мать (отец) своего ребенка, сестра (брать), подруга (друг), член общества (специалист в своей области) и т.д. Особое внимание уделить описанию антагониста главного действующего лица. Попытаться отыскать в нем положительные черты.

Цель описания действующих лиц:

- Пациент совершает первую попытку быть объ-ективным в оценке окружающих.
- Пациент производит накопление положитель-ной информации об окружающих.
- Происходит сознательная борьба логики, мыш-ления с эмоциями, чувствами.

4. “Искаженное” описание. “Автору” предлага-ется сменить главное действующее лицо на антагони-ста. Ситуация рассматривается с противоположной точки зрения. При этом “автору” предлагается высту-пить в качестве “адвоката” антагониста, то есть ста-раться логически обосновать его действия, найти и оправдать мотивацию его поступков.

Цель “искаженного описания”:

- Пациент действует только логическим путем.
- Пациент приобретает навыки критически оце-нивать ситуацию.
- Подбирая примеры положительных поступков, акцентируя внимание на положительных чертах анта-гониста, пациент автоматически вспоминает положи-тельные моменты в истории их взаимоотношений с антагонистом.

5. Сравнительное описание. “Автору” предлага-ется рассмотреть ситуацию с точки зрения ее типич-

Таблица № 2

ЭПИЧЕСКАЯ ФОРМА ТЕАТРА	ЭПИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ
Рассказывая, ставит зрителя в положение наблюдателя, но пробуждает его активность. Заставляет принимать решения.	Ставит пациента в положение “автора драмы”, базированной на актуальной для него ситуации, с “персонажами драмы”, людьми, участвующими в ситуации, пробуждает его активность, заставляет принимать решение.
Отображение мира.	Отображение ситуации.
Он противопоставляется этому.	Он противопоставляется этому.
Аргумент.	Аргумент.
Эмоции перерабатываются сознанием в выводы.	Эмоции перерабатываются сознанием в выводы.
Зритель противопоставлен, изучает.	Пациент противопоставлен, изучает.
Человек является предметом исследования.	“Персонажи драмы” являются предметом исследования.
Человек изменяет действительность и изменяется сам.	Пациент (“автор”) изменяет действительность и меняется сам.
Заинтересованность ходом действия.	Заинтересованность ходом действия.
Монтаж зигзагами, скачками.	Анализ зигзагами, скачками.
Человек как процесс.	“Персонаж” как процесс.
Мир, каким он становится, как следует поступать, его мотивы.	Ситуация, каковой она становится, как следует поступать, мотивы поведения “персонажей”.
Общественное бытие определяет сознание.	Общественное бытие определяет сознание.
Разум.	Разум.

ности. Вместе с психотерапевтом, из жизненного опыта, литературы, истории выбираются ситуации, аналогичные рассматриваемой. Составляется их описание. Проводится разбор каждого отдельного случая.

Цель сравнительного описания:

а. Пациент приходит к заключению, что его ситуация не "уникальна". Подобные ситуации известны. (Дезактуализация ситуации.)

б. Ситуация не является неразрешимой, "тупиковой", "жизнь продолжается".

в. Пациент ~~критически оценивает~~ ситуацию.

6. **"Комическое" описание.** "Автору" предлагается рассмотреть ситуацию с точки зрения ее "нелепости". Акцент делается на смешных, с его точки зрения, моментах, подчеркиваются кажущиеся смешными черты действующих лиц, в первую очередь главного действующего лица (прототипа пациента).

Цель "комического" описания.

а. Переход одних чувств пациента в другие чувства противоположного свойства.

б. Закрепление дезактуализации.

7. **Вторичное описание.** "Автору" предлагается придумать ситуации логичный "финал", который был бы максимально благоприятен для "главного действующего лица" и для окружающих его людей. Подробно описывается то, каким образом должен действовать прототип пациента, с тем, чтобы "финал" был именно таким.

Цель вторичного описания: разрешение ситуации пациентом, выход из кризиса.

Безусловно, вышеприведенная схема весьма условна и может претерпевать соответствующие корректизы, в зависимости от особенностей патологии, а так же индивидуальных особенностей пациента.

Варьируя с ее составляемыми, в зависимости от социального уровня пациента, "упрощая" или "обогащая" их, психотерапевт добивается некоей универсальности метода "Эпической терапии", делая его доступным представителям различных общественных групп.

Задачей врача является составление индивидуальной схемы предлагаемых пациенту "описаний", основанной на знании специфики ситуации, повлекшей за

собой кризис. От того, насколько продуманной будет эта схема, зависит успех "Эпической терапии", при проведении которой, психотерапевт, как бы "взяв за руку" больного, шаг за шагом выводит его из патологического состояния, притом, что у самого больного складывается ощущение, что это именно он сам, посредством цепи логических умозаключений, приходит к освобождению от своих "тягот".

Попытка использования нами метода "Эпической терапии" применительно к пациентам консультации "Брак и семья" с невротическими расстройствами, уже на первых этапах исследования показывают его состоятельность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю. А. Социально-стрессовые расстройства — особая группа невротических и соматоморфных нарушений // XII съезд психиатров России. М., 1995 — С. 142 – 144.
2. Брехт Б. Театр, т. 5, полутом 2, М., "Искусство", 1965 – 565 С.
3. Бурно М. Е. Еще о существе клинической психотерапии // Независимый психиатрический журнал. 2000 — № 1 — С. 28 – 31.
4. Зиньковский А. К. и др. "Стоимость" стресса и "цена" психического здоровья // Социальная и судебная психиатрия: история и современность. М., 1996. — С. 27 – 29.
5. Клюев В. Г. "Театрально — эстетические взгляды Брехта". М. "Наука", 1966 – 182 С.
6. Пивень Б. Н. Предпосылки и перспективы развития экологической психиатрии // Экологическая психиатрия: необходимость формирования и перспективы развития нового направления в науке. Барнаул, 1991 — С. 24 – 30.
7. Пивень Б. Н. Окружающая Среда и психическое здоровье детского населения // Социально-экономические проблемы образования в Западно-Сибирском регионе // Материалы международной конференции по программе ЮНЕСКО "Образование в поли-культуральном обществе" Том 2, Барнаул, 1995 — С. 138 – 139
8. Сабшин Мелвин. Поворотные пункты в Американской психиатрии 20 века // Независимый психиатрический журнал. 1993 — №№ 3 – 4 — С. 5 – 10.
9. Стехликова Д. А. Психотерапия в зеркале культуры // Независимый психиатрический журнал. 1999 — № 2 — С. 58 – 67.
10. Чуркин А. А. Психическое здоровье населения в период социально-экономических реформ // Материалы международной конференции психиатров. Москва 16 – 18 февраля, — М., 1998 — С. 108 – 109.
11. B. Brecht, Stucke, B. III. Berlin, 1955, S. 266 – 267.

XXVII НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС И РЕГИОНАЛЬНЫЙ СИМПОЗИУМ ВПА

16 – 20 ноября 2001 г., Мехико

Тел.: +52 (5) 211-4423; E-mail: gruvia@defl.telmex.net.mx

Методологические проблемы производства экспертизы для решения вопроса о возрастной невменяемости (юридический и психолого-психиатрический аспекты)

Е. И. Цымбал*

Судебная психиатрия, являясь разделом психиатрии, рассматривает психические расстройства с точки зрения потребностей уголовного и гражданского права. Из этого следует, что методология судебно-психиатрической экспертизы должна основываться не только на фундаментальных положениях психиатрии и психологии, но также учитывать важнейшие положения доктрины уголовного права. Эксперт не просто использует свои специальные познания, которых не имеют следователь, прокурор или судья, он применяет их для установления юридически-релевантных обстоятельств. В связи с этим, законодатель должен так формулировать диспозицию норм, для применения которых необходимы познания в области психологии или психиатрии, а правоприменитель — ставить перед экспертами такие вопросы, чтобы они не противоречили базовым положениям указанных наук. В настоящей статье предпринята попытка рассмотреть, исходя из сформулированных выше принципов, проблемы, возникающие при производстве комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз для решения вопроса о возрастной невменяемости. Возрастной невменяемостью называют закрепленное в ч. 3 ст. 20 УК РФ положение, согласно которому не подлежат уголовной ответственности несовершеннолетние, достигшие установленного законом возраста, если они в связи с отставанием в психическом развитии, не связанным с психическим расстройством, во время совершения общественно опасного деяния не могли в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими.

Обратиться к проблеме возрастной невменяемости побуждает то обстоятельство, что за пять лет, прошедших с момента принятия УК РФ, не сложилось ясного представления о сущности этого правового института. Взгляды на него судебных психиатров, юридических психологов и специалистов в области уголовного права существенно расходятся. Разъяснения, содержащиеся в п. 7 постановления Пленума

Верховного Суда РФ № 7 от 14 февраля 2000 г. "О судебной практике по делам о преступлениях несовершеннолетних", не дали ответов на наиболее острые и принципиальные вопросы. Изучение следственной и судебной практики¹ показывает, что при решении вопроса об отставании несовершеннолетнего обвиняемого в психическом развитии эксперты часто допускают ошибки, следствием которых становятся необоснованные или незаконные решения, принимаемые следователями и судом.

К разрешению вопроса о способности несовершеннолетнего, отстающего в психическом развитии, к виновной ответственности возможны два принципиально различных подхода. Первый подход основан на предположении о том, что большинство несовершеннолетних в возрасте 14 и 16 лет обладает совокупностью психологических особенностей, качественно отличающих их от лиц, не достигших указанного возраста. Отставание в психическом развитии означает, что развитие психики несовершеннолетнего не соответствует возрастному стандарту. Основанием для освобождения от уголовной ответственности сторонники этой точки зрения считают такое недоразвитие психики несовершеннолетнего, при которой его "фактический возраст меньше возраста уголовной ответственности"². Предлагаемое понимание рассматриваемой нормы вступает в явное противоречие с законом, поскольку фактически устраниет юридический критерий и позволяет освободить несовершеннолетнего от уголовной ответственности только на основании наличия у него психического недоразвития. В этом случае отставание в психическом развитии, подобно гражданско-правовой недееспособности, рассматривается как стабильное состояние, которое не связано ни с характером инкриминируемого деяния, ни с особенностями криминальной ситуации. Такой подход близок к традиционному для уголовного права рассмотрению возраста как жестко установленной

* кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник НИИ проблем укрепления законности и правопорядка при Генеральной прокуратуре РФ.

¹ Цымбал Е. И. Практика применения части 3 статьи 20 УК РФ как зеркало российской судебной психиатрии // Независимый психиатрический журнал. 2000. III. С. 46 – 50.

² Клиническая и судебная подростковая психиатрия. — М., 2001, С. 303.

формальной границы, одного перехода через которую достаточно для привлечения лица к уголовной ответственности.

Второй подход основан на признании того, что ограниченная способность несовершеннолетнего вследствие отставания в психическом развитии осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими может быть установлена только с учетом инкриминируемого деяния. В этом случае эксперты не сравнивают личность испытуемого с возрастной нормой, а анализируют, каким образом индивидуально-психологические особенности испытуемого влияли на его способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими в ситуации конкретного правонарушения. Таким образом, решение экспертов принимается с учетом трех обстоятельств: личности испытуемого, характера инкриминируемого деяния и особенностей криминальной ситуации.

Очевидно, что при первом подходе перед экспертами должен ставиться вопрос о соответствии психологического (фактического) возраста несовершеннолетнего его паспортному возрасту. Второй подход предполагает постановку перед экспертами вопросов о наличии у несовершеннолетнего отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством, и о влиянии этого отставания на способность несовершеннолетнего в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими в момент совершения инкриминируемого деяния. Из диспозиции ч. 3 ст. 20 следует, что в материальном праве закреплен второй подход к решению вопроса о возрастной невменяемости, который также соответствует фундаментальным положениям возрастной психологии.

Достижение лицом определенного возраста, указанного в ч. 1 и 2 ст. 20 УК РФ, является одним из общих условий уголовной ответственности. Вопрос обоснования нижней возрастной границы уголовной ответственности рассматривается в многочисленных работах психологов, юристов, в том числе криминологов. Подробный анализ этих исследований дает О. Д. Ситковская³. Специалисты в области юридической психологии подчеркивают, что выбор минимального возраста наступления уголовной ответственности основывается на достижении к определенному возрасту большинством несовершеннолетних способности осознанно принимать решения в уголовно-релевантных ситуациях. То есть возраст значим не сам по себе, а как маркер надлежащего уровня психического развития. В связи с этим необходимо отметить следующие обстоятельства, имеющие принципиальное значение.

Будучи конвенциональным по своей природе, уголовное право оперирует точно установленными в тексте

³ Ситковская О. Д. Психология уголовной ответственности. — М., 1998. С. 70 – 99.

закона возрастными границами, связывая с конкретным возрастом определенные правовые последствия. В то же время развитие психики ребенка происходит не равномерно, а скачкообразно, его можно сравнить с лестницей, а не с плавной линией. Каждому возрастному периоду соответствует своя ступенька. Между детьми, находящимися на одной ступеньке, нет качественных различий, хотя они отличаются по объему формальных знаний и навыков, а также по многим другим признакам. Возрастная психология оперирует достаточно продолжительными возрастными периодами, с которыми связаны определенные психологические новообразования, а не с конкретным возрастом. Из этого следует, что некоего определенного уровня психического развития, соответствующего 14 годам нет, но если он бы и существовал, то принципиально не отличался бы от уровня развития, соответствующего 13 годам и 11 месяцам, когда лицо не подлежит уголовной ответственности. Эксперт, таким образом, достоверно может установить только ту ступеньку, на которой находится ребенок, то есть возрастной период, имеющий определенную психологическую характеристику и продолжающейся несколько лет, но не точный “психологический возраст обвиняемого”.

В возрастной психологии нет общепринятой периодизации развития личности. Выделяя определенные периоды развития личности, авторы разных концепций опираются на разные теоретические положения. Однако следует отметить, что возраст 14 и 16 лет, избранный законодателем в качестве нижней возрастной границы наступления уголовной ответственности, не выделяется ни в одной из наиболее распространенных концепций развития личности. Это является еще одним подтверждением того, что никаких принципиальных изменений личности несовершеннолетнего в 14 или 16 лет не происходит. Таким образом, возникает противоречие между отсутствием качественных изменений личности подростка в 14 и 16 лет, с одной стороны, и наступлением уголовной ответственности именно в этом возрасте — с другой.

Еще одним обстоятельством, на которое уже давно обращали внимание специалисты⁴, является наличие существенных индивидуальных различий в уровне психического развития несовершеннолетних одного возраста. Жестко закрепленный в УК РСФСР 1960 г. возраст наступления уголовной ответственности игнорировал то обстоятельство, что многие 14-летние подростки вследствие отставания в психическом развитии не достигают типичного для этого возраста уровня психического развития и, следовательно, не могут нести виновной ответственности.

В связи с этим в УК РФ 1996 г. был реализован более дифференцированный поход:

⁴ Миньковский Г. М. Особенности расследования и судебного разбирательства дел о несовершеннолетних. — М., 1959.

- Для всех лиц, не достигших 14-летнего возраста, презюмируется отсутствие способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими.
- Достигение 14-летнего возраста не означает автоматического приобретения несовершеннолетним всех психических качеств, необходимых для осознания фактического характера и общественной опасности своих действий (бездействия) либо руководства ими. Такая способность предполагается только у тех 14-летних лиц, у которых отсутствует отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством, а также психическое расстройство.

Таким образом, согласно действующему Уголовному кодексу юридической презумпцией (аксиомой) является отсутствие у лиц, не достигших 14-летнего возраста, способности нести виновную ответственность. Наличие у психически здорового лица, достигшего установленного законом возраста, способности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими уже не является неопровергаемой презумпцией, как это устанавливал УК РСФСР 1960 г., а подлежит доказыванию. Из сказанного выше можно сделать два принципиальных вывода:

- В обвинительном заключении по каждому делу о преступлении, совершенном несовершеннолетним, следователь на основании собранных данных о личности обвиняемого, характера инкриминируемого деяния и особенностях поведения в криминальной и посткриминальной ситуации должен обосновать его способность нести виновную ответственность. Это требование в косвенной форме содержится в ст. 392 УПК РСФСР.
- В тех случаях, когда правонарушение совершено в возрасте, превышающем возраст наступления уголовной ответственности не более чем на 1 – 1,5 года, сам возраст несовершеннолетнего, в связи с наличием существенных индивидуальных различий темпа психического развития, является достаточным основанием для назначения комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы для решения вопроса об отсутствии у обвиняемого возрастной невменяемости.

Фактически в ч. 3 ст. 20 УК РФ говорится об отсутствии вины (невозможность в полной мере осознавать фактический характер или общественную опасность своих действий либо руководить ими) в действиях несовершеннолетнего при совершении конкретного общественно опасного деяния. Таким образом, это деяние не имеет всех признаков состава преступления, и производство по делу должно прекращаться по основанию, предусмотренному п. 2 ч. 1 ст. 5 УПК РСФСР. Также следует отметить, что прекращение производства по делу в связи с отсутствием в действиях несовершеннолетнего состава преступления основано на

оценке поведения данного деятеля в конкретном деянии. При прекращении производства по делу в связи недостижением возраста наступления уголовной ответственности характер деяния и качественная оценка деятеля значения не имеют.

К сожалению, законодатель не в полной мере учел отмеченные обстоятельства и в процессуальном праве реализовал подход, отличающийся от подхода, закрепленного в материальном праве. Федеральным законом от 21 декабря 1996 г. № 160-ФЗ ст. 5 УПК РСФСР, устанавливающая основания для прекращения производства по уголовному делу, была дополнена частью второй. В соответствии с этими изменениями, при наличии у обвиняемого отставания в психическом развитии, в силу которого он не мог в полной мере осознавать фактический характер или общественную опасность своих действий либо руководить ими, уголовное дело подлежит прекращению по основаниям, указанным в п. 5 ч. 1 ст. 5 УПК РСФСР (недостижение возраста уголовной ответственности). Тем самым законодатель побуждает правопримениеля ставить перед экспертами вопрос о соответствии психического развития обвиняемого типичному уровню, характерному для 14 (16) лет. Такой вопрос некорректен, поскольку противоречит фундаментальным положениям возрастной психологии, на что уже указывалось в юридической литературе.⁵

В ч. 3 ст. 20 УК РФ законодатель прямо не говорит об отсутствии у несовершеннолетнего всей совокупности психологических качеств, определяющих достижение нижней возрастной границы уголовной ответственности. Отставание развития мышления, воли, восприятия, памяти или эмоциональной сферы несовершеннолетнего обвиняемого от нормативных для 14 или 16 лет показателей само по себе не является основанием освобождения от уголовной ответственности. Производство по делу прекращается только в том случае, если отставание в психическом развитии ограничивало способность несовершеннолетнего к осознанной регуляции поведения в ситуации конкретного общественно опасного деяния.

Какой вывод важный для судебно-следственной и экспертной практики можно сделать из сказанного выше? Экспертам нет необходимости сравнивать развитие мышления, восприятия, внимания, памяти и эмоционально-волевой сферы испытуемого с уровнем, необходимым для виновной ответственности вообще. Методически осуществление такого сравнения возможно, но оно требует значительных затрат времени. Эксперты должны установить наличие у испытуемого отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством, и нарушение в связи с этим способности в полной мере осознавать фактический характер или общественную опасность

⁵ Шишкин С. Правомерен ли вопрос экспертам о соответствии несовершеннолетнего обвиняемого своему календарному возрасту? // Законность. 1999. № 9. с. 27 – 30.

своих действий либо руководить ими при совершении инкриминируемого ему деяния.

Установление точного диагноза (психиатрического или психологического) не является целью эксперта. Эксперт, изучив личность испытуемого и особенности инкриминируемого ему деяния, должен, установить наличие или отсутствие способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими. Только наличие или отсутствие указанных способностей является юридически значимым фактом. Сами по себе психическое расстройство (медицинский критерий) или отставание в психическом развитии без юридического критерия значения не имеют, поскольку относятся к области психиатрии (психологии). Способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими относится как к области психологии (психиатрии), так и к области юриспруденции и имеет как естественно-научное (психиатрическое или психологическое), так и правовое значение. Именно оценка способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими составляет предмет судебной психиатрии (юридической психологии).

Ч. 3 ст. 20 УК РФ предусматривает в качестве обстоятельства, исключающего уголовную ответственность несовершеннолетних, не само отставание в психическом развитии, а связанную с ним неспособность полностью осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими. Это ставит перед экспертами задачу изучения не только личности несовершеннолетнего, но и условий ее развития. Формирование личности ребенка происходит в процессе воспитания, обучения, общения с взрослыми и сверстниками. Навыки, чувства, потребности и морально-этические представления не наследуются, а складываются в процессе развития личности. Благоприятное микросоциальное окружение, своевременно проведенное лечение и психолого-педагогическая коррекция могут обеспечить нормальное психическое развитие ребенка с врожденной патологией мозга. Микросоциальное неблагополучие, наоборот, способно нарушить психическое развитие изначально здорового ребенка.

При оценке психики аномального ребенка, как указывал Л. С. Выготский, нужно выделять первичные или ядерные признаки умственной отсталости, которые являются врожденными или приобретенными в самые первые годы жизни, и вторичные нарушения, возникающие в процессе его социального развития. Если первичные нарушения (конкретность мышления, слабость обобщения и медленное усвоение нового) присутствуют у всех детей с отставанием в психическом развитии, то вторичные нарушения (недоразвитие высших психических функций, патология личности) не являются обязательными и их выражен-

ность может варьировать в широких пределах в зависимости от условий, в которых развивался ребенок. Таким образом, причиной появления у детей с отставанием в психическом развитии вторичных нарушений является несоответствие условий, в которых растет и воспитывается ребенок, особенностям его психики. В то же время именно недоразвитие высших психических функций, недостаточное или искаженное усвоение культуры, морали и ценностей общества приводит к совершению правонарушений. Следовательно, уголовно-правовое значение имеют не конкретность или обстоятельность мышления сами по себе, а ограничение способности осознавать общественную опасность деяния, связанная с этими когнитивными нарушениями.

При проведении психологических и психолого-психиатрических экспертиз несовершеннолетних правонарушителей экспертам нельзя ограничиваться установлением только первичных психических нарушений. Их задача заключается в том, чтобы выявить те вторичные психические расстройства, которые в конкретной криминальной ситуации лишили несовершеннолетнего способности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими. Решение этой задачи достаточно сложно, поскольку большинство диагностических методик ориентировано на выявление первичных психических расстройств.

Чаще всего несовершеннолетние привлекаются к уголовной ответственности за совершение кражи. Отставание в психическом развитии может лишать их возможности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность тайного хищения чужого имущества из-за неспособности соотнести известные им требования социальных норм с конкретной ситуацией, неумения выбрать непротиворечивый путь достижения цели. На основании изучения уголовных дел можно сделать вывод, что указанные психологические нарушения проявляются следующим образом:

- необходимость удовлетворения основных жизненных потребностей воспринимается как оправдание кражи — ушедшие из дома или интернатных учреждений подростки похищают продукты или деньги для их приобретения, когда иной возможности обеспечить себя пищей у них нет;
- другим оправданием кражи может быть “восстановление справедливости” — у подростка украли велосипед, он в свою очередь похищает велосипед, чтобы “вернуть свое”;
- непонимание общественной опасности содеянного — “немного взял”, “это никому не нужно, просто так валялось”;
- неспособность предвидеть последствия своих действий — при краже изделий из цветных металлов на железной дороге подростки не понимают тех последствий, которые могут повлечь их действия.

Реже во время совершения кражи несовершеннолетние не могут в полной мере руководить своими действиями. Эта неспособность проявляется следующим образом:

- пассивное подчинение асоциальной группе, боязнь показаться “слабаком”, нарушить принятые нормы поведения;
- недостаток волевого контроля за поведением — несовершеннолетний подчиняется любому сильному желанию, возникшему у него (часто такие кражи отличаются нелепостью, подростки похищают либо совершили им не нужные вещи, либо вещи, которыми они не могут воспользоваться).

Причинение тяжкого вреда здоровью несовершеннолетними с отставанием в психическом развитии, как правило, обусловлено неспособностью подростка контролировать свои действия. Мотивы этих общественно опасных действий бывают следующими:

- стремление защитить друга, отношения с которым являются для испытуемого особо значимыми;
- самозащита от насильственных действий группы сверстников, в качестве объекта ответной агрессии выбирался один из членов группы.

Следует отметить, что средства, избранные подростками для самообороны, неадекватны опасности агрессии, ответом на которую она являлась. Эта неадекватность была следствием отставания в психическом развитии.

Отставание в психическом развитии может быть обусловлено не только конституциональным (генетически обусловленное замедление темпа психического развития) или социально-психологическими (неблагоприятные условия воспитания) факторами, но и являться следствием раннего органического (во время беременности, родов или в первые 3 года жизни) поражения головного мозга. Социальное неблагополучие, как правило, сочетается с высокой распространенностю экстрагенитальной патологии и низким уровнем медицинской активности, поэтому нередко у несовершеннолетних с отставанием в психическом развитии имеются признаки раннего органического поражения головного мозга. По нашим данным⁶, 43% несовершеннолетних, уголовные дела в отношении которых были прекращены производством в связи с возрастной невменяемостью, имели 3 и более признака, свидетельствующих о наличии у них последствий раннего органического поражения ЦНС, еще 52% имели 1 – 2 таких признака. На основании ч. 3 ст. 20 УК РФ освобождать от уголовной ответственности несовершеннолетних, у которых отставание в психическом развитии хотя бы частично обусловлено ран-

⁶ Цымбал Е., Дьяченко А. Возрастная невменяемость: теория и практика применения // Уголовное право. 2000. № 3. С. 43 – 50.

ним органическим поражение ЦНС неправомерно, поскольку в этой норме прямо указано на отсутствие связи отставания в психическом развитии с психическим расстройством. И. А. Кудрявцев⁷ и О. Д. Ситковская⁸ в таких случаях рекомендуют экспертам проанализировать вклад каждой из причин в механизм формирования отставания в психическом развитии. Если будет установлена преобладающая роль конституционального или социально-психологических факторов в формировании отставания в психическом развитии, эксперты вправе утверждать, что это отставание не связано с психическим расстройством.

Возможность точного установления вклада конституциональных, социально-психологических и экзогенно-органических факторов в формирование отставания в психическом развитии испытуемого представляется сомнительной. Главное же заключается в том, что для реализации принципа виновной ответственности подобный анализ не нужен. При решении вопроса об освобождении от уголовной ответственности основное значение следует придавать выраженности отставания в психическом развитии (оно должно лишать несовершеннолетнего способности к осознанной регуляции поведения в момент совершения общественно опасного деяния), а не механизму его возникновения. Однако такой подход может быть реализован только после изменения диспозиции ч. 3 ст. 20 УК РФ. Пока этого не произошло, эксперты вынуждены заниматься умозрительным анализом этиологии отставания в психическом развитии.

Несовершеннолетний с отставанием в психическом развитии подлежит уголовной ответственности, если он достиг того уровня психической зрелости, который позволяет ему действовать виновно. Для этого экспертам необходимо показать наличие у испытуемого социально ориентированной управляемости поведения в ситуации выбора, т.е. способности к осознанной нормативной регуляции значимого для уголовного права поведения. Не редко в таких случаях правильный вывод позволяет сделать оценку поведения несовершеннолетнего на предварительном следствии. Если испытуемый занимает четкую позицию (отрицание своего участия в совершении преступления, отрицание применения насилия), которую последовательно проводит при участии во всех следственных действиях, то это дает основание полагать, что он сознает общественную опасность содеянного и способен руководить своим поведением.

⁷ Кудрявцев И. А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. — М., 1999. С. 290 – 331.

⁸ Ситковская О. Д. Психологический комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации. — М., 1999, С. 8 – 19.

Короткие рассказы из длинной истории психиатрических репрессий

“Если я лгу, я оскорбляю себя в большей мере, чем того, о ком солгал.”

Монтень.

С принятием Закона о психиатрической помощи карательная психиатрия навела на себя демократический глянец, но сути своей не изменила и осталась слугой все тех же двух господ: влиятельного лица и толстого кармана.

Предлагаем читателям несколько историй, иллюстрирующих эту незаживающую язву нашей психиатрии.

Истории эти банальны, ибо в общем потоке подобных, проходящем через наши комиссии, писаны как бы по единому сценарию. Банальны *en masse*, но в каждой из них обжигающим негодованием бьется чье-то раненое сердце.

И мы, это негодование разделяющие, понимаем какой убийственный заряд — психиатрический диагноз — попадает порой в руки невежественных, подкупных, мстительных, или услужливо исполняющих волю имеющих власть персон психиатров. Для этих психиатров заповеди священной в медицине: “*Noli noscere!*” не существует. А афоризм Монтеня для них пустой звук.

1. Квартирные страсти.

В наши дни некоторые психиатры стали прямо-таки повивальными бабками в жилищных спорах.

Дочери и сноха трех старушек, истории которых мы собираемся рассказать, ничуть не уступают в своей жестокости дочерям шекспировского короля Лира. Только пособниками в их кознях выступают не герой прежних трагедий, а современные персонажи — психиатры.

Дочь престарелой К., глубокая психопатка, с целью выжить свою мать из квартиры всячески издевалась над ней, вплоть до рукоприкладства. А потом, по-видимому, рассудила так: убей она свою мать — жить ей не в отдельной квартире, а в общей камере, и избрала излюбленный способ избавления от неугодного существа — упечь ее в сумасшедший дом.

Уж что она там плела психиатру ПНД № 9, чем его умаслила, но только с его легкой руки К. оказалась в психиатрической больнице (разумеется, с психиатри-

ческим диагнозом и обоснованием недобровольной госпитализации пресловутым пунктом “а”). В больнице, к ее счастью, быстро разобрались, что старушка психически здоровы и выпустили ее на волю.

Ш. до поры до времени мирно проживала в своей квартире с дочерью и внучкой.

Мирно, пока у дочери не появился сожитель. Он прямо заявил Ш.: “Пока я здесь, ты здесь жить не будешь”.

И дочь, которой этот хозяин жизни весь мир заслонил, привела к своей интеллигентной матери знакомого психиатра из ПНД № 10, которая, не представившись Ш., заявила: “Я Вас буду лечить”, и направила ее в психиатрическую больницу.

Там, выяснив, что Ш. психически здоровы, отправили ее в больницу скорой помощи, т.к. от полученного стресса у Ш. обострилось сердечное заболевание.

К. проживала с сыном в отдельной двухкомнатной квартире. Появившейся новой снохе квартира показалась недостаточной для трех человек. Всячески третируя свекровь, злодейка настроила сына на план владения всей жилплощадью: объявить мать слабоумной, опасной, стационировать в психиатрическую больницу, признать недееспособной и отправить в психоневрологический интернат.

Для осуществления этого плана требовалось “обработать” нескольких психиатров и служителей Фемиды. И у алчных сторон этой драмы все прошло гладко.

В один прекрасный день сноха инсценировала агрессивное поведение старушки. Незамедлительно на сцене появился психиатр, который с порога установил К. диагноз и направил ее в психиатрический стационар. Там, дезинформированная персоналом, и думая, что расписывается под справкой о сданных ценностях, старушка подписала согласие на добровольное лечение. “Добровольное” лечение заключалось в том, что ее привязывали к стулу и насилием заталкивали в ротнейролептики.

Тем временем сын инициировал суд по признанию матери недееспособной. Суд, не изучив обстоя-

тельств дела, в присутствии психиатра ПНД (в котором, кстати, старушка под наблюдением не состояла), при отсутствии прокурора назначил проведение ей судебно-психиатрической экспертизы, и в той же больнице она была ей проведена.

Эксперты, не озабочившись описанием какой-либо психопатологии (акт нами изучен), признали К. не-дееспособной и рекомендовали назначить ей опекуна.

Соответствующим образом обработанный ПНД рекомендовал назначить опекуном сына К., без учета сложившихся у них отношений, согласия К. и известной конечной цели — направить ее в ПНИ.

К. обследована в НПА. Она психически здорова. Добавить к этому нечего.

2. Игры карманных психиатров.

Они известны.

И нами не единожды описаны в НПЖ.

Свои профессиональные знания ведомственные психиатры кладут на алтарь ведомственных интересов, и делают это так подобострастно и неуклюже, что становится стыдно за их беззастенчивое попрание этики, закона, здравого смысла, нашей науки.

“Чиновник привык действовать согласно инструкции, которая после вступления в силу того или иного закона часто вступает в противоречие с самим законом, но при этом годами не отменяется” (это из Ежегодного послания Президента В. В. Путина Федеральному собранию. 3.04.01).

Вот один из примеров радения ведомственного психиатра.

За незначительный проступок Е., много лет проработавшая проводником поезда туристических перевозок, была с работы уволена.

Восстановлена на работе судом, по решению которого требовалось взыскать с ее администрации зарплатную плату за время вынужденного прогула и компенсацию морального ущерба.

Такое решение суда администрацию не устраивало и она пошла по накатанному пути — избавление от неугодного руками карманных психиатров.

Ведомственный психиатр, который до того при периодических осмотрах признавал Е. годной к работе, резко изменил свое мнение после начальственного окрика, и с диагнозом “психопатия”, взятым им с потолка, признал Е. негодной к работе.

Е. обследована в НПА. Признаков психопатии она не обнаруживает.

Но попробуй доказать это ведомственному психиатру, для которого указание начальства превыше клинической реальности и этических норм.

Психиатрический диагноз, как никакой другой в медицине, не избавлен полностью от субъективного, а порой и злонамеренно субъективного его установления. Моральное унижение, которое он несет в себе, а также его социальный шлейф оборачиваются для личности порой трагическими последствиями.

Это получило осуждение уже в этике древних:

“...кто скажет брату своему “безумный”, подлежит геенне огненной” (Матф. 5.22).

Введение в нашу практику МКБ-10 не стало моральным очищением некоторых недобросовестных психиатров.

Может быть стоит подумать о введении системы однозначных стандартов, типа DSM-IV?

В. Батаев

XII ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС ПО ПСИХИАТРИИ

24 – 29 августа 2002 г., Иокагама. Япония

1 декабря 2001 г. — последний срок
подачи заявок для индивидуальных работ

В научный комитет от России вошли:

B. H. Краснов, Ю. С. Савенко, B. C. Ястребов
963-7226 291-9081 952-9201

<http://www.c-linkage.co.jp/WPA/>
E-mail: wpa_sec@c-linkage.co.jp

ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ

От редактора. Интерес публикации состоит в том, что это письмо не только не было опубликовано, но стало ярким примером тщетности всех многочисленных попыток добиться законного права на профессиональную коррекцию читателей в одной из наиболее уважаемых нами газет. Более того, в конце концов, мы столкнулись с элементарным хамством. Первым ответом было: "Это проплаченная реклама", а последним: "Я вас не слышу". Как выяснилось, дело состояло в том, что ряд членов редколлегии и близкого ей круга были пациентами Столбунова. А ведь критическое острое письма направлено не на успешного кодировщика. Главное во всей этой истории — открытое пренебрежение научной медициной со стороны даже образованнейшей части нашего общества. Делается страшно, до чего это может довести ее в самом скором времени.

Очередная мистификация Открытое письмо в редакцию "Новой газеты"

В 38-ом выпуске "Новой газеты" появился очень характерный для нашего времени документ — письмо пяти профессоров-психиатров в защиту "профессора", "академика четырех академий" В. Д. Столбунова, давнишнего одиозного целителя. Хотя газета "не участвует" в этой полемике, ее читателям важно знать разные позиции по этому вопросу, тем более мнение Независимой психиатрической ассоциации России. Иначе "здравая позиция профессионалов" легко оборачивается рекламой паранаучного метода.

НПА России принимала участие в проверке школы-интерната Столбунова в Ступино в 1994 году предпринятой тогдашним Уполномоченным по правам человека Сергеем Адамовичем Ковалевым (Независимый психиатрический журнал, 1994, 3, 26 — 28, 50 — 52). Уже тогда возникла дилемма между школой-интернатом, успешно справляющимся со своей задачей: обезопасить детей высокопоставленных чиновников от наркозависимой и криминальной среды, и использованием не апробированной методики, проводимой персоналом, не имеющим медицинской подготовки.

В этой неоднозначной ситуации стало достаточно прозрачным, что несомненный положительный эффект школы связан не с экзотической методикой (хлорэтиловым замораживанием анального отверстия, потом — электроакупунктурой промежности) и стоящей за ней паранаучной концепцией, а неучтенным социотерапевтическим фактором — макаренковским стилем школы-интерната. Лучше всех экспертов это сформулировал Ролан Быков: "Эрогенных зон нет вне драматургии сексуального общения".

В опубликованном письме поражает диссонанс не-профессионально написанного текста с подписями пяти профессоров психиатров. Мы очень сомневаемся, что текст написан ими. Авторы письма пишут о "новом открытии в мировой науке" — "восстановлении здоровья у безнадежно больных злокачественной шизофренией", находящихся "в состоянии выраженного шизофренического слабоумия". Таким заявлением всегда хочется верить, но они фактически всегда оказываются профанацией. К сожалению, излечиваемое слабоумие с самого начала не было слабоумием, а злокачественная шизоф-

рения — злокачественной шизофренией. Речь, наверняка, шла о трудных детях, которым из-за ярлыка в детстве поставленных шизофрении и слабоумия было отказано в обучении. Мы знаем много примеров такого псевдослабоумия, с которым молодые люди иной раз справляются самостоятельно и не менее успешно, чем с замораживанием ануса. Успех описываемых 9 случаев связан с элементарной заботой и индивидуально организованным процессом обучения. Это легко подтверждена бы контрольная группа, в которой такое же отношение и обучение не сопровождалось бы методикой Столбунова. Это элементарное требование, предъявляемое к научным исследованиям, известно любому студенту.

Выход из подобных сложных коллизий дает следующий пункт Международных этических правил проведения испытаний и экспериментов на людях: "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 методику, которые априорно снижают научную значимость полученного знания, следует считать аморальными".

Опубликованное газетой письмо не содержит ни существа метода, ни следов научно организованной проверки, оно апеллирует, скорее, к собственному авторитету. Но первый из подписавшихся, академик Г. В. Морозов, не вызывает доверия, как главный исполнитель заказа о признании политических диссидентов 60 — 80-х гг. психически больными, за что его бойкотирует международное профессиональное сообщество.

Не менее сенсационным, чем излечимость "шизофренического слабоумия", является простота и дешевизна самого метода лечения, легко осуществимого собственными силами. На деле это попытка создания очередной грандиозной мистификации типа психотронного оружия, о которой "Новая газета" дала серию блестящих репортажей в 1999 году.

Психиатр высшей категории с 40-летним стажем, президент НПА России, к.м.н. Ю. С. Савенко

История секты-коммуны Столбун – Стрельцовой*

С. В. Романюк

Истории псевдомедицинской и псевдопедагогической деятельности группы под руководством Виктора Давыдовича Столбун и Валентины Павловны Стрельцовой уже более 25 лет. Она по своему уникальна. Но, к великому сожалению, в наше время ее можно считать типичной.

Выдвинув идею грядущей всеобщей “шизофренизации” общества, В. Д. Столбун предложил миру свой путь спасения в виде организации закрытого, изолированного от окружающего мира сообщества людей, живущего по своим законам. Себя он предлагает человечеству в роли единственного спасителя.

Так в середине 70-х годов возникла секта-коммуна. С помощью красивой фразеологии и своего умения убеждать и подчинять людей новоявленный мессия сумел притянуть к себе группу людей, которая затем расширялась. Столбун утверждал, что может излечивать доселе неизлечимые заболевания, а также алкоголизм, наркоманию, шизофрению. Он без тени сомнения брался за излечение всех недугов, а также за перевоспитание трудных детей и подростков.

“Уникальный” метод, с помощью которого он обещал достичь вышеперечисленных результатов, заключался в опрыскивании жидким хлорэтилом перианальной области.

Эти процедуры сочетались с насильственной ломкой личности человека, подавлением его воли, беспрекословным подчинением лидеру, т.е. Столбуну. В тоталитарной секте-коммуне, которую он возглавлял, практиковались групповые избиения, истязания взрослых и детей, непосильный труд, склонение к сожительству. В эту секту он набирал взрослых и детей с целью якобы излечения и перевоспитания. Членов секты он держал в постоянном страхе, запугивая их тем, что все они больны шизофренией и поэтому их ждет спец псих колония, из которой нет выхода, и только находясь в его группе можно стать здоровым.

Со своей сектой Столбун разъезжал по территории бывшего СССР, география его перемещений обширна: Москва и Московская область, города Дмитров, Набережные Челны, Душанбе, Ленинград и др., — и повсюду происходили скандальные разоблачения, после которых их выдворяли.

Поскольку в его коммуне не было людей с высшим медицинским образованием, большой удачей Столбун был встреча со Стрельцовой В. П., которая

* Мелким курсивом набраны места, которые, по мнению редактора, следовало бы вычеркнуть, как чисто оценочные, тенденциозные и весьма уязвимые, но тогда бы читатель потерял многомерность картины.

Стоит обратить внимание, что понятие “секты” используется по отношению к нерелигиозной организации.

стала для него не только женой, но и верной соратницей до сегодняшнего дня.

Пациентами Столбун были известные в стране люди из среды творческой интеллигенции, а также члены ЦК КПСС, которые часто страдали от алкоголизма и других заболеваний. Именно эти люди добились через Минздрав, (что также вызывает удивление, т.к. врачей в группе Столбун не было кроме Стрельцовой) того, что одной из лабораторий института Мозга под руководством акад. Бехтеревой Н. П. было поручено изучить эффективность метода Столбун при лечении алкоголизма.

Заключение Бехтеревой было разгромным: “Объективно показано, что применение указанного метода вызывает патологические процессы в различных структурах мозга, сопровождающиеся резкими нарушениями сна и другими неблагоприятными симптомами”. “По мере удлинения сроков лечения наблюдается устойчивое угнетение активности передних отделов полушарий, больше выраженное справа”. Так, при первом же клиническом испытании был сделан вывод о том, что метод разрушительно действует на психическое здоровье людей и в результате т.н. лечения пациенты становились послушными и управляемыми и готовыми “ползти” за Столбуном.

По результатам этой проверки в газете “Известия” была опубликована статья “За кулисами одной сенсации”. Столбун подал в суд на газету. В судебном заседании допросили 30 свидетелей из 6-ти городов СССР. В ходе этого процесса выяснилась страшная правда о том, что творилось за красивой вывеской. Суд отклонил иск о клевете и Генеральная прокуратура возбудила уголовное дело в отношении самого Столбунова по фактам избиений, которые практиковались в секте. Однако высокопоставленные покровители-пациенты помогли и в этот раз. Дело тянулось очень долго, но потом было прекращено в связи с истечением срока давности.

После этого, как и бывало в подобных ситуациях раньше, группа Столбун на время ушла в тень. Прошло немного времени и в 1991 г. Столбун с компанией объявился в Ступинском районе Московской области. Руководители Ступинского р-на, большинство из которых, обманувшись, попало в зависимость от метода и самого Столбунова вместе со своими женами и детьми, предоставили группе территорию п/л “Ока”. Так в 1992 г. при фонде “Спаситель” была организована школа интернат-экстернат “Феникс”, а также реадаптационно-реабилитационный Центр, где применялся все тот же метод “лечения”, а фактическим руководителем и в том и в другом случае являлся Столбун.

В 1992 – 1993 гг. началась массированная реклама этой “новаторских” лечебницы и школы по центральному телевидению и в газетах, которой содействовали протежириющие Столбуну влиятельные лица. Они были или до сих пор являются его постоянными пациентами. В их числе Э. Успенский, покойный Р. Быков, Я. Голованов, О. Кучкина и др. Рекламе на ТВ способствовал бывший руководитель Российского телевидения Александр Яковлев. Эти лица писали сами и организовывали положительные публикации, в которых ни словом не упоминалось, что же именно на самом деле происходило в лечебнице и школе. Реклама заключалась в том, что обещали за два года пройти программу всей школы, изучить несколько иностранных языков, поступить в элитные ВУЗы страны.

Надо отметить, что после судебного разбирательства, на котором запретили использование хлорэтила как наркотика группы “В”, — “ученые-новаторы” модифицировали свой метод. Для воздействия стал использоваться медицинский аппарат “Элион”. Теперь метод (т.н. слоение) заключался в воздействии слабым электротоком на ту же анальную зону и промежность. По оценкам экспертов электростимуляция вышеупомянутых зон, являющихся эрогенными, вызывает нейрохимические изменения в тех же структурах головного мозга, которые участвуют в формировании наркотической зависимости. Именно поэтому метод ведет к зависимости тех, в отношении кого его применяют.

По существу была создана психотехника, состоящая из нескольких компонентов: насильтвенная ломка личности, внушение, гипноз и электростимуляция.

Все ученики школы и пациенты Центра подвергались этой процедуре. Причём назначали и проводили эту процедуру бывшие ученики, которые окончили школу и стали помощниками педагогов. Параллельно шла работа по внушению и “перевоспитанию”. Ученики и пациенты были полностью изолированы от окружающего мира и информации об этом мире. Запрещалось читать газеты, журналы, смотреть телевизор, слушать радио. Дети спали всего несколько часов в сутки. Занятия в школе часто проходили ночью.

В школе царила атмосфера постоянного страха, тотальной слежки и доносительства всех на всех. Дети попадали в полную зависимость и, в результате, подавляющее большинство из них не возвращались в свои семьи, оставаясь помощниками педагогов.

Фактически в этой школе происходило управление сознанием, поведением, психикой ребенка, полное подчинение воле “диктатора-руководителя”, т.е., кодирование (или как сейчас говорят — зомбирование).

После моего обращения по поводу этих действий Столбун и его соратников в Комиссию по правам человека при Президенте РФ (8-го декабря 1993 г.), — был создан экспертный Совет по проверке деятельности этой школы, в который входили представители Независимой Психиатрической Ассоциации России, Ассоциации детских психологов и психиатров, Главный подростковый психиатр РФ, профессор факуль-

тета психологии МГУ, юристы из НИИ Прокуратуры РФ, педагоги (представители Минобразования РФ).

В результате проверки было единогласно вынесено отрицательное Заключение специалистов, а именно: “процедура “слоения” — ЭТО МЕДИЦИНСКИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫЙ НАД ДЕТЬМИ, НАХОДЯЩИМИСЯ В ПОЛНОЙ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СВОИХ ПЕДАГОГОВ, направленный на полную унификацию личности, что нарушает права ребенка (9 статей из Конвенции ООН о правах ребенка), законы РФ об образовании и психиатрической помощи. Также указывалось, что этот метод вызывает психологическую зависимость у учеников и пациентов и ведёт к их полному подчинению.

Что касается обучения в этой школе, то все эксперты, в т.ч. педагоги отметили, что оно строилось на механическом заучивании, учащиеся не могли дать оценку прочитанному, их учили решать простейшие задачи. Они никуда не поступали, а их просто зачисляли в Московский Экстерный Гуманитарный Университет (МЭГУ), неаккредитованный ВУЗ, документы которого не имеют юридической силы. С этим ВУЗом у школы Столбун был заключен соответствующий Договор.

Также эксперты отметили тот факт, что Стрельцова в ответах им (экспертам) давала ложную информацию. Также было установлено, что у неё отсутствовала психиатрическая специализация. А сам Столбун откровенно уклонялся от встречи с экспертами.

Однако председатель Комиссии по правам человека Ковалёв С. А. вопреки результатам экспертизы и мнению других членов этой Комиссии (Е. Боннэр, С. Аверинцева, В. Бахмина и др.) неожиданно принял сторону Столбун и в результате этого Комиссия не приняла никакого решения, не была дана правовая оценка деятельности Столбун. Вместо защиты прав детей было поддержано право одного человека — Столбун на медицинские эксперименты над ними.

Под давлением общественности, многочисленных публикаций и передач по телевидению администрация Ступино вышла из состава учредителей школы и лечебницы, Столбун лишился бюджетного финансирования. Школа и лечебница закрылись. Но т.к. соответствующими органами не была дана оценка его деятельности, сам Столбун, оставаясь безнаказанным, нашел возможность, при помощи покровительства сверху, на новом месте продолжить свои эксперименты на детях и взрослых.

Он вновь использует уже много раз опробованные им методы воздействия на будущих своих пациентов и ведет свою мошенническую рекламу, которая сводится к следующему: приехал выдающийся психолог-профессор (но медицинского образования у него — нет), лечит абсолютно все болезни в том числе и алкоголизм, шизофрению, исправляет поведение “запущенных и трудных” детей, которые за два года проходят всю программу школы и поступают в ведущие ВУЗы страны.

По приезде на новое место, для того чтобы заручиться поддержкой местных властей, он ставит “страшные” диагнозы их родственникам и им самим, говоря, что только он один может их спасти и никто другой. При этом важно отметить, что если лечится -“слоится” один член семьи, то все остальные члены семьи также в обязательном порядке должны быть подвержены “слоению”, чтобы вся семья одновременно была под “колпаком” у “профессора”. Вот такой “комплексный” подход. Таким образом он закрепляется на новом месте и так было уже много раз до следующих разоблачений.

Столбун создал уникальную структуру, которая была рождена в застойные годы и сохраняется в постперестроечном периоде. Можно было бы назвать ее “медико-политической”. Это своеобразный российский вариант мафии, построенной на психологической зависимости от “крестного отца” людей, занимающих порой самые высокие руководящие должности, представителей интеллектуальной элиты. Они были или до сих пор являются пациентами Столбuna, и все они периодически испытывают необходимость в его “воздействиях” — чтобы снять запой или стресс. Чем не наркотическая зависимость?

Кроме того, у этих людей довольно часто случались неприятности с детьми: наркомания, алкоголизм, неуправляемое поведение. Столбун брал этих детей, полностью подчиняя их себе. Столбун удерживал детей высокопоставленных чиновников годами, и родители на долгое время избавлялись от трудностей воспитания своих запущенных детей.

Так он стал необходим высшему эшелону власти ничуть не меньше, чем знаменитое 4-е Управление. Поэтому одни клиенты открыто встают на его защиту, другие — остаются в тени, но начинают “дергать за ниточки”, как только над Столбуном в очередной раз сгущаются тучи.

Нельзя не сказать, что “целитель” не встречал противодействия, но оно было явно недостаточным. Так, в 1995 г. было возбуждено уголовное дело по статье незаконное врачевание в связи с обращением ряда граждан об ухудшении состояния здоровья после лечения у Столбун. Но, к сожалению, это дело не получило должного завершения. Также о деятельности группы Столбун прошло несколько телепередач и более 25 публикаций в центральной прессе.

В 1996 г. Минздрав издал два Приказа. Приказ № 321 от 20.08.96 г. запретил применения метода Столбун (т.н. “слоение” или ДЦРВ) на детях и подростках, а согласно Приказа № 245 от 13.06.96 г. Столбун не имеет права практиковать свой метод на взрослых. В свое время в Ступино у Столбун появился пациент генерал Цалко А. В., ставший затем также зависимым пациентом вместе с членами своей семьи (Дочь Цалко — член секты, согласно документам). Этот человек, который был тогда депутатом Верховного Совета от г. Твери и впоследствии сыграл значительную роль в дальнейшей деятельности Столбун.

С его помощью он переехал вместе со своей коммуной в Торжокский р-он Тверской обл. и обосновывается на территории санатория Митино.

23 авг. 1994 г. регистрируется АОЗТ “Новоторжская школа-пансионат “Пелион”, а также 08.06.1994 г. регистрируется АОЗТ “Медико-реадаптационный Центр “Коррекция” и еще другие организации.

Несмотря на многочисленные обращения в местную администрацию, органы здравоохранения, образования, прокуратуру Твери, Торжка, — деятельность этой группы продолжалась, более того им была выдана лицензия на медицинскую деятельность, хотя в соответствующие органы были направлены все экспертные заключения и копии приказов Минздрава.

Там же в Твери, не теряя времени даром, группа Столбун “ковала” документы об образовании. И образования и соответствующих документов у них катастрофически им не хватало.

Надо отметить, что ядро группы Столбун, состояло из 30 человек. У половины из них были дипломы педагогических ВУЗов (преподаватели русского языка, географии и т.п.). Был еще один авиационный инженер.

Другая часть группы получила своё образование в МЭГУ, о котором мы упоминали выше.

Так вот в г. Твери всего за несколько месяцев (4 – 5 месяцев от первого до последнего экзамена — согласно документам из архива ТГУ) в Тверском госуниверситете на факультете психологии они в нарушение закона получили дипломы о втором высшем образовании, т.е. документ о том, что они закончили полный курс ТГУ на базе имеющегося высшего образования. Известно, что для получения второго высшего образования необходимо, согласно действующему законодательству, учиться не менее трёх лет. Однако, при этом, им была присвоена несуществующая (согласно Классификатору Минобразования) квалификация “практический психолог”.

Психологами последователи Столбун от этого не стали. Более того, половина членов группы Столбун предъявила при поступлении в ТВГУ дипломы о первом высшем образовании, полученным ими в МЭГУ (Московский Экстернитный Гуманитарный Университет), который не является аккредитованным ВУЗом и, соответственно, его дипломы не имеют юридической силы.

После этого вся компания проходит стремительное обучение сроком 1 – 2 месяца в С-Петербургской и Российской Медакадемиях последипломного образования и получает дипломы и сертификаты по медицинской психологии, психотерапии, диагностике и лечению психических расстройств и др.

“Прием, подготовка указанных лиц на данных циклах и выдача им соответствующих документов является грубым нарушением действующего приказа Минздрава РФ от 26.11.96 года № 391 о подготовке медицинских психологов для учреждений, оказываю-

щих психиатрическую и психотерапевтическую помощь” как следует из ответа Минздрава. Т.о., эти дипломы также являются недействительными. После этого ряд “ученых”, получают дипломы профессоров и докторов наук: Столбун — доктор психологических наук, профессор; Стрельцова — доктор мед. наук, профессор, кандидат психологических наук, а Бармин С. В., Столбун Ю. В., Сиресина, Ахтямова А. А., Базиков М. В., Карапетова и др. получают дипломы кандидатов психологических наук. Документы эти они приобрели в общественных организациях: по виду эти дипломы очень похожи на государственные, но не имеют к ним ни малейшего отношения. Ответы из ВАКа гласят, что ученые степени и звания данным лицам в установленном законом порядке никогда не присуждались.

Затем Столбун и Стрельцова в таких же общественных организациях получают звания академиков, членов-корреспондентов, причем практически в один и тот же день, что и предыдущие звания. Мантии академиков одеты, но “короли”-то все равно голые.

Возвращаясь к Тверскому периоду нужно отметить, что действовали они с 1994 г. под эгидой Межрегиональной общественной организации инвалидов военной службы (ИВС) “Забота”, которой руководил А. В. Цалко. В это же время начинается их тесное сотрудничество с Зиньковским А. К. — зав. каф. психиатрии и медицинской психологии Тверской мед. Академии, д.м.н., проф., сотрудником кафедры психологии Тверского Государственного Университета, который оказывает им всестороннюю поддержку и содействие.

В 1997 г. о группе Столбун — Стрельцовой прошли несколько передач по телевидению Твери, передачи по радио, публикации в местной прессе, выступили специалисты, при активном участии нашего Комитета. В результате вся группа срочно покинула Тверскую область, вернувшись в Московский регион, где снова продолжила свою незаконную медицинскую и предпринимательскую деятельность в нескольких местах, а именно:

В Егорьевском р-не Моск. обл. МОПБ № 3 (1997 – 98 гг., 1999 – 2000 гг.); в школе “Бригантина” на базе СПТУ-96 Егорьевского р-на (1997 – 98 гг.); в г. Троицке Моск.обл. в больнице Медобъединения РАН (1997 – 98 гг.); в Пушкинском р-не Моск.обл. Санаторий “Дружба” (1997 – 98 гг. и в Центре комплексной терапии “ЛАД” — г. Москва, Скатерный пер., 8/1, стр. 1. (1997 – 99 гг. без лицензии; с 1999 г. им выдана лицензия, где указано, что используются только законные методы; действуют по настоящее время). Возможность деятельности группы Столбун — Стрельцовой в МОПБ №3 обеспечил её Главный врач Кротов, который ещё задолго до этого стал пациентом Столбун.

Несмотря на наши обращения в правоохранительные органы о деятельности этой секты в Московском

регионе, — уголовное дело за незаконную и предпринимательскую деятельность было возбуждено только по г. Троицку против Стрельцовой В. П., Долгополова В. В. и Ахтямовой А. А., через несколько месяцев оно было приостановлено в связи с тем, что Ахтямова, бежавшая с большой суммой денег, полученных от пациентов и была объявлена в федеральный розыск.

Деятельность этой группы в г. Троицке была остановлена, но в Егорьевской МОПБ № 3 и в “ЛАДе” продолжалась и получила неожиданное продолжение.

В феврале-марте 1999 года на базе 5-го военно-клинического госпиталя ВВС в г. Красногорске Московской области была организована научно-методическая лаборатория медико-психологической коррекции, которая предназначалась для диагностики и лечения расстройств центральной нервной системы у военнослужащих Российской Армии, пострадавших в военных действиях. Создана она была по указанию Министра обороны Сергеева, к которому обратился с письмом Председатель Совета межрегиональной общественной организации инвалидов военной службы А. В. Цалко. В письме к Министру обороны говорилось о том, что существует группа ученых, разработавшая уникальные методы диагностики, лечения и реабилитации. И эти методы было решено использовать в военных лечебных учреждениях министерства обороны, предварительно проверив их эффективность.

Лаборатория была включена в состав госпиталя со штатом в 13 человек, в том числе 7 кандидатов наук, 1 доктор психологических наук, 1 доктор медицинских наук, несколько ведущих научных сотрудников. Выделялись транспортные средства: легковые и санитарные автомобили, рабочие, служащие и др.

Можно было бы только порадоваться трогательной заботе, которую проявляет руководство военных ведомств о военнослужащих и быть полностью спокойными за их дальнейшее здоровье. Хочется особо отметить, что создание этой лаборатории происходит на фоне сокращения вооруженных сил, нехватки средств на зарплату военнослужащим, на решение их социальных проблем. Но здоровье, однако, превыше всего. Тем более, что ученые изобрели просто панацею от многих заболеваний, применяя “высокоэффективные методы диагностики, лечения, доселе неизвестные отечественной и мировой науке”. А “большое количество научных публикаций, патенты, кандидатские и докторские диссертации свидетельствовали о высоком уровне членов лаборатории”.

Но прошло совсем немного времени и 1-ый зам. начальника ГЛВМУ Быков обратился к главному врачу Московской обл. псих. больнице (МОПБ) № 3 Кротову А. Е. с предложением об организации совместной научно-практической работы по комплексному исследованию и лечению психиатрических больных с затяжным типом течения заболеваний. И для этого

предлагалось направить в эту больницу сотрудников вышеупомянутой лаборатории. Научное руководство осуществлялось гл. психиатром Минобороны, зав. кафедрой медицинской психологии С-Петербургской Медакадемии д.м.н. профессором Литвинцевым, а практическое руководство — учеными из лаборатории. В МОПБ № 3 должна была проверяться эффективность методов лечения пограничных (психогенных) расстройств, которые как раз и наблюдаются у военнослужащих, принимавших участие в военных действиях (для этого и создавалась лаборатория).

Но для лечения в МОПБ № 3 были отобраны больные другого профиля, а именно психохроники с умственной отсталостью разной степени тяжести (олигофрены). На таких больных изучать эффективность лечения пограничных расстройств абсурдно, что знают даже студенты-медики. Для эксперимента из ряда психоневрологических интернатов, школ-интернатов, ПТЛ № 29 Московской области Цалко привозил детей, больных олигопренией разной степени тяжести.

Вот тут-то стали происходить странные вещи. “Научно-практическая работа” проводилась в 1-ом отделении больницы с детьми и почему-то преимущественно по ночам в обстановке таинственности и секретности. Врачи из других отделений в 1-ое отделение не допускались. Специалисты лаборатории брали больных из других отделений по своему усмотрению без ведома заведующих, что-то с ними делали (опять-таки ночью), после чего состояние этих людей изменялось к худшему, а сами “специалисты” вели себя странно (из акта проверки коллективной жалобы сотрудников МОПБ № 3 от 23.08.2000 в адрес губернатора Моск. обл. Громова).

Также следует отметить, что между реабилитацией военнослужащих и лечением больных-олигофренов существует принципиальная разница. Возникает вопрос, что же лечат “ученые” лаборатории: невротические нарушения у военнослужащих или олигопрению? Эти расстройства имеют различную природу и принципиально отличаются друг от друга.

Что-то здесь не так. Что-то не вяжется одно с другим. Лабораторию создавали для одного, занимаются другим, а пациентов подбирают совсем не по профилю. Так кто же эти выдающиеся деятели науки, под которых создают новую лабораторию?

Назовем их имена: Столбун В. Д., Стрельцова В. П. и их группа.

При этом надо отметить, что в последние годы неэффективность метода Столбун в лечении различных заболеваний с констатацией ухудшения здоровья пациентов, неоднократно отмечалась авторитетными комиссиями и заключениями компетентных специалистов, в т.ч. Минздрава РФ.

Раздражение эрогенных зон (т.е. тех самых зон, на которые воздействует электротоком Столбун и К°) является мощной биологической стимуляцией с непредсказуемы-

ми последствиями. Апробации метода на животных — не было, клинических испытания — также, не было. Столбун и Стрельцова всячески уклонялись от предложений изложить полностью существо своего метода и представить его в Минздрав для рассмотрения компетентными учёными, всячески избегали контактов с учёными медиками и нигде и никогда в серьёзных научных журналах и сборниках, — они не публиковались. Мотивировали они это тем, что метод могут украсть.

Итак, группа Столбун – Стрельцовой продолжала работать и активного противодействия со стороны соответствующих ведомств — не встречала. Та самая Ахтямова, которая находилась два года в федеральном розыске, в это время работала сотрудникой лаборатории госпиталя. Она была арестована на территории госпиталя, а на следующий день выпущена, а уголовное дело по г. Троицку — закрыто по амнистии.

Судя по тому, что лабораторию удалось создать, вопреки здравому смыслу и существующим документам, кто-то из высшего военного руководства стал пациентом Столбун.

В бытность свою депутатом и занимаясь вопросами обороны, Цалко обзавелся нужными связями в военном руководстве, которыми и воспользовался для создания этой лаборатории. Он вводил в заблуждение должностных лиц, убеждал их в том, что это разрешенный уникальный метод для лечения всех заболеваний.

В августе и октябре 2000 г. были направлены Запросы Председателя Комитета по национальной безопасности ГД РФ Гурова к министру обороны И. Сергееву по поводу создания этой лаборатории.

В своих ответах Гурову Министр обороны Сергеев его зам. Исаков писали, что группа Столбун — это крупные учёные и являются авторами многих научных публикаций. Такие ответы они давали не зная, что расследование по факту создания этой лаборатории ведёт Главная военная прокуратура по Запросу того же Гурова.

Материалы о ликвидации лаборатории, отправленные Главной военной прокуратурой и ГЛВМУ бывшему Министру обороны И. Сергееву лежали у него на столе более двух месяцев не подписанные. И только после публикации в МК “Столбовая дорога в ад”, — вышла директива Генштаба о ликвидации лаборатории в связи... с изменением штатного расписания. Отметим, что в военном ведомстве виновных не искали, т.к. слишком высокие должности у лиц в Минобороне и Генштабе заинтересованных в существовании данной лаборатории.

Возникает вопрос: каким образом могло произойти такое в наше время построения демократического общества? Да очень просто. С помощью тестов Столбун, Стрельцова и компания отбирают внушаемых, гипнабельных людей. Ведется направленный поиск выгодного контингента: бизнесмены, предприниматели и банкиры нужны для крупных денежных вливаний; влиятельные люди из

властных структур нужны для внедрения в системы здравоохранения, образования, а теперь еще и в силовые структуры. Интеллектуальная элита, пишущая братия, пользующаяся известностью, доверием со стороны граждан, связями на телевидении и СМИ нужна для рекламы данной группы "ученых". Они трудятся над созданием ореола мученика Столбунова, чуть ли не диссидентов, "гениального ученого", гонимого "бездарями и завистниками от официальной медицины".

Ну, а как быть с учеными степенями и званиями Столбунова, Стрельцовой и компании? Столбун, изгнанный из Мединститута и Пединститута им. Ленина за неуспеваемость (архивная справка), с трудом закончил заочный Педагогический им. Крупской стал преподавателем русского языка и литературы. Но и в те отдаленные годы он мечтал о мантии академика и требовал, чтобы пациенты и ученики называли его "профессором".

Число деструктивных организаций, к которым принадлежит и секта-коммуна Столбунова – Стрельцовой, растет. По данным ГИЦ МВД России деструктивные организации являются источником преступлений, как против личности, так и против общества и государства. Располагая большими финансовыми средствами, используя коррумпированных чиновников, они проникают в учреждения здравоохранения, образования, силовые структуры. Психика и душа человека сегодня становятся предметом преступного бизнеса.

Мы стали свидетелями беспрецедентного факта: группа мошенников и авантюристов обманным путем, используя образовательные документы, выданные в нарушении закона сумела проникнуть в систему Министерства обороны и для них специально была создана лаборатория. Появились высокопоставленные лица, патронирующие эту группу.

Вместо оказания квалифицированной медицинской помощи, здоровье военнослужащих Российской Армии, пострадавших в военных действиях, солдат, брошенных в пучину Чеченской войны, было отдано в руки мошенников и шарлатанов и, по существу, происходил эксперимент над военнослужащими Российской Армии. Те же "ученые" в МОПБ № 3 проводили эксперимент над душевнобольными детьми, который является противозаконным и глубоко безнравственным, т.к. этот метод запрещен и его использование создавало угрозу причинения вреда здоровью детей и военнослужащих. Больше всего поражает то, что в этом эксперименте приняли участие учёные психиатры:

Г. В. Морозов — ведущий специалист Государственного Центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, д.м.н. проф., академик; **Александров А. А.** — зав. каф. мед. псих. С.-Петербургской Мед. Академии последипломного образования, д.м.н., проф.; **Зиньковский А. К.** — зав.каф. "Психиатрии и медпсихологии" Тверской Мед. Академии, д.м.н., проф., сотрудник кафедры психологии Тверско-

го Государственного Университета; **Хохлов Л. К.** — д.м.н., ведущий проф. Кафедры психиатрии Ярославской Мед. Академии; **Гамбург А. Л.** — д.м.н., ведущий профессор кафедры психиатрии Саратовского Мед. Университета; Главный психиатр Минобороны РФ **Литвинцев С. В.** — нач. кафедры и клиники психиатрии С.-Петербургской военно-медицинской Академии, проф., д.м.н. Вышеназванные учёные, используя свой профессиональный авторитет, поддержали эту группу мошенников и шарлатанов.

Главной причиной их участия в этом эксперименте является то, что все они являлись (а возможно и сейчас являются) сотрудниками Межрегиональной общественной организации инвалидов военной службы (ИВС) "Забота" под руководством Цалко А. В., где получали соответствующее материальное вознаграждение. Документальное подтверждение этому есть в отношении Морозова, Зиньковского, Александрова.

Члены секты-коммуны Столбунова – Стрельцовой с 1994 г., также являлись сотрудниками ИВС "Забота", т.е. вышеназванные учёные и члены секты являлись сотрудниками одной и той же организации, при этом совместно занимались незаконной медицинской и предпринимательской деятельностью, используя запрещённые методы диагностики и лечения.

Морозов Г. В., Александров А. А., Зиньковский А. К., Хохлов Л. К., Гамбург А. Л. и Литвинцев С. В. подписали хвалебные письма на имя министра обороны РФ Сергеева и зам. министра Исакова и губернатора Московской обл. Громова Б. С. о выдающихся неизвестных доселе мировой науке результатах группы Столбунова – Стрельцовой.

Зиньковский, кроме этого, обеспечивал получение в нарушение закона для всей группы Столбунова – Стрельцовой дипломов о втором высшем образовании в Тверском Гос. Университете. (Зиньковский также являлся сотрудником лаборатории в 5-й ЦВКГ — психиатр-консультант). Александров обеспечивал получение сертификатов и дипломов в нарушение законов в С.-Петербургской Мед. Академии последипломного образования.

Зиньковский направлял письма Председателю Тверской обл. лиценз. Комисии, в которых он просил оказать всяческую поддержку группе Столбунова и выдать им лицензию. Он утверждал, что при его содействии подготовлена научная работа совместно с одним из членов этой группы и она опубликована в материалах 10-го Международного конгресса по психиатрии в Мадриде 1996 г. Но публикация в материалах Конгресса не говорит о научной ценности работы. Известно, что для этого необходимо всего лишь заплатить необходимый организационный взнос.

Что касается других статей, опубликованных в журналах и сборниках, на которые ссылается Зиньковский, то опубликованы эти материалы исключительно в сб. ТвГУ — список этих работ, написанных совместно с Шикуном можно найти на сайте ТвГУ в Ин-

тернете. Их научная ценность сомнительна и не имеет никакого отношения к тому незаконному методу, который они всегда используют в своей деятельности.

Сторонники группы Столбун – Стрельцовой называли их энтузиастами и первооткрывателями, но этот “энтузиазм” всегда имел под собой прямую финансовую заинтересованность. В своих интересах они нарушали прямой юридический запрет (Приказы Минздрава), не говоря уже о нарушении морально-этических норм. И учёные, поддерживающие группу Столбун – Стрельцовой, о которых мы писали выше, имели при этом также прямую материальную заинтересованность.

Министр здравоохранения в своём последнем ответе сообщил, что у членов группы Столбун – Стрельцовой изымают сертификаты на медицинскую деятельность, выданные в нарушение закона. А также то, что некоторые подписи учёных психиатров, в частности академика Морозова, сфальсифицированы. Это неуклюжая попытка выгородить своих. У нас есть документы, подтверждающие участие в эксперименте этих врачей. И ни слова не упоминает Министр о деятельности этой группы в военном госпитале, потому что сам Министр здравоохранения — военный.

Виновных не ищут и не наказывают. Такое благодушие чревато самыми серьёзными последствиями. Должностные лица попустительствовали действиям этой группы мошенников и авантюристов в течение многих лет и продолжают попустительствовать сейчас. Они опасаются принять действенные меры против группы, т.к. не знают какого ранга чиновник в данный момент им покровительствует и как это отзовётся на их личной карьере.

Так чего же добивается Столбун, Стрельцова и компания? Это постоянное расширение поля своей деятельности, увеличение числа членов, внедрение в сферы медицинскую, педагогическую, в силовые структуры. Своего рода бизнес, паразитирование за счёт людей и государства. Кроме внедрения в силовые структуры, одной из важных целей, — было создание крупного Центра медико-психологической реабилитации на основе МОПБ № 3 и психоневрологического учреждения, примыкающего к этой больнице. План реализации этого проекта готовил Цалко как руководитель ИВС “Забота”.

Но главная цель, — ввести в зависимое состояние как можно большее число людей, а по сути это получение неограниченной власти над душами, умами людей, их физическими и материальными ресурсами.

Вопиющий факт — само создание лаборатории в системе Минобороны РФ, выход на высшее руководство страны, заинтересованность этого руководства в группе Столбун – Стрельцовой (Исаков, Сергеев, Квашнин).

Позволим себе привести цитату из Письма Начальника департамента здравоохранения Тверской обл. Косырева А. В. в адрес зам. губернатора Тверской обл. по факту деятельности секты-коммуны Столбун – Стрельцовой в этой области. “...Это группа единомышленников, которая под видом мед. деятельности “психологического тестирования” ведёт ак-

тивный поиск и отбор людей наименее готовых сопротивляться внушению, тревожных, стремящихся обрести опору в жизни в лице человека, способного в директивном порядке управлять их действиями, решать личные проблемы в качестве непрекращающегося авторитета. Имеется тенденция к контролю и манипулированию сознанием личностей, которые можно отнести к наименее социально защищённым (инвалиды, дети-сироты). Конечная цель подобного рода деятельности неясна, но можно предположить, что это создание “коммуны”, сообщества людей, подчиняющегося жесткой воле лидера. В силу вышеизложенного, считаем любой вид деятельности данной группы (медицинской, педагогической, реабилитационной) недопустимым”.

Механизм воздействия на психику и волю человека в деструктивных культурах (тоталитарных сектах) связан с манипуляцией сознанием, в результате чего наносится непоправимый ущерб менталитету нации и поэтому деятельность подобных деструктивных организаций представляет угрозу национальной безопасности страны.

Деструктивные организации в своей деятельности используют современные психотехнологии для воздействия на психику, сознание и подсознание людей. Западный мир столкнулся с экспансиею тоталитарных сект (деструктивных культов) раньше России, результатом чего явились Решения Европарламента 92 – 96 – 99 гг.

Так во Франции впервые в мире в июне 2000 г. подготовлен и прошел два чтения Закон, по которому граждане и организации, занимающиеся манипуляцией сознанием, могут быть привлечены к уголовной ответственности. В проекте Закона впервые дано определение тоталитарной секты и сформулированы 10 критериев манипуляции сознанием.

Может быть, и нам пора защитить наших граждан и поставить заслон на пути “столбунов”, которых с каждым днем становится все больше. Сегодня есть опасность, что после ликвидации лабораторию могут открыть в другом, более закрытом для глаз общественности. Возможен также переход этой группы в систему медицинских учреждений МЧС, МВД, ФСБ, Генштаба. Во всяком случае, как только начинаются очередные разоблачения, члены секты с помощью высоких покровителей ищут новый аэродром для следующей посадки. А может быть уже нашли?

Все те, кто помогал и помогает этой группе лиц, делают всё, чтобы не было возбуждено уголовное дело. Единственно, что наряду с закрытием лаборатории в Минобороны на сегодня удалось добиться, это: Московская обл. прокуратура в апреле с.г. возбудила уголовное дело по факту незаконного помещения детей и взрослых в психиатрический стационар (МОПБ № 3).

По требованию прокуратуры С.-Петербурга идёт отзыв сертификатов, выданных группе Столбун С.-Петербургской Академией последипломного образования. Но Минобразование, Тверской Госуниверситет, Тверская областная прокуратура отказываются признать недействительными дипломы, выданные

членам этой группы в ТвГУ. Значит, члены группы Столбун — Стрельцовой могут ими снова воспользоваться.

В одной из публикаций Столбун сравнивают с Хаббардом, называя его “наш российский спрут”. Спрут простирает свои щупальца, разрастается, благо замужние и незамужние женщины-члены секты почти ежегодно рожают детей. На Скатерном переулке действует центр комплексной терапии “ЛАД”. Там же люди, с теми же образовательными документами используют те же методы. Других просто они не знают. И несмотря на все наши обращения “ЛАД” закрыть не удаётся.

В Тверской области куплено помещение детского сада членами этой же секты, и по сообщению зам. гу-

бернатора Тверской области, группа Столбун может быть использована для работы с детьми вынужденных переселенцев.

Отчего все это происходит? От безнаказанности. А может быть такие деструктивные организации кому-то нужны и выгодны? И очень удобно контролировать большие группы людей, полностью подчиненных и готовых выполнить любую волю своего лидера. Эти группы могут быть использованы при проведении выборов, а также при любых политических и социальных потрясениях.

Таким образом, человек сегодня в России беззащитен. Его права, его психическое здоровье находятся под угрозой и не защищено.

Так какое же общество мы сегодня строим?

В настоящее время в Интернете Столбуном и Стрельцовой создан сайт WWW.STOLBUN.RU, в котором они дают ложную информацию о своей деятельности, предлагают излечивать своим методом абсолютно все заболевания и приглашают пациентов на лечение давая свой адрес электронной почты.

Комментарий редактора. Мы поместили статью Светланы Васильевны Романюк в рубрике “Документы времени”, так как все, что в ней написано, и многое более того, — **документировано**: в редакцию было принесено несколько десятков килограмм копий документов, собранных со знанием дела, каждый из которых значим, а все вместе дают яркую и убедительную картину.

Это не заурядное дело о мошенничестве: проблема не только и не столько в Столбуне и его группе. Это еще **свидетельство уровня нашей психиатрической помощи**. Не темный люд предпочитал Столбун и сейчас его защищает. Мы с уважением относимся к таким чувствам, как благодарность своему врачу, независимо от наличия диплома. Я был участником разбирательства этого дела в комиссии под председательством Сергея Адамовича Ковалева и хорошо помню не только единодушие экспертов, но и противоположное им единодушие родителей детей-пациентов Столбун и его взрослых пациентов, таких как Ролан Быков. Его выступление было самым убедительным. Все многочисленные эксперты — педагоги, психологи, психиатры, в том числе представители нашей НПА России Э. Л. Гушанский и Е. М. Вроно, председатель Ассоциации детских психиатров и психологов А. А. Северный, заведующий психологической лабораторией НИИ психиатрии Коробейников, детские и подростковые психиатры всех научных центров Москвы поддались на старый как мир жульнический или фокуснический отвлекающий прием: сосредоточились на экзотической процедуре, упустив, что не менее, а подчас более значим фон. Р. Быков высмеял экспертов на их поле. Он

экспромтом импровизировал определение эрогенной зоны, парадигматически превосходящее общеупотребительное. Наконец, не следует забывать, что С. А. Ковалев — представитель академической науки, естественник, чуждый любой предвзятости, в том числе и научных штампов. Ситуация на комиссии была **очень далека от однозначности**, которая представлена в статье. Отражением этого послужила публикация в нашем журнале, наряду с отчетом Э. Л. Гушанского и Е. М. Вроно, моей статьи под псевдонимом с другим видением ситуации (НПЖ, 1994, 3, 26–28, 50–52). С. А. Ковалев не менял своего решения, а просто затруднился принять его: дети довольны, родители довольны, персонал доволен, недовольны только эксперты с подачи все той же С. В. Романюк, вводное выступление которой на комиссии носило настолько гротескно обличительный характер, напоминая обличения по делу врачей Тимошук, что произвело под конец на многих отталкивающее впечатление. Тем более, что все началось с отказа Столбун принять в свою школу ее собственную дочь. Нельзя не признать: задача, которую успешно решала школа Столбун, — уберечь детей от наркотиков, распутства, криминализации — не обеспечивало никакое другое государственное детское учреждение.

Для нас важно, что это дело вскрыло **упадок и разложение в нашей собственной профессиональной среде**. Если эксперты психиатры и психологи обманулись сами, обнаружив узкое формальное догматичное отношение к проблеме, то, по крайней мере, несколько из наших именитых коллег позволили обмануть себя, как мы теперь знаем, не бескорыстно.

Наконец, именно с этого дела обнаруживается **принципиально разное видение проблемы**: изобретение преступной методики зомбирования и личное гипноти-

ческое воздействие, “ломающие личность”, или широко задуманная и энергично проводимая система реабилитационных мер, в первую очередь, социотерапевтических макаренского типа. За этим стоят и **совершенно различные установки**: агрессивно-обличительная и преследующая, обвиняющая в манипулятивности и сама активно патерналистская — с одной стороны и либеральная, не верящая в колдовство (зомбирование), не видящая патологической зависимости и беспомощности клиентов в их неприятном для нас и неправильном выборе — с другой. Это первичные эмоциональные фиксации, не имеющие отношения к психическим расстройствам.

Ошеломляющее личное воздействие Столбун, его безостановочные многочасовые убеждения, по словам очевидцев молодых врачей-психиатров, на несколько дней оставляют целиком под своим влиянием. Такого рода дар следует признать, а не демонизировать.

В лице С. В. Романюк В. Д. Столбун нашел противника, не уступающего ему, видимо, ни в чем, кроме

ме сферы приложения усилий. Но Столбун все-таки целительствовал успешно. Поэтому титанические труд и энергия и незаурядные способности, проявленные С. В. Романюк, эквивалентные труду большой следственной бригады, ее семилетняя мертвяя хватка в ходе безостановочного преследования, хотя и успешны, но вызывают сожаление: этот потенциал пустить бы на судебную реформу, на борьбу с наркомафией, а не “секто-мафией”, — плод ошибочной не-научной интерпретации. Это касается и упоминаемого в статье французского закона, вызвавшего возмущение международной научной и правозащитной общественности. Аргументации этого была посвящена наша недавняя публикация в НПЖ (2001, I, 56 – 60), опирающаяся, в частности, на детальнейший разбор Диком Энтони существа взглядов идеолога и лидера французских антикультов (“Псевдонаука и религии меньшинств: эволюция теории промывания мозгов Жан-Мари Абрала”).

Международная конференция “Тоталитарные секты — угроза XXI века” 23 – 25 апреля 2001 г.

Из фонограммы выступления протоиерея Дмитрия Смирнова (Москва)

... Обращения граждан являются серьезным раздражающим фактором... Старый советский способ, обращения во всякие там съезды ... очень эффективны... Например, один из храмов нам удалось вернуть в центре Москвы, который занимал склад министерства обороны, в течение двух недель. А приказ был подписан на следующий день, после получения министром обороны 800 с лишним телеграмм, разного текста, но на одну и ту же тему.

Это стоит какого-то количества денег, но это неизбежно. Так же можно добиться закрытия любой секты, абсолютно, если это пожелать, заняться двумя человеками, один будет писать, а другой разносить.

Также по работе в государственных органах власти. У меня есть опыт, когда четыре человека взялись и забаллотировали закон о репродуктивных правах человека, который открывал широкую дорогу сексуальному воспитанию школьников и т.д. Четыре человека работали с Думой, и закон был забаллотирован. Иногда достаточно минимального количества активистов для того, чтобы своротить дело государственного масштаба. Лишь бы только они нашлись и действовали в одной маленькой команде.

... Государство, как известно, есть машина для угнетения одного класса другим. Есть класс, который

живет за счет народа и управляет им. ... как можно давить на Нижегородскую власть.

Второе, я назвал это “фамилии и адреса”. Двум членам в любом городе вполне под силу узнать адреса, фамилии, имена, отчества, домашние адреса руководителей всех существующих сект. Ну, можно создать плакаты, и на ксероксе их размножить, не хуже чем наши братья по разуму Саентологи, и заклеить все государственные учреждения этими плакатами. И можно их от фотографировать при выходе из дома. Чтобы каждый житель города знал их в лицо, знал фамилию, имя, отчество, домашний адрес и телефон. И можно еще факс и E-mail. И пусть дальше продолжают жить.

А вторым этапом можно сказать, что это за секта. Очень кратко, телеграфным способом. И я думаю, для многих будет достаточно, чтобы отсюда уехать. По крайней мере, не один кирпич полетит в эту форточку. Я не подстрекатель.

... Биографии всех руководителей сект с изображением их физиономии. Например, как это помягче выразиться, — Обрыдло Свамибратхупады, оно само за себя говорит. Что это за человек, коль у него такая рожа.

... Регулярно на правах рекламы можно в самых дешевых газетах, можно на телевидении, собирая деньги понемножку с прихожан, печатать, либо бегущей строкой, либо на правах рекламы, список тоталитарных сект с указанием их руководителей и их адресов, чтобы народ их знал. ... Не надо называть тоталитарная секта, а просто можно придумать еще ... деструктивный культ. И еще никогда не нужно вступать в полемику с сектантами.

... И вот они не пишут, что мы Иеговисты, мы Свидетели Иеговы. Нет, они берут христианский храм и дальше лгут, поэтому любая полемика с ними совершенно невозможна, категорически. Потому, что это люди неспособные, как вот предыдущий оратор нам засвидетельствовал и предыдущий тоже, о том, что у них вот эта часть мышления просто отсутствует, она разрушена. Поэтому тут нужна просто настоящая и беспощадная борьба в рамках уголовного кодекса.

... Профессор Кондратьев совершенно справедливо сказал о том, что такой борьбы нет, и в этом виновата церковь.

... Дело вот в чем. Мы, слава Богу, родились и выросли в империи, и, конечно, у каждого русского человека нормальное имперское сознание.

... Наша маленькая Русская православная церковь, в которой насчитывается всего 19500 священников, против 350000, которая была до революции, и безжалостно расстрелянных, умученных от голода, утопленных и так далее, конечно, не может выполнить ту функцию, которая на нее возлагалась империей до революции.

... Необходимо на каждом приходе создавать молодежную организацию.

... Я руководжу девятью приходами...

... Сейчас у нас зафиксировано 2 000 000 только торговцев наркотиками.

... Поэтому создание вот таких организаций, где будет спорт, где будет некоторая интрига, где можно будет этих ребят, как разведчиков, посыпать в секты, чтобы узнавать адреса, фамилии, фотографии, чтобы там они создавали внутри свои структуры, и можно их, эти секты, взрывать изнутри. Взрывать, я имею, конечно, в фигуральном смысле, упаси Бог, чтобы там были человеческие жертвы! Понимаете? И это бу-

дет для ребят очень интересное практическое занятие. И это будет профилактика.

... Это когда в нашем районе, в московском, северном, где большая часть моих храмов находится, там проходит процесс против Иеговистов. И только наш приход давал деньги на адвоката и посыпал туда ребят, чтобы они занимали зал, а иначе все занималось Иеговистами.

... Время от времени возникают какие-то нападки. До сих пор вы не найдете ни в одной российской или зарубежной газете, где был бы хоть какой-то положительный материал о церкви. Кроме церковных газет. Если вы сравните прессу с прессой 17, 18, 20-х годов, вам покажется, что это писал один автор.

... пресса существует для того, чтобы готовить общественное мнение. Никто не написал, например, что единственная страна в мире за все две тысячи лет христианства за десять лет восстановила половину монастырей всей Российской империи, а именно 556.

Что, сколько нашлось девушек и юношей, которые пошли в монахи. Пусть у 90% из них этот опыт неуспешный, но каждый десятый остался.

... За зеленую бумагу вывозят огромные ценности. И вот, если каждый из нас не осознает, потому что мы привыкли, что Россия большая, Россия сильная, Россия великая, что у нас полно ядерных кнопок, что вообще мир можем уничтожить, это да, в принципе, это возможно. Но у нас нет теперь таких людей, у которых хватит мужества, чтобы нажать эти кнопки. Народ измельчал духовно. Нет таких людей, которые решатся на это. Решатся, что да, мы можем диктовать, мы можем заказывать музыку.

... У нас рождаемость ужасная, детей убивают миллионами каждый год. И ну, хотя бы спасти от распада тех, кто уже родились. Не отдать их наркоманам, не отдать их сектантам, не отдать их на растерзание какой-нибудь валеологии, сексуальному просвещению, разврату. Потому что это внедряется теперь через министерство образования.

... Скоро выборы в Нижнем Новгороде. Нужно, чтобы каждый депутат понял... если в его программе не будет слов "борьба с тоталитарными сектами", он не пройдет. ... Мы их наняли, понимаете. Они служащие наши.

Кариоцитолиз в коре головного мозга или апоптоз? (рецензия)

А. И. Ойфа

Приятельница автора, профессор психиатрии после какой-то конференции умиленно-мечтательно сообщила: "Вот теперь мы узнали об апоптозе" (1998). Осталось неясным, что знает клиницист о лизированной клетке-тени среди пирамидных нейронов коры головного мозга человека (не в культуре ткани, опухолях или примитивных животных, на которых разрабатывалась концепция апоптоза).

В. М. Буравлев (2000, личное сообщение) многие годы изучает культуру клеток мозга человеческого эмбриона и постоянно видит в нейробластах глыбчатый распад, характерный для апоптоза.

Апоптоз — слово греческое: значит "отделение", "удаление", "опадение листьев". Во французской медицине означает опущение внутренних органов. В других языках понятие пока отсутствует, в частности, и в "Новом Лярусе" его нет. Новое его значение появилось в 1972 г., благодаря "лингвистическим способностям" Kerr J. F. R. et al. (Brit. J. Cancer, v. 26). В филологии такое заимствование называется кондоминацией — совместное обладание, господство. Так и произошло с апоптозом: первичное понятие позабыто, а на широкий простор повального увлечения (моды...) программирующей клеточной гибели (ПКГ) утвердился апоптоз, контролируемый на "организменном" (?) уровне, саморегулируемый, что противоречит одно другому. По другому клеточный "суицид".

Вопросы распада (деградации) в клетках изложены в 1981 г. Р. Дином (Dean R. T.), который трактует их как процессы обновления нуклеиновых кислот. В 1987 г. первый русский обзор проблемы изложен сотрудниками НИИ мед радиологии Г. Ф. Гужниковым и В. М. Загребиным, трудившимися над объектами радиационной онкологии ("Арх. пат." № 2, 37 источников). Вопрос быстро вышел из тесных рамок и предстал перед читательской публикой во всей своей грандиозности: в 1996 году вышел монографический обзор "Программированная клеточная гибель" (С-Пб, 276 с., 1090 источников литературы). Это результат работы сотрудников ВМА. Авторский коллектив не дал определения ПКГ и апоптоза, фактически уровняя их. 12 – 13 главы посвящены апоптозу в ЦНС, в частности как последствия травмы черепа. Составители очевидно не знали, что более 100 лет нейро-

морфология бьется над проблемой "простого ницслевского исчезновения" пирамидных нейронов коры головного мозга и в норме, и в патологии (П. Е. Снесарев, 1950). Еще раньше цитология знала, что удаление ядра клетки ведет к ее гибели. Этот лизис нервной клетки авторы окрестили конечно же апоптозом, хотя сами же указывают, что лизис это — антипод новоявленного в цитологии, сверхмодного "фаворита".

Всякое "новое" — это давно забытое старое, так и фрагментация хроматина при апоптозе — это ведь хорошо известный в патологической анатомии — кариорексис, кардинальное проявление цитонекроза. Авторы ПКГ употребляют, однако, термин кариолизис, который является продуктом лизисных генов (корректней было бы — ферментов), и не связывают его с определенным типом клеток висцеральных или церебральных. В тексте ПКГ промелькнуло и слово "суицид" (!?) клетки, что вряд ли можно считать уместным, поскольку отдает антропоцентризмом (если не считать китов). К сожалению, все материалы, приведенные в книге касательно клеток мозга, разбросаны по разным главам, что лишает целостности всю 12 главу.

В 1999 г. И. А. Завалишин, М. Н. Захарова (НИИ неврологии РАМН) выступили со статьей в "Трудах Конф. по болезни Альцхаймера НЦПЗ РАМН" (с. 39 – 44, 16 источников) под названием "Апоптоз нейрона — общий механизм патогенеза при заболеваниях НС". Это принадлежит уже неслучайным в нейроморфологии авторам, т.ч. спрос с них более строгий. Так авторы связывают гибель нейронов с их вирусным поражением, что вполне актуально, но пока не доказано. Начнем с болезни Альцхаймера, названной в работе "нейродегенеративным заболеванием" (?!). Во-первых, даже кумир Института неврологии отказался от этого тусклого понятия и предпочел сорок лет тому назад дегенерации — гепатолентикулярную дистрофию (теперь можно уточнить — энцефалопатию). Во-вторых, болезнь Альцхаймера ничто иное, как церебральный амилоидоз (П. Диври, 1927; Ф. Шварц, 1960; А. И. Ойфа, 1987), который, кстати сказать, числится в индукторах апоптоза ("ПКГ", 1996). В мозге, пораженном амилоидозом, ничего даже отдаленно напоминающего апоптоз, нет, — ней-

роны исчезают бесследно, без всякой реакции, — лизируются. И наоборот, пораженные амилоидом клетки Альцхаймера мумифицируются и только увеличиваются в количестве, особенно у относительно более молодых умерших пациентов. Более того, они сохраняются и после трупного аутолиза, как и амилоидные шарики (на срезах — бляшки). Нельзя забывать, что амилоид очень плотное вещество, сравнимое с рогом.

Теперь об апоптозе как “общем механизме (?) патогенеза заболеваний НС”. Какой такой общий механизм, когда нейроны болеют так по-разному при различных заболеваниях мозга? Об Альцхаймеровском нейроне уже было сказано. В современной молекулярной биологии (патологии) всеобъемлющим процессом (и вездесущим) является свободно-радикальное, перекисное окисление липидов (ПОЛ) (Н. Эмануэль). Главным клеточным проявлением этой молекулярной патологии является внутриклеточное отложение липофусцина (при генетическом дефекте — болезнь Куфса, когда уродуется сама структура нейрона, впрочем как и при всех прочих сфинголипидозах накопления). Нейроны не разрушаются, а сохраняются в своем “чудовищном” виде, а их ядро дислокируется. Никакой фрагментации ядра не происходит, т.е. нет никакого апоптоза. А последний нам преподносится как всеобщий патологический процесс в ЦНС (И. А. Завалишин, М. Н. Захарова). Можно привести и другие примеры особенных поражений нейронов и глии, хотя бы пинкоз (“склероз”) ядра и цитоплазмы, хотя метаболизм в них сохраняется. Набухание нейрона и ядра. Динозавроподобные нейроны в эпилептогенном очаге (П. Беличенко). Клетки-монстры при идиотии туберозного склероза. Сверхнабухание астроцитов при б. Вильсона (альцхаймеризация). И никакого апоптоза! Вот что делает с нами мода в науке, — поспеть, не упустить..

Главная задача нашей рецензии — это развитие идеи снесаревского кариоцитолиза, который обнаруживается в любом нисслевском срезе новой и старой коры. Авторы сводки ПКГ употребляют понятие кариолиз (с. 14), Е. Ф. Лушников и В. К. Загребин приводят термин “кариолитические тельца”, которых в клетках-тенях просто нет. Там все начинается с лизиса ядерной мембранны и самого ядра нейрона, при дальнейшем цитолизе цитоплазмы. Это наблюдения и гистологические и ультраструктурные (Ю. И. Савулов и А. И. Ойфа, неопубликованные данные; А. И. Ойфа и Н. А. Уранова, 1991, Ж. им. Корсакова, т. 91, вып. 10, с. 48 – 52; А. И. Ойфа, 1999).

Авторы ПКГ неоднократно подчеркивают, что апоптоз — физиологическая гибель клетки и только

некроз относится к патологической. В фундаментальных трудах о клеточном ядре И. Б. Збарский (1988, 1991) даже не упоминает апоптоз, а ведь речь идет о нормальной ультраструктуре клеточного ядра и его биохимическом обеспечении. Однако, авторы ПКГ стереотипно связывают союзом “и” апоптоз и некроз. Даже в человеческой трупной печени престарелых мы никогда не встречали глыбчатого разрушения ядра гепатоцитов. Наоборот, постоянно видны крупные, гиперхромные, полиплоидные ядра. Изредка встречаются “пустые”, лишенные хроматина ядра при сохранной цитоплазме. Не встречается гистологически и глыбчатый распад ядер альвеолоцитов, кардиомиоцитов, нефроцитов. Только в селезенке и костном мозге, лимфоидных узлах можно встретить, что угодно. Точечный некроз нейрона наблюдается при микроинсульте с микроглиальной и гематогенной реакцией периракально с образованием зернистых шаров фагоцитоза и распада миелина (поляризационно-оптически). Некроз, или истинная нейронофагия с полным разрушением моторных нейронов переднего рога спинного мозга безошибочно виден при полиомиелите. Другие случаи распада нейронов нам неизвестны. Апоптоз во взрослом мозге явно определяется “по аналогии”, которая, как известно, не является доказательством, даже гипотетическим.

Если вопросы морфологии в книге ПКГ нас удовлетворить не могут (2 графические схемы), то основное содержание публикации — это данные молекулярной биологии и патологии, к сожалению, полученные не на человеческом материале. Факт, что авторский коллектив под редакцией проф. В. С. Новикова назвал книгу ПКГ, а не апоптоз, говорит о многом. Если цитогенетики выбрали себе “легкий” объект, то от молекулярных биологов можно ожидать большего. Какой чудный объект исследования — центрофугат трупного ликвора... не использован! Работая на культуре клеток человеческого эмбриона, надо сделать шаг к исследованию мозга новорожденных. Мозг престарелых — объект проработанный, хотя и становящийся запретным ввиду хасбулатовского закона (уже есть сведения, что им пренебрегают...). Но хирурги не имеют права отмены послеоперационного вскрытия, точно так же нельзя поощрять отмену вскрытия в геронтопсихиатрии, — там еще больше неточностей клинического исследования.

А пока что — апоптоз в мозге умершего человека химеричен.

Некоторые аспекты работы специализированного медицинского сайта

Дм. Д. Федотов

В настоящее время с каждым днем возрастает количество специализированных медицинских сайтов в Интернете. Вашему вниманию представляется краткий анализ деятельности одного из таких сайтов.

“Клиника СПО-Центр” — это название некоммерческого сайта, представляющего интересы Центрального соматопсихиатрического отделения Клинической больницы № 85 и психиатрической службы Федерального управления “Медбиоэкстрем”.

Этот сайт был создан в марте 2000 года для обеспечения большей доступности консультативной помощи и пропаганды медицинских знаний, профилактики состояний психической дезадаптации. Сайт содержит информацию по различным аспектам психиатрии и наркологии.

На страницах сайта размещены материалы по Законодательству Российской Федерации об охране здоровья граждан, закону “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, научные и популярные статьи по актуальным вопросам психиатрии и наркологии. В этих статьях рассматриваются вопросы, связанные с распространностью, диагностикой и лечением аффективных расстройств, шизофрении, расстройств пищевого поведения и других нарушений (невротических, расстройств адаптации), а также алкогольной зависимости и наркоманий.

Кроме того, на сайте размещена оригинальная анкета, разработанная сотрудниками соматопсихиатрического отделения для диагностики депрессии, а также тест, указывающий на некоторые особенности личности в зависимости от характера парковки личного автомобиля.

Эти, отчасти занимательные материалы, позволяют посетителям сайта оценить свое состояние и, при необходимости, обратиться за консультациями или советом к специалистам по E-mail, телефону или очно.

Посетители сайта направляют свои запросы по электронной почте в любое время суток.

Как правило, 75% пользователей присыпают свои сообщения в рабочее время и в вечерние часы. Каждый четвертый посетитель сайта обращается с вопросами ночью и ранним утром. Это, по-видимому, связано с экономическими вопросами доступа в Интернет, т.к. ночной доступ в Сеть существенно дешевле дневного, а в ряде случаев является бесплатным.

Большинство обратившихся были в возрасте до 30 лет и старались решить проблемы своих родственников, в основном связанные со злоупотреблением алкоголем и зависимостью от наркотических веществ.

Вопросы, связанные конкретно с пользователями Интернета, касались преимущественно депрессивных нарушений, расстройств пищевого поведения и фобий. В ряде случаев обсуждались вопросы, связанные с лечением, уже назначенным другими специалистами. В этих случаях дава-

лись необходимые разъяснения, а рекомендации были направлены на сохранение терапевтического союза пациента с лечащим врачом.

Такие консультации обеспечивали анонимность обращения: контакты при диагностическом взаимодействии больного или его родственников ограничивались только персональным компьютером, а медицинская информация, которую получал пользователь, не становилась достоянием третьих лиц.

За год с небольшим отмечено более 6 800 посещений сайта. За это время посетителями было просмотрено свыше 20 000 страниц сайта. Аудитория сайта охватывала 46 стран, но основными посетителями являлись граждане России, Европейского Союза и США. Среди иностранных посетителей сайта граждане Европейского Союза и США составляли около 7%, Эстонии, Латвии и Литвы 2%, а Украины, Белоруссии, Молдавии, Киргизии, Грузии, Армении, Азербайджана и Узбекистана — свыше 9%.

Аудиторию сайта в России составляли пользователи Интернета из 50 городов. 75% посетителей сайта — жители Москвы и Санкт-Петербурга. Остальные 25% — пользователи Интернета из таких крупных городов, как Екатеринбург, Новосибирск, Красноярск, Самара, Воронеж и других научно-промышленных центров России.

В 72% случаев посещение сайта было обусловлено интересом к медицинским проблемам, освещаемым на страницах сайта.

Анализ показателей частоты использования поисковых слов и фраз, по которым пользователи находят сайт в Интернете, показал, что основными ключевыми словами являются “шизофрения” (36%), “депрессия” (17%), “булиния и нервная анорексия” (7%), “алкоголизм” (7%) и “наркомания” (6%). В 13% случаев поисковые слова и фразы не были идентифицированы.

За время существования представительства в Интернете Центрального соматопсихиатрического отделения Клинической больницы № 85 Федерального управления “Медбиоэкстрем”, сайт Клиники стал довольно известным в своей области и широко сотрудничает с аналогичными отечественными и зарубежными проектами в области координации работ по оказанию специализированной помощи.

Таким образом, освоение медиками современных компьютерных технологий позволяет значительно расширить возможности обращений пациентов и их родственников за специализированной, в частности, психиатрической помощью. Это дает возможность врачам предоставлять им ценную информацию по вопросам современной диагностики и лечения основных нервно-психических и психосоматических заболеваний и оперативно решать организационные вопросы.

60 ЛЕТ РАБОТЕ ПИТИРИМА СОРОКИНА “СОЦИАЛЬНАЯ И КУЛЬТУРНАЯ ДИНАМИКА”

Из предисловия президента Международного института
Питирима Сорокина–Николая Кондратьева
доктора экон. наук Ю. В. Яковца¹

Перевод главной книги великого социолога XX века Питирима Сорокина “Социальная и культурная динамика”, которая впервые издается на русском языке, является бесценным подарком.

Четырехтомная монография Питирима Сорокина (почти три тысячи страниц) была издана перед Второй мировой войной и в самом ее начале (1937 – 1941) и в сокращенном и дополненном виде, с учетом горького опыта войны, в 1957-м; именно последний вариант предлагается вниманию читателей. По своему значению эту монографию можно приравнять к основным трудам Гегеля, Маркса и других великих мыслителей: они становятся крупной вехой, меняющей взгляд человека на мир, открывающей новые горизонты познания. В чем же состоят эти новые горизонты?

Во-первых, Питирим Сорокин закладывает основы новой интегральной науки, которую я назвал бы **макросоциологией**, обобщающей достижения всех общественных наук — демографии и конкретной социологии, политэкономии и политологии, истории и культурологии. По сути дела, это философия обществознания — равнозначная с философией естествознания; вместе с гносеологией (теорией познания) они являются ядром философии. Прежде на эту роль претендовал исторический материализм, который со временем все больше вульгаризировался и в конечном счете потерпел крушение ряда основных своих положений, не выдержавших столкновения с суровой



П. А. Сорокин,
студент Психоневрологического
института. 1910 г.

логикой действительности, периодически ломающей господствующие парадигмы.

Во-вторых, в учении Сорокина мы находим альтернативу марксизму, историческому материализму, который господствовал в умах нескольких поколений интеллектуалов в Советском Союзе и во многих других странах. Вместо монистического детерминизма, видевшего первопричину изменений в обществе в динамике материальных производительных сил, Питирим Сорокин отдает первенство человеку, его духовному миру, общественным отношениям, не отрицая, впрочем, значения изменений экономических отношений и окружающей среды. Он ближе к дуализму, исходящему из двойственности биосоциального генотипа человека и общества. Это делает видение мира объемным, а не одномерным.

В-третьих, величайшим, до сих пор непонятым и недооцененным на Западе и на Востоке и почти неизвестным в России научным открытием Питирима Сорокина является теория **смены социокультурных типов** в динамике общества на протяжении многих тысячелетий. Собственно говоря, этому и посвящен весь его главный труд, как в этом убедится внимательный читатель. Господствующие типы культуры и общества — идеациональный (сверхчувственный), чувственный и идеалистический (позднее ученым заменил его более удачным, на мой взгляд, термином “интегральный”) объясняют характерные черты, особенности структуры, поведения, динамики каждого общества, каждой страны и цивилизации. Использование этих идей помогает понять глубокие перемены в обществе, кризис современного чувственного строя на Западе и идеационального на

¹ Наш журнал уже помещал публикацию о П. А. Сорокине и две его важнейшие для нас статьи (НПЖ, 1998, III, 72 – 78).

Востоке, причины развернувшихся конфликтов локальных цивилизаций, вооружает оптимистической перспективой становления гармоничного интегрального строя (правда, только на отведенное ему историю время).

В-четвертых, будучи противником теорий линейного прогресса и поступательной эволюции общества, Питирим Сорокин всесторонне исследует и доказывает неизбежные краткосрочные и долгосрочные флюктуации (колебания) в движении общества и всех его элементов, исходя из предпосылки бесцельности, ненаправленности, непериодичности таких флюктуаций.

В-пятых, особенностью главного труда Питирима Сорокина является широчайшее использование ко-

личественных методов в оценке тенденций социокультурной динамики. Правда, основная часть количественных оценок осталась в четырехтомнике и не попала в сводный том. Тем не менее читатель убедится в богатстве собранных и обобщенных количественных характеристик динамики художественных стилей и философских школ, научных открытий и технических изобретений, войн и внутренних беспорядков и многое другое за два-три тысячелетия. Иногда упрекают Сорокина в увлечении количественным анализом и субъективностью оценок. Однако именно такой подход дает богатую и разнообразную пищу для размышлений и качественных оценок.

Наконец, в-шестых, можно только удивляться прогностической силе учения Питирима Сорокина.

“Социальная и культурная динамика”²

Из заключительной 42-ой главы “Сумерки нашей чувственной культуры и ближайшие перспективы. Кризис... катарсис... харизма и воскресение”³

Питирим Сорокин

Состояние, в котором находится сейчас западное общество и его культура, представляет собой трагическое зрелище начавшегося распада их чувственной суперсистемы. Поэтому, ближайшее будущее, измеряемое годами или, может быть, несколькими десятилетиями, будет проходить под знаком dies irae, dies illa⁴ перехода к новой идеациональной или идеалистической фазе со всеми явлениями, сопровождающими подобный процесс. Вот, в самом кратком изложении, те тенденции, которые окажутся в это время преобладающими.

КРИЗИС

1. Чувственные ценности будут становиться все более относительными и атомарными. Лишенные какого бы то ни было признания и действенной силы, они наконец покроются слоем пыли. Граница между

истиной и ложью, справедливым и несправедливым, прекрасным и безобразным, между положительными и отрицательными ценностями начнет неуклонно стираться, пока не наступит царство умственной, моральной, эстетической и социальной анархии.

2. Нарастающая атомизация чувственных ценностей, включая самого человека, обесценит их, сделает более чувственными и материальными, далекими от всего божественного, священного, абсолютного. Они будут все глубже погружаться в мерзость социокультурной клоаки, обретут не конструктивный, а прогрессирующе деструктивный характер и станут скорее экспонатами музея социокультурной патологии, чем вечными ценностями Царства Божьего. Чувственная ментальность все в большей степени будет трактовать человека и все его ценности “физико-химически”, “биологически”, “рефлексологически”, “эндокринологически”, “бихевиористически”, “экономически”, “психоаналитически”, “механически”, “материалистически”, то есть как мир атомов, протонов и электронов, заключающих в свои объятия и опутывающих своей липкой паутиной людей-роботов.

3. Когда все ценности атомизируются, исчезнут авторитетное “общественное мнение” и “мировое сознание”. Их место займут многочисленные, противоречащие друг другу “мнения” беспринципных фракций и “псевдосознания” различных групп давления.

4. Договоры и соглашения утратят остатки своей обязывающей власти. Построенный западным человеком за предыдущие столетия величественный дого-

² Издательство Русского Христианского гуманитарного Института, СПб, 2000. (1054 стр. Тир. 2000 экз.). Издано при поддержке Института “Открытое общество” (Фонд Сороса). Перевод с англ. и примечания В. В. Сапова.

³ Стр. 807 – 810.

⁴ “День гнева, тот день”, начальные слова католического песнопения, изображающего Страшный Суд; цитата из гимна, сочиненного в XIII в. итальянским монахом Фомой Геляно на библейские слова (Соф. 1, 15); в переносном смысле — мрачная, печальная эпоха. Слова этого католического гимна цитирует Гете в первой части “Фауста” (сцена “Собор”) и Ф. М. Достоевский в романе “Подросток” (Ч. III. гл 5.III).

врный социокультурный дом рухнет. Его падение сметет договорную демократию, договорный капитализм вкупе с частной собственностью и договорное общество свободных людей.

5. Грубая сила и циничный обман окажутся единственными атрибутами всех межличностных и межгрупповых отношений. Сила станет правом. В результате разразятся войны, революции, мятежи, общество захлестнут волнения и зверства. Поднимет голову *bellum omnium contra omnes*⁵: человек пойдет на человека, класс — на класс, нация — на нацию, вера — на веру, раса — на расу.

6. Свобода для большинства превратится в миф, зато господствующее меньшинство будет пользоваться ею с необузданной распущенностью. Перестанут существовать неотъемлемые права, Декларации прав или тоже отменят, или начнут использовать как красивые ширмы для неприкрытоого насилия.

7. Дряхлые, бесчеловечные и тиранические правительства вместо хлеба будут давать народам бомбы, вместо свободы — нести смерть, вместо закона — насилие, вместо созидания — разрушение. Их нахождение у власти будет, как правило, краткосрочным и неустойчивым, их будут все чаще свергать.

8. Распад семьи как священного союза мужа и жены, родителей и детей продолжится. Рост числа разводов приведет в конце концов к полному исчезновению разницы между общественно санкционированным браком и незаконными сексуальными отношениями. Дети станут отделяться от родителей все раньше и раньше. Главные социокультурные функции семьи будут сокращаться, пока она не превратится в случайное сожительство самца и самки, а дом — в место, куда можно “припарковаться” на ночь, в основном для сексуальных контактов.

9. Чувственная суперсистема нашей культуры будет все больше напоминать “место культурного демпинга”⁶, наполненное беспорядочной массой элементов, лишенных единства и индивидуальности. Превратившись в такой базар, она окажется жертвой случайных сил, делающих из нее скорее “исторический объект”, нежели самоуправляемый и живой субъект.

10. Продолжится увядание творческого потенциала культуры. Место Галилея и Ньютона, Лейбница и Дарвина, Канта и Гегеля, Баха и Бетховена, Шекспира и Данте, Рафаэля и Рембрандта займут посредственные псевдомыслители, ремесленники от науки, от му-

зыки, от художественной литературы, шоумейкеры — один вульгарнее другого, а нравственный категорический императив окажется вытесненным гедонистическими соображениями эгоистической целесообразности, предубеждением, обманом и принуждением. На смену великому христианству придет множество самых отвратительных небылиц, состряпанных из фрагментов науки, обрывков философии, настоенных на примитивной мешанине магических верований и невежественных суеверий. Конструктивные технологические изобретения будут постепенно заменяться деструктивными. Более подробно:

а) количественная гигантомания вытеснит качественную утонченность; “самое большое вместо самого лучшего”; бестселлер вместо классики; блестящая внешность вместо внутреннего содержания; методика вместо гениального озарения; подражание вместо творчества; сенсационный успех вместо обстоятельной оценки; “операциональное управление” вместо просвещенного знания;

б) мышление заменится “поиском информации”; вместо мудрецов будут “шустрые Алексы”; вместо подлинных критериев — фальшивки; вместо великих лидеров — мошенники;

с) даже величайшие культурные ценности прошлого подвергнутся унижению. Бетховены и Бахи станут привесками к велеречивому пустозвонству, рекламирующему слабительные средства, жвачки, кукурузные хлопья, пиво и прочие сплошные удовольствия. Микеланджело и Рембрандты будут украшать мыло и лезвия для бритья, стиральные машины и бутылки из-под виски. Репортеры и болтуны на радио время от времени удостоят чести Шекспира и Гете, позволив им “оставить след” в своих бумажках и разговорах.

11. В условиях растущей моральной, умственной и социальной анархии и деградации творческие способности чувственной ментальности, а также производство материальных ценностей будут убывать; участвуются депрессии; материальный уровень жизни снизится.

12. По этим же причинам уменьшится безопасность жизни и имущества, а, значит, покой в душе и счастье станут редкостью. Самоубийства, психические расстройства и преступления начнут расти. Скука поразит все более широкие слои населения.

13. Население все явственнее станет раскалываться на два типа: чувственных гедонистов с их девизом “Будем есть, пить и любить, ибо завтра умрем!”⁷ и аскетов и стоиков, относящихся к чувственным ценностям с безразличием и враждебностью.

⁵ Война всех против всех. Соответствует понятию аномии. Аномия (от фр. anomie — букв. “беззаконие, безнормность, от греч. α — отрицательная частица “не”, “без” и νόμος — закон) — такое состояние общества, в котором заметная часть его членов, зная о существовании обязывающих их норм, относится к ним негативно или равнодушно.

⁶ Демпинг (англ. dumping, букв. Dump — сбрасывание, от сбрасывать) — продажа на внешних рынках по бросовым ценам, т.е. по ценам ниже издержек производства.

⁷ Выражение из притчи о богаче, рассказанной в Евангелии от Луки (12, 19), или параллакс аналогичного библейского выражения: “Будем есть и пить, ибо завтра умрем!” (Ис. 22, 13).

КАТАРСИС

На этом пути неминуемы банкротство и саморазрушение чувственной культуры и чувственного человека. С исчезновением материального комфорта, ликвидацией свобод, с увеличением страданий спокойствие, безопасность, счастье превратятся в миф; достоинство и ценность человеческой личности будут безжалостно растоптаны, творческая способность чувственной культуры ослабнет; некогда построенный великолепный чувственный дом развалится; повсюду воцарится разруха; города и царства исчезнут с лица земли; человеческая кровь насытит добрую землю; все чувственные ценности будут развеяны в прах и все чувственные грезы улетучатся. В этих условиях ничто уже не сможет помешать тому, чтобы у людей Запада открылись глаза на пустоту уходящей чувственной культуры. Они перестанут строить иллюзии на сей счет, будут все больше отворачиваться от этой культуры и дарить свою преданность идеациональным или идеалистическим ценностям. Очистившись трагедией, страданием и распятием, люди снова обращаются к разуму, к вечным, непрекращающим, универсальным и абсолютным ценностям. На смену атомизации придут универсализация и абсолютизация ценностей. Чувственные ценности окажутся в подчинении идеа-

циональных и идеалистических. Главную предпосылку чувственной культуры и чувственную суперсистему вытеснят интегралистская или идеациональная предпосылка и суперсистема.

Эту перемену произведут лучшие умы западного общества, которые превратятся в новых апостолов Павлов, святых Августинов, великих религиозных и нравственных лидеров. За ними пойдут массы. С достижением состояния катарсиса⁸ кризис закончится.

ХАРИЗМА И ВОСКРЕСЕНИЕ

Западному обществу, очищенному огнем пережитой катастрофы будет ниспослана новая благодать (харизма)⁹, а вместе с ней — воскрешение и высвобождение новых творческих сил. Народы Запада войдут в конструктивный период новой — более интегралистской — суперсистемы, и новое благородное общество взрастет не на иссохших корнях чувственной культуры, а на более крепких и здоровых корнях интегрализма. Таким образом, начнется новая эра западной культуры.

Кризис-катарсис-харизма-воскресение — это способ, посредством которого была преодолена большая часть предыдущих великих кризисов...

⁸ Катарсис (греч. *catharsis* — очищение) — одна из главных категорий древнегреческой философии и эстетики. Согласно Аристотелю (*“Поэтика”*, 1496), “трагедия есть подражание действию важному и законченному, имеющему определенный объем, подражание при помощи речи, в каждой из частей различно украшенной; посредством действия, а не рассказа, совершающее путем сострадания и страха очищение (катарсис) подобных аффектов”.

⁹ В данном случае термин “харизма” (милость, дар Божий, благодать) употребляется не в социологическом смысле, какой ему придал М. Вебер в своем учении о легитимных формах господства, а в богословском. “По учению Православной Церкви, следует различать два вида евангельской благодати: благодать предваряющую (просвещающую) и благодать особыенную (оправдывающую). Первая даруется независимо от достоинств и заслуг человека... Действие благодати оправдывающей заключается в оправдании человека, как внутреннем очищении его от грехов и в освящении его посредством Таинств, как возведении на высшую ступень нравственного совершенства” (Полный православный богословский энциклопедический словарь. СПб., б/г. Т. 1, С. 338 – 339).

XVII КОНГРЕСС ВСЕМИРНОЙ АССОЦИАЦИИ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАРИИ (WASP)

27 – 31 октября 2001 г., Аgra, Индия

E-mail: wasp_congress@vsnl.com

Website: www.17thwaspcongress.com

Х итоговый европейский конгресс по психотерапии в Москве

Летом текущего 2001 года, с 27 июня по 4 июля в Москве, в Академии государственной службы при Президенте Российской Федерации проходил X Европейский конгресс по психотерапии. Его проводила Профессиональная Психотерапевтическая Лига и Европейская Ассоциация Психотерапии. Стратегическим партнером конгресса выступила Всемирная Организация Психотерапии. Впервые в Восточной Европе собралось сразу столько известных психотерапевтов из Австрии, Австралии, Бельгии, Белорусси, Болгарии, Великобритании, Германии, Израиля, Испании, Ирландии, Италии, Казахстана, Латвии, Литвы, Мальты, Нидерландов, Норвегии Польши, Португалии, России, Румынии, США, Швеции, Швейцарии, Узбекистана, Украины, Югославии, Чехии, Франции, Эстонии. Впервые в различных формах одного конгресса на территории нашей страны участвовало 1 350 профессионалов в области психотерапии. Впрочем, обо всем по порядку.

Х итоговому научному конгрессу Европейской Ассоциации Психотерапии предшествовали преконгрессы и съезд Профессиональной Психотерапевтической Лиги. Преконгресс московских психотерапевтов — Макарова В. В., Егорова Б. Е., Нарицына Н. Н. посвящался психотерапии в частной практике. Это недавно народившаяся и бурно развивающаяся у нас область имеет яркую российскую специфику, и два дня обсуждений и тренингов в заинтересованной аудитории оказались особенно полезными для участников. Данная область представляет собой воплощение самоорганизации психотерапии, когда потребность общества вызывает к жизни формы организации, пока не обретшие специальной законодательной основы. Широко известный чешский психотерапевт С. Кратохвил, особенно популярный в нашей стране с семидесятых годов, свой преконгресс посвятил групповой супружеской психотерапии. Был показан яркий авторский подход, демонстрирующий глубокие традиции семейной психотерапии в Центральной Европе. Кроме того, именно С. Кратохвил на протяжении всех дней участия в конгрессе показывал глубину корней психотерапии стран Восточной Европы, и заставил задуматься многих, кто отсчитывает современную историю отечественной психотерапии только одним-двумя последними десятилетиями.

Особой популярностью пользовался преконгресс одного из основоположников трансперсональной психотерапии С. Грофа. Он собрал 150 участников. С. Гроф сообщил об истории, современном состоянии и будущем трансперсональной психологии и психотерапии. Автор рассмотрел духовный кризис как ресурсное состояние человечества, а не проявление психопатологии.

На съезде Профессиональной Психотерапевтической Лиги был заслушан отчетный доклад президента Лиги. Тезисы доклада были заблаговременно опубликованы в мировой сети Интернет и разданы делегатам съезда. По-

сле дискуссии проведены выборы президента Лиги, и им на очередной, второй трехлетний срок стал профессор В. В. Макаров.

Съезд обсудил вопрос о взносах Лиги. Рассматривались два предложения: Центрального Совета и Омского регионального отделения Лиги. В результате принято новое положение “О порядке оплаты вступительных и членских взносов в ППЛ”.

Важно отметить, что съезд проходил в доброжелательной деловой атмосфере, и подтвердил представление о том, что Профессиональная Психотерапевтическая Лига является крупнейшим на территории постсоветского пространства объединением единомышленников в области психотерапии и психологического консультирования. И у Лиги есть все основания с оптимизмом смотреть в будущее!

В день открытия X итогового конгресса Европейской Ассоциации Психотерапии были прочитаны пленарные юбилейные лекции. С. Гроф, которого в этот день поздравляли с 70 летием, выступил с лекцией “Психология будущего: уроки современного исследования сознания”. Б. Д. Карвасарский, которого так же поздравляли с 70 летним юбилеем, заявил лекцию: “Психотерапия в России: история и современность”. По просьбе юбиляра лекцию на эту тему прочитал директор Восточно-Европейского института психоанализа из Санкт-Петербурга профессор М. М. Решетников. Третью лекцию, озаглавленную “Психотерапия Нового Века”, прочитал профессор В. В. Макаров

Каждый день конференции читалось три пленарные лекции. Уже сами их названия говорят о преобладающих интересах европейской и российской психотерапии. Так А. Кассемент (Великобритания) прочитала лекцию на тему “Профессионализация психотерапии в Великобритании”; А. Притц (Австрия) “Европа и психотерапия — что это для нас значит?” С. Гингер (Франция) “Эволюция психотерапии в Западной Европе”; Кристина Гроф (США) “Жажда целостности: наркомания и духовный путь”; С. Кратохвил “Групповая психотерапия”, а пленарные лекции ведущих отечественных специалистов отображали доминирующие интересы российской психотерапии. Ю. В. Валентик прочитал лекцию “Психотерапия зависимостей в XXI веке”; Ю. В. Завьялов “Интегративная психотерапия” и М. Е. Бурно “Клиническая психотерапия”. Пленарные лекции встречены с большим интересом и остается надеяться, что их полное изложение в ближайшие месяцы будет опубликовано в профессиональных изданиях.

Интерес зарубежных психотерапевтов в течение целого вечера был прикован к психотерапевтическому театру профессора М. Е. Бурно. Пациенты, они же актеры театра играли спектакль. А автор спектакля и режиссер

М. Е. Бурно переводил тексты, проговариваемые актерами, с русского языка на английский.

Большой интерес вызвал круглый стол, посвященный законодательствам в области психотерапии. Каждый из трех ведущих А. Кассмент (Великобритания), А. Л. Катков (Казахстан) и А. Притц (Австрия) сообщили о законотворчестве в области психотерапии в их странах и других государствах Европы. А. Кассмент сосредоточилась на важных деталях создания законодательства по психотерапии в Великобритании. А. Л. Катков рассказал о работе над аналогичными законами в Казахстане и Российской Федерации. А. Притц сообщил, что в настоящее время в 7 странах Европы уже принятые законы, регулирующие психотерапевтическую деятельность. Наиболее разрешительный из них принят в Италии. Там все врачи психиатры могут заниматься психотерапией. В Австрии действует пакет из трех законов, регулирующих занятие психотерапией, клинической психологией и консультативной деятельностью. Круглый стол показал, насколько различен опыт европейских государств в законотворчестве в области психотерапии и насколько важно для нас изучение опыта западно-европейских государств, прошедших, зачастую, длинный путь разработки, принятия и исполнения законов в области психотерапии и смежных областей.

Секционные заседания конференции проходили при переполненных аудиториях. В числе самых больших секций важно назвать следующие:

“Теория психотерапии” — Председатели А. Л. Катков (Казахстан), Р. Коюнас (Литва), С. Миленкович (Югославия);

две секции по онтопсихологии:

Секция 1. “Онтопсихология: методы и инструменты” — Председатели В. Дмитриева (Россия), П. Бернабей (Италия),

Секция 2. “Онтопсихологическая психотерапия, политика, лидерство”;

секция “Трансперсональная психотерапия” — Председатели С. Гроф (США), В. В. Майков (Россия);

и секция “Методы психотерапии” — Председатели М. Е. Бурно (Россия), Х. Пезешкиан (Германия).

По работе каждой из названных секций мы ожидаем специальные публикации в профессиональных изданиях. Много заинтересованных слушателей и докладчиков собрали секции: “Психодинамическая психотерапия” — Председатели: Егоров Б. Е. (Россия), Решетников М. М. (Россия), К. Краузе-Гирт (Германия); “Семейная системная психотерапия” — Председатель: А. Я. Варга (Россия)

Впервые на конференциях Профессиональной Психотерапевтической Лиги отдельными секциями были представлены: “Гештальт-терапия” — председатели С. Гингер (Франция), Н. М. Лебедева (Россия), И. В. Федорус (Россия), и “Когнитивная психотерапия” — председатель А. Б. Холмогорова (Россия). Так же впервые в таком большом объеме была представлена сексология. В этой области было заявлено две секции: “Сексология” — председатели Н. Ю. Лурина (Россия, Австрия), М. Магнан (Франция); и “Клиническая сексология” — председатели Н. Д. Кибрик (Россия), С. Т. Агарков (Россия), М. Магнан (Франция), Щеглов Л. М. (Россия).

Неподдельный интерес вызвали и традиционные для наших конференций секции. Такие как: “Организация

психотерапии” — председатели Б. А. Казаковцев (Россия), Д. Каммер (Германия); “Психотерапия при зависимостях” — председатели Ю. В. Валентик (Россия), В. А. Галкин (Россия), Э. МакХэл (Ирландия), “Интегративная психотерапия” — председатели В. Ю. Завьялов (Россия), А. В. Шаффран (Бельгия), “Психотерапия детей и подростков” — председатели А. В. Лактионова (Россия), В. Цимприх (Австрия), Ю. С. Шевченко (Россия); “Трансактный анализ” — председатели В. Е. Гусаковский (Россия), Дж. Мак Намара (Великобритания), Г. А. Макарова (Россия), “Психотерапия в экстремальных ситуациях” — председатели И. В. Боев (Россия), Е. В. Лопухина (Россия); “Телесно-ориентированная психотерапия” — председатели Л. С. Белогородский (Россия), И. Кренц (Голландия).

Учитывая то обстоятельство, что современная психотерапия столь многообразна и далеко не все доклады могли быть адресованы на определенные секции, была сформирована специальная секция докладов, не вошедших в отдельные секции, — председатели Н. М. Лаврова, (Россия), А. Ш. Тхостов (Россия), А. Фрэсс (Франция),

Вызвали неподдельный интерес и новые, нарождающиеся формы отечественной психотерапии. Такие как: “Холодинамическое консультирование и психотерапия” — председатели Л. П. Хохлова (Россия), Ю. И. Шацких (Беларусь), и “Инициатическая психотерапия” — председатели Каширин В. П. (Россия), А. Запорожченко (Россия), В. И. Яценко (Россия).

В центре внимания большинства участников конгресса, оказалось новое для нас направление психотерапии, развиваемое в Италии — София — Анализ, Председатель: Б. Бонвиччи (Италия). Данный метод, по мнению авторов, в частности дает способ жить, преодолевая боль, радуясь каждому мгновению жизни.

Кроме пленарных и секционных заседаний участники конференции могли принять участие в тренингах и выбрать наиболее интересное для себя из 22 предложенных коротких тренингов. А после завершения программы конференции состоялся тренинг Т. Цишкович (Австрия) — От симптома к системе — семейное консультирование и психотерапия методом Берта Хайлингера.

Важно отметить, что участие в работе конференции облегчалось подробными программами на русском, английском и немецком языках. Кроме того, до конгресса был издан сборник резюме докладов, где каждый выступающий имел возможность поместить свое резюме на русском, английском, французском и немецком языках. На пленарных заседаниях можно было воспользоваться синхронным переводом на русский, английский, немецкий и французский языки.

Кроме очевидных достижений, такая большая конференция конечно же имела свои проблемы и недостатки. К ним можно отнести не всегда качественный перевод на секциях, и то, что некоторые подавшие заявки специалисты не участвовали в конгрессе.

На конференции конечно же прозвучали не все методы психотерапии, нашедшие распространение в Европе, да и России. Их, по данным известного профессора психотерапии из Бельгии Вилли Шаффрана, более 400. На Московской конференции мы лучше узнали друг друга. У нас впереди еще много встреч!

В общем можно уверенно заключить, что X Европейский конгресс по психотерапии окажет выраженное влияние на нашу специальность в России и Европе в целом!

А впереди у нас 25 – 26 мая 2002 года Международная конференция “Психотерапия Европы — Психотерапия Азии” (Москва, Россия).

27 – 28 мая 2002 года Общероссийская конференция по психологическому консультированию (Москва, Россия).

14 – 18 июля 2002 года III Всемирный конгресс по психотерапии (Вена, Австрия).

В. В. Макаров

50-летний юбилей Архангельской областной клинической психиатрической больницы

8 июня 2001 года Архангельская областная клиническая психиатрическая больница № 1 отметила свое пятидесятилетие. Полвека — славный юбилей, возраст зрелости и процветания, успехов и серьезных планов на будущее. И несмотря на то, что юбилей отмечался скромно, без внешнего блеска и фанфар, которые часто сопровождают подобные празднества, каждый участник торжества чувствовал значение события и испытывал гордость за свою больницу. На сцене большими буквами было написано: “Не забывай, что доброта — твоя профессия, что милосердие — профессия твоя”, — и это, действительно, является лицом больницы.

Все гости и работники больницы — от главного врача до санитарок, поваров и водителей — собрались за столами, накрытыми в актовом зале больницы. Никаких излишеств, но все очень красиво, по-домашнему вкусно, и на каждом столе — изобилие только что испеченных традиционных северных пирогов с разнообразными начинками. Выступление главного врача, приветствия и подарки гостей, концерт, подготовленный сотрудниками больницы, и, наконец, общее веселье продолжались до позднего вечера.

Главный врач больницы Юрий Александрович Сумароков напомнил присутствующим историю психиатрической помощи в Архангельской области, ведущую свое начало со средних веков, с “монастырской психиатрии”, характерное для которой мягкое и доброжелательное отношение к душевнобольным архангельские психиатры сумели сохранить по сегодняшний день.

В 1786 году впервые в одной из больниц области был выделен специальный покой для “сумасшедших”, в 1830 г. — еще один, где одновременно могло размещаться 30 человек. Пожары 1847 года уничтожили здания больницы, и в 1853 г. больные были переведены на Соловецкое подворье, где местные власти в течение 4 лет арендовали у монастыря помещение. В 1863 году была открыта новая больница, с двумя отделениями (мужское и женское) для душевнобольных, однако это здание спустя 18 лет было полностью уничтожено наводнением.

Наконец, к 1901 году в пос. Жаровиха было построено специальное здание для больных, в 1905 году — еще одно, и именно с этого момента начинается история специализированной психиатрической службы в Архангельской области. Здесь было и острое отделе-

ние, и реабилитационный блок, а для организации досуга больных создали сад и каток.

Первая мировая война помешала дальнейшему строительству и расширению больницы, в первые годы советской власти об этом тоже не думали. Но вот в начале 30-х годов в больнице появились первые профессиональные психиатры, а с 1932 года больница стала базой кафедры психиатрии, которую возглавил Иван Никифорович Жилин. В 1939 году больница была переведена на “самообслуживание”, стала психиатрической колонией, и сельскохозяйственные работы превратились в естественный реабилитационный курс для больных. Первый главный врач — Павел Иванович Суэтин — сумел так хорошо наладить и лечебный процесс, и хозяйственную жизнь больницы, что в годы войны ни один пациент не погиб от голода и налетов.

В послевоенные годы, когда в 1951 г. была открыта новая психиатрическая больница, психиатрическая служба области получила новый импульс для своего развития. В 1953 году в больнице уже одновременно могли проходить лечение 900 пациентов, и до 1967 г. руководил этим большим хозяйством все тот же Павел Иванович Суэтин. У больницы было два филиала — “Старая Жаровиха” и “Талаги”, первый из которых (в помещениях бывшего лагеря УВД) в 1983 году прекратил свое существование, а последний — в 1963 г. получил статус самостоятельной психиатрической больницы (№ 2). До середины 80-х годов развитие психиатрической службы идет по общему для страны сценарию: продолжается экстенсивное наращивание коек (до 3000), налажена работа производственных мастерских. С начала 90-х годов, когда концепция психиатрической помощи была пересмотрена и в качестве приоритетного направления была принята переориентация на амбулаторную службу, началось сокращение коекного фонда. В 1997 г. в области произошло окончательное разделение амбулаторной и стационарной службы — событие, коренным образом изменившее работу архангельских психиатров, и по-прежнему неоднозначно оцениваемое многими из них. С 2000 года в области интенсивно развивается социальная служба, патронирующая одиноких людей с психическими расстройствами. В настоящее время в АОКПБ лечится 800 больных и работает 80 врачей. АОКПБ является клинической базой Института психологии и психиатрии Северного медицинского университета, и самыми теплыми словами сотрудники больницы вспоминали профессора кафедры психиатрии Изиду Даниловну Муратову, которая подготовила большую плеяду хороших клиницистов. Она же привила им всем доброжелательно-уважительное отношение к больным, научила встраивать чисто лечебные мероприятия в организа-

цию всей жизни больного. Хорошая организация социальной помощи, настоящая забота о больном человеке и его семье — отличительная особенность АОКПБ № 1. Неслучайно на юбилейном вечере вспоминали не только учителей-врачей, но и учителей-сестер. Здесь хорошо понимают значимость профессии медицинской сестры психиатрического отделения, ее особую роль в организации лечебно-реабилитационного процесса. Больница поддерживает самые тесные связи с медицинским училищем, областным училищем повышения квалификации средних медицинских работников и с факультетом медицинского менеджмента Северного медицинского университета, который готовит медицинских сестер с высшим образованием.

Приехавшие гости из других психиатрических и не-психиатрических учреждений области, медицинского

университета и областного центра санэпиднадзора говорили о специфике психиатрии, о том, что “лечить душу — дар Божий”, и о том, что в этой больнице он, безусловно, присутствует. Некоторым диссонансом прозвучало поздравление от главы областной администрации, а также процедура вручения почетных грамот и благодарностей “за повышение качества медицинской помощи, вклад в охрану психического здоровья...” и что-то еще, столь же казенно сформулированное, однако подаренный электроэнцефалограф, который так нужен больнице, и явное внимание к ее проблемам скрасили впечатление и подтвердили высокую оценку деятельности больницы на уровне областной администрации.

Л. Н. Виноградова

Дорогие коллеги!
50-летие
Архангельской областной
клинической психиатрической
больницы № 1 —

*знаменательная дата
не только для ее сотрудников и ее пациентов, —
но и для всех ее друзей и доброжелателей,
всех, кто имел возможность сравнить и убедиться,
что положение больных обеспечено здесь не только
много более, чем в меру отпускаемых на это средств,
но характеризуется ничем неоценимой
и разнарядкой не предусмотренной
душевностью отношения к больным.*

Здесь больным тепло душевно.

*Три года назад мы детально познакомились с
работой больницы и выяснили, что
права человека соблюдаются здесь лучше,
чем в целом по Москве,
и даже лучше чем “на воле”.*

*Желаем коллективу больницы сохранять
это редкое в наше время достижение,
щедро делиться своими знаниями и опытом
и продолжать совершенствовать его.
Пусть умножится число Ваших друзей!*

*От имени Совета
Независимой Психиатрической Ассоциации России —
президент Ю. С. Савенко*

НОВОСТИ МЕЖДУНАРОДНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Основная работа Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) направлена сейчас на подготовку XII Всемирного Конгресса по психиатрии в Иокогаме. Это первый конгресс в новом тысячелетии и первый конгресс в Азии за всю историю ВПА. Знаменательно, что его проведение совпадает со 100 летним юбилеем образования Японского общества психиатрии и неврологии, в связи с чем организаторы стараются привлечь к участию в Конгрессе наибольшее количество делегатов из Японии. Основная тема предстоящего Конгресса "Партнерство ради психического здоровья", и информацию о нем Вы можете найти в Интернете на сайте www.wpa2002yokohama.org

Уже дважды проходили заседания научного комитета и утверждены основные программы Конгресса. Особое внимание удалено программе поддержки молодых психиатров. В рамках недавно утвержденной институциональной программы ВПА по профессиональному совершенствованию молодых психиатров и под ее эгидой сформирован Комитет по организации участия молодых участников и стипендиатов в работе XII Всемирного конгресса по психиатрии в Иокогаме. Цель работы Комитета — способствовать наиболее активному участию молодых психиатров в работе Конгресса. Стипендиатами станут подающие надежды молодые психиатры, отобранные в результате специального конкурса. Они получат финансовую поддержку, которая позволит им участвовать в Конгрессе, и для них будет организована специальная научная и культурная программа. Молодые психиатры — это все остальные молодые участники Конгресса в возрасте до 35 лет, которым будет предоставлено специальное более дешевое проживание и другие льготы также предложена дополнительная научная, культурная и социальная программа.

Выдвижение кандидатов на стипендии могут осуществлять общества-члены ВПА, зональные представители и руководители крупных психиатрических учреждений. При этом общества-члены могут предлагать и тех молодых психиатров, которые формально не являются их членами. Каждое общество-член может предложить для участия в Конгрессе от 2 до 5 кандидатов.

Необходимые требования к кандидату: возраст до 35 лет, свободное владение по крайней мере одним из языков Конгресса, высокий уровень профессиональных и учебных достижений, публикации по психиатрии и психическому здоровью или разработка инновационных программ, перспективные планы и высокая вероятность значительного вклада в психиатрию и психическое здоровье в будущем, как на националь-

ном, так и на международном уровне. Кандидаты должны представить свою биографию (образовательный и профессиональный опыт; основные публикации и другой вклад в психиатрию и психическое здоровье) и специальное заявление с освещением следующих вопросов:

- 1) Каковы основные потребности психиатрии в России?
- 2) Каковы Ваши идеи относительно их решения?
- 3) Какое влияние Ваше участие в XII Конгрессе по психиатрии может оказать на Ваш будущий вклад в развитие психиатрии, как на национальном, так и на международном уровне?

НПА России объявляет конкурс молодых психиатров на участие в XII Конгрессе по психиатрии. Заявки можно присыпать до 15 декабря 2001 г.

С целью разработки планов деятельности на следующие три года (2002 – 2005) руководство ВПА провело очередной опрос обществ-членов, представителей Комитетов и секций, а также членов Исполкома о работе за предшествующие годы. 90% опрошенных прислали свои ответы, из них 70% одобрили то, как ВПА выполняет цели, отраженные в ее Уставе. Это на 15% больше, чем было среди участников предыдущего опроса в 1998 г. Основные предложения по разделу "достижение Уставных целей" касались "повышения роли правовых и этических стандартов, соблюдения прав человека при осуществлении психиатрической помощи" и "разработка и введение стандартов для сертификатов в области психиатрии и психиатрической помощи". Среди различных структур ВПА и разных форм ее деятельности особенно высокую оценку получила работа секретариата ВПА (81% опрошенных оценили его работу как хорошую и отличную), что в значительной мере является личной заслугой нынешнего Генерального секретаря ВПА проф. Хуана Меззича. Уже более 100 обществ-членов поддержали выдвижение его кандидатуры на пост избранного президента (President elect), что впоследствии даст ему возможность стать действующим президентом ВПА. Наиболее низкую оценку, как и в прошлый раз, получила работа различных секций ВПА. Лишь 44% опрошенных оценили ее положительно. Предлагается наладить межсекционное сотрудничество, улучшить внутреннюю организацию и активизировать деятельность отдельных секций. Относительно новая организационной структура ВПА в виде разделения на зоны и деятельности зональных представителей также пока не продемонстрировала достаточно высокой эффективности: лишь 27% обществ-членов оценили работу зональ-

ных представительств как хорошую и 14 — как отличную. При этом предложения об увеличении финансовой и организационной поддержки высказали лишь 3% обществ-членов. Основные пожелания касаются улучшения информированности обществ о работе внутри зоны, издания зональной газеты, налаживания контактов внутри зоны, проведения зональных конференций и съездов. По-прежнему высокий интерес проявляют общества-члены к утверждению высоких этических стандартов в работе психиатров. Уже 61% национальных психиатрических организаций приняли Мадридскую декларацию и в 58% работают Этические комитеты. В качестве предложений названы распространение высоких этических стандартов на все программы ВПА, отношения со СМИ и пациентами, организация совместных действий по утверждению этических стандартов с международными организациями и национальными правительствами.

Одним из проявлений тесного сотрудничества с другими международными организациями, работающими в сфере охраны здоровья, стало проведение Всемирного дня здоровья 7 апреля 2001 г., который в этом году по инициативе Всемирной организации здравоохранения был посвящен психическому здоровью (см. НПЖ, 2001, 1). В связи с этим нынешний президент ВПА проф. Хуан Хосе Лопес-Ибор посетил Женеву, где принял участие во Всемирной ассамблее по охране здоровья и, в частности, в представительной дискуссии за круглым столом по вопросам психического здоровья.

10 октября 2001 г. — весь мир отмечает **Всемирный день психического здоровья**, вот уже 10 раз проводимый Всемирной Федерацией психического здоровья. В этом году, как и в 2000, он вновь посвящен теме “Психическое здоровье и работа” (см. НПЖ,

2000, 3). Более 100 стран прислали свои отчеты о проведении различных акций 10 октября 2000 г. Российские психиатры ознаменовали этот день открытием масштабного четырехдневного XIII съезда психиатров России. И хотя в пылу организационных хлопот устроители забыли об этой дате, и никто из них не поздравил присутствующих со Всемирным днем психического здоровья (об этом пришлось напомнить гостям съезда), 4 дня интенсивной работы не прошли даром, и тема “Психическое здоровье и работа” нашла отражение в дискуссиях участников съезда.

Согласно отчету Всемирной Федерации психического здоровья в прошлом году основное внимание было сосредоточено на анализе влияния условий труда на психическое здоровье работающих, в этом году предполагается привлечь внимание бизнеса к важности психического здоровья для развития экономики. Трудно переоценить важность этой темы, поскольку ежегодные показатели нетрудоспособности, связанные с психическими расстройствами продолжают нарастать, и по прогнозам специалистов к 2020 году нервно-психические расстройства могут составить 50% всех причин нетрудоспособности. Всемирная федерация психического здоровья призывает всех специалистов, работающих в сфере психического здоровья, использовать Всемирный день психического здоровья 2001 г. для привлечения внимания общества к этой актуальной проблеме и предложить свои пути ее решения. Мы надеемся, что российские психиатры не окажутся в стороне от этого направления международной активности и внесут достойный вклад в разработку практических путей решения проблемы “Психическое здоровье и работа”.

Л. Н. Виноградова

ВНИМАНИЕ!

НПА России объявляет конкурс молодых психиатров на участие во Всемирном конгрессе ВПА по психиатрии в Иокогаме (август 2002)

Требования к кандидатам —
в сообщении “Новости международных организаций” (стр. 70)

Заявки можно присыпать до 15 декабря 2001 г. по адресу:

103982-Москва, Лучников пер., 4, подъезд 3,
Российский исследовательский центр по правам человека,
НПА России, Л. Н. Виноградовой, с пометкой “на конкурс”.

Победители конкурса будут рекомендованы Комитету ВПА
для выделения стипендии на участие в Конгрессе

Справки по тел. (095)291-9081; факс: (095)291-8469;
E-mail: ipar@aha.ru

РЕЦЕНЗИИ И ОТКЛИКИ

Кто страшнее: собственный ребенок или психиатр? ответ Независимой психиатрической ассоциации России*

В конце июня (№ 24, 25) газета опубликовала материалы, предоставленные Гражданской комиссией по правам человека, касающиеся нарушений прав человека в психиатрии. Ответ главного психиатра Москвы нельзя назвать удачным, но ответ был дан, и мы решили не участвовать в этой полемике. Однако через некоторое время шквал звонков, писем и обращений в нашу общественную приемную принял такие масштабы, что молчать стало невозможно. К тому же Гражданская комиссия продолжает расширять свою деятельность и пугать народ психиатрией и психиатрами. Недавно к нам пришел человек, сын которого в настоящее время лечится в ПБ № 1 им. Алексеева, и рассказал, что встретил там множество людей, раздающих какие-то "бумажки" и уговаривающих не слушать врачей: "Вас здесь неправильно лечат", "Обращайтесь к независимым...". А вот пример типового обращения в нашу приемную после публикации в АИФ-здоровье: "5 лет назад дочь стационарировала меня в психиатрическую больницу, где я лечилась в течение 2 – 3 месяцев. Тогда я не возражала, так как действительно не очень хорошо себя чувствовала. Но сейчас, когда я прочитала материалы в газете... теперь я понимаю, что ей нужна была моя квартира, она хочет от меня избавиться...".

Что же такое Гражданская комиссия по правам человека, и какова ее роль в расследовании нарушений в области психиатрии?

Гражданская комиссия создана в 1969 году Церковью Сайентологии, известной своей антипсихиатрической направленностью. Основатель Церкви — Рональд Хаббард знал о психиатрических больницах по собственному опыту и проникся чрезвычайной ненавистью к психиатрии и психиатрам. Именно такой подход отличает деятельность Гражданской комиссии по правам человека: психических болезней не существует, все психиатры злодеи, психиатрия не наука, так как не располагает объективными методами исследования, и все диагнозы ставятся исключительно на основе личного отношения врача к пациенту. Дискредитируется все, включая Закон о психиатрической помощи, который впервые ввел психиатрию в правовое русло и поставил под контроль применение недобровольных мер в психиатрии.

* Письмо в редакцию газеты "Аргументы и Факты", "АиФ-Здоровье" (30 июля 2001 г.).

Конечно, Закон несовершенен, не предусмотрены гарантии его выполнения, да и правоприменительная практика у нас сильно отстает от законодательной базы. Однако благодаря Закону, психиатрия опередила все другие медицинские специальности, и действия врачей-психиатров ограничены теперь четкими правовыми рамками. Между прочим, Закон наделяет общественные организации (как профессиональные, так и непрофессиональные — ст. 46) правом контролировать деятельность психиатрической службы. Тут бы работать и работать, и НПА России активно пользуется этим своим правом, стараясь улучшить ситуацию с правами человека в российской психиатрии. Но у ГКПЧ другие цели, и она развернула широкую деятельность по дискредитации закона и психиатрической службы как таковой. Пicketирует все психиатрические конференции и форумы ("Психиатры — убийцы!", "Психиатры сажают детей на иглу"), издает свой журнал ("Искалеченные жизни", "Психиатрические препараты создают среду для потребления наркотиков" и т.п.), распространяет везде свои листовки с призывом обращаться, "если психиатры нарушили Ваши права", обещает бесплатную юридическую помощь. Организация богата, и не жалеет средств для поездок своих представителей в другие страны. Так, например, члены НПА России, ввиду отсутствия средств, не смогли поехать в Берлин для участия в проходившем в июле 2001 г. Международном конгрессе по биологической психиатрии, а ГКПЧ направила туда большую делегацию для проведения пикетов.

Нам часто говорят: "Надо их запретить!" — Прovedенный советский метод, простое и абсолютно противозаконное решение. Гражданская комиссия по правам человека не нарушает российское законодательство. Кроме того, она привлекает внимание к нарушениям, реально существующим в российской психиатрии. Важно, чтобы российские психиатры не игнорировали эти сведения, ссылаясь на то, что они высказываются в экстремистской форме, а реагировали на них спокойно и конструктивно, стараясь по возможности устраниć основания для жалоб. Нужно научиться слышать своих оппонентов и вести с ними конструктивный диалог. Между тем на Конгрессе российских психиатров в октябре прошлого года представителям Гражданской комиссии по правам человека в ультимативной форме было предложено по-

кинуть зал, поскольку они “мешают проведению заседания”. Единственное, что они делали, — это раздавали заранее подготовленное обращение, в котором говорилось о необходимости соблюдать этические нормы профессии.

Информация, поставляемая сайентологами, легко принимается на веру, потому что российская психиатрия пока не смогла избавиться от наследия тоталитарного прошлого. Провозгласив на словах принцип партнерства в отношениях с пациентом, на деле большая часть врачей продолжает исповедовать принцип патернализма и в отношениях пациент — общество чаще встает на защиту последнего. (Впрочем, к видимому удовольствию здоровых представителей этого общества.) Именно такой взгляд мы находим в ответе главного психиатра Москвы В. Н. Козырева: лучше “перестраховаться” при стационаризации, чем оставить больного человека дома; понаблюдаем и выпустим, если лечить не надо, и ничего дурного здесь нет. При этом совершенно игнорируется тот факт, что такое наблюдение осуществляется *недобровольно*. Больного с подозрением на инфаркт не повезут в больницу, если он отказывается от лечения, больного с подозрением на психическое заболевание — не спрашивают. Его можно схватить, применив, грубую физическую силу, и поместить в острое отделение психиатрической больницы. Естественно, что ничего кроме ненависти к психиатрам в таких случаях не появится. Может быть, общество и скажет врачам “спасибо”, но пациент — почти наверняка нет.

Главная задача врача — забота о благе больного, и в это понятие “благо” входит и его психологический комфорт и ощущение безопасности. У нас достаточно структур, которые стоят на страже интересов государства и общества, защитить больного может только врач.

Сравнение врача со швейцаром или гардеробщицом, которое мы находим в ответе главного психиатра Москвы д-ра Козырева, отражает тот печальный факт, что многие отечественные психиатры по-прежнему относятся к своим больным, как к предметам неодушевленным. Отношения врач — пациент — это не сфера услуг, это личностное взаимодействие, в процессе которого осуществляется процесс лечения. Согласно Закону о психиатрической помощи, врач обязан информировать больного о его заболевании, о назначаемых методах лечения, возможных осложнениях

от приема препаратов и т.п. И не просто информировать, а получить согласие на лечение. Обеспечив уважительное отношение к пациенту, врач должен сделать его своим партнером по лечебному процессу. Между тем, основная жалоба пациентов психиатрических больниц (в том числе тех, которые лечатся там добровольно) — это ощущение собственного бесправия и беспомощности.

Задача общества и СМИ — добиваться улучшения положения с правами человека в психиатрии, воспитывать у общества уважительное отношение к душевнобольным, а не тиражировать известные мифы о неизлечимости, повышенной опасности и несостоятельности душевно больных или, наоборот, распространять информацию экстремистов, которые утверждают, что душевных болезней вообще не существует, и все это происки психиатров, которые ищут себе работу. Мы знаем почти все случаи, описанные в статье “Кто страшнее...”. Везде речь идет о психически больных людях, права которых были в той или иной мере нарушены.

Психиатр — не следователь, и не может заниматься детальной проверкой тех сведений, которые ему поступают. Однако в некоторых случаях не плохо бы усомниться в информации, предъявленной родственниками или соседями, и быть более внимательным при осмотре пациента. Психиатры должны помнить, что недобровольное помещение человека в больницу — серьезная психологическая травма и прибегать к этому средству можно только в крайних случаях.

Итак, с одной стороны — экстремистские призывы и непроверенная информация, с другой — грубый ответ, в котором отсутствует уважение и к врачу, и к больному человеку. Наша общая задача — изменить положение дел. Задача журналистов не нагнетать страсти, а помочь разрушить негативно-настороженное отношение общества к людям с психическими расстройствами, к психиатрии и психиатрам. Задача психиатров — защитить людей с психическими расстройствами от недоброжелательного отношения общества, обеспечить им возможность лечиться в нормальных условиях, не унижающих их человеческое достоинство.

Любовь Виноградова,
Исполнительный директор
НПА России

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

Непридуманная история болезни

Больной..... Доставлен спец. скорой в связи с тем, что блудил в городе. На "скорую" позвонили в самый разгар ночи. Доставлен обманутым путем. Из направления известно, что бывает агрессивен к матери, на людей не набрасывается. Пишет жалобы в минфинт. Жизнь сводится к еде и оскорблению окружающих.

Поступил через приемный покой, от приема наркотиков отказался, сказал, что предпочитает спиртное. Пьет с пробуждением.

На приеме: больной внешне голый. Череп гидроцефальный, уши торчком.

Из анамнеза. Наследственность отягощена: у бабки по линии матери дефект в связи с ЦНС. Сестра не замужем, старая девка. В настоящее время у нее на носу операция фибромиомы. У матери во время беременности был удар палкой по животу, но выкидыши не состоялся. Родился вспыльчивым в асфиксии. Мать у него была пьющий человек, что уже говорит о том, что она положительная, добрая. По характеру — домохозяйка. Отец пьяным домой не приходил, т.е. всегда держался на ногах. Пил редко, по праздникам, это было почти каждую неделю. Одним словом, выпивал систематически, умеренно, как все. Перенес музенирующий делирий.

Ребенок по характеру был тихий, вежливый, но изредка бил мать. Воспитывался бабушкой, т.к. отец с матом ушел из дома. С пятого класса был определен в СШИ в связи с совершением кражи: "Товарищи сказали: пойдем грабить киоск и я согласился, т.к. они сказали, что нас поймают". Окончив школу, скоропостижно женился. У жены до свадьбы сильно болел живот, т.к. она не хотела выходить за него замуж. От брака имел одного ребенка, который умер после развода. Работал на ферме курятником. Работа была трудная, кропотливая. Принимал эпизодическое участие в разведении пчел. Воспитывал барана. Был в контакте с бешеным человеком. В возрасте 30 лет получил черепно-мозговую травму, когда его били металлической трубой по голове в области поясницы. В больнице кормили зонтом, обнаружили 4 креста, переведен в НКВД. Не женат, не годен, в СА не служил. Увлекался золотом, бриллиантами, потом появились другие интересы, потому, что заболел. Повторная ЧМТ при падении с крыши. Удар был настолько сильным, что голова ушла в плечи. Подоспевший сосед вовремя оказал ему помощь — т.е. вытащил голову из плеч. Лечился в некрологии. Отдохнул от белой го-

рячки. После смерти переехал в Москву, в жилплощади отказали. Незадолго до поступления произошла ссора с сожительницей, во время которой он не выдержал и стал ее успокаивать, в результате чего она получила легкие телесные повреждения. После этого проник в ее квартиру и стал выносить лишние вещи. При задержании самовольно выражался нецензурной бранью. В стационаре поступил в связи с явлениями угрожающего мышления. В этот момент он думал, что довольно редко с ним случается. Перенесенные заболевания: корь, коклюш, ОРЗ, судимость по 126-й ст. на 4 года, женат с 38 лет, имеет одного ребенка, болезнь Боткина отрицает.

В физическом статусе — перелом пятично — коленного сустава.

Нервная система: лицо слегка симметрично. Язык по средней линии живота. Обаяние не нарушено.

Психика: психики нет. Лексикон беден, изобилует ругательствами. Сообщил, что живет на птичьих правах, адрес уточнить не удалось. Обнаруживает ретроградную амнезию на текущие события. Сознание ясное. Спрашивает, какой день недели, заговоривается, ярко галлюцинирует, побирается. Высказывает идеи самоуничтожения. Буквы знает плохо, по счету до двадцати. В отделении тяготится обстановкой, куревом, хлебом. Все время проводит в постели в одиночестве. Стал обнаруживать хамство. Получает аминазин в дражах. Припадков в отделении не наблюдалось, не смотря на проведенные беседы.

Объективные сведения со слов отца: в результате семейной драмы получил психологический удар.

Со слов сестры: Когда скончается, приду проводить.

Сведения со слов сожительницы: С января месяца стала сожительствовать с парнем по имени Валера, о нем ничего сказать не могу, потому что мы практически не общались.

Обход зав.отделением: Избит до перелома не разрешается.

ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ

1. Испытывал голоса, пел песни.
2. Жаловался на зад — болела шея.
3. В место инъекции просил таблетку тизерцина.
4. Состояние изменилось — появились мысли.
5. Осмотр дежурного врача в постели: контакту не доступен.
6. Выходной день ничем себя не проявил.

7. Лежал в постели с закрытыми глазами, по-русски был циничен.

8. Бензонала не было, дали хлороформ

9. У больного отмечался припадок: упал поперек кровати, ноги свесились в одну сторону, голова в другую. Но до пола не достал.

10. Улучшил момент и начал катать истерику, выпендривал из себя.

11. Кипятил чай в туалете, был застигнут на месте преступления.

12. Ждет выписки, но боится выписки, т.к. привык к тюремному режиму.

13. Вечером пел тюремные песни и горько плакал.

14. Поставил стул посередине коридора, сел на него и стал изображать корову, тем самым собрав возле себя больных.

15. Ночь спал коротким сном.

16. Как увидит медсестру, сразу начинает умирать.

17. Пристает к персоналу со своими мелкими проблемами.

18. Во все вникает, везде находит недостатки — необходимо скорректировать терапию.

19. Поведение неадекватное: проявляет желание помогать персоналу в кормлении больных

20. Испытывал страх перед людьми и медиками, кричал во весь голос, визжал вульгарно.

21. В 16.15 наблюдался эпид.припадок.

22. Вечером пил таблетки и скрипел зубами.

Перед экспертами поставлены вопросы:

1. Может ли он встать перед судом?
2. Не нуждается ли обвиняемый в употреблении алкоголя?
3. Не нуждается ли он в принудительном лечении медицинского характера?

Заключение: На основании изложенного приходим к выводу, что данное лицо дешевым заболеванием не страдает.

* * *

Молодой врач идет по коридору открытого санаторного отделения.

Санитарка:

— А вы что здесь делаете?
— Я лечу.
— Ну, лети, лети...

Н. В. Васнецов (Ташкент)

Дорогие коллеги!

Приглашаем принять участие в очередных

СЕДЬМЫХ КОНСТОРУМСКИХ ЧТЕНИЯХ “ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ”

21 декабря 2001 г., 10.00 – 20.00

Конференц-зал наркологического диспансера № 1 г. Москвы
2-й Автозаводский пр-д, 4/5, рядом с метро “Автозаводская”
Телефон: (095) 275-4567

Последние выпуски

Независимого психиатрического журнала

можно приобрести в Москве в киоске “Экспресс-Хроники”
(Пушкинская пл., выход из метро “Чеховская”)
или в редакции журнала по адресу: Новый Арбат, 11, комн. 1922. Тел.: 291-9081

ПОДПИСКА

в любом отделении связи по каталогу Агентства “Роспечать”

Индексы: 73290 — для индивидуальных подписчиков; 73291 — для организаций

Стихи Игнатия Журавлева

* * *

Пусть прольется из окон ночных
и исчезнет, исчезнет к утру
мой куплет между строк остальных,
как фонарик ночной на ветру.

Так, слезу удержав, помолись
по прошествии множества лет
о любви - где случается жизнь...
где тебя, где тебя больше нет.

8 марта 1999

На трамвае, на трамвае, на трамвае,
мимо кладбища и церкви и завода,
поспеши, любовь и юность открывая,
словно вечность оставляя для кого-то;

Поспеши, как будто не было тревоги,
мимо парков и весны неутомимой,
словно кто-то за тебя молился Богу,
словно ангелом душа твоя хранила...

10 апреля 2000

* * *

Пропавшая, пропавшая душа
там ходит и стучится у ограды,
настало время к Богу поспешать,
но поспешать, увы, пока не надо;

Мне в этот миг услышать довелось,
слезу от пропаданья удержав,
как мозг шумит, и вторит отголоском
ему опустошенная душа.

август 1998

* * *

В сентябре к ожиданью конца
лишь на миг прикоснись,
вот облаков плывет вереница
и далеко до весны;

В сентябре, в сентябре, в сентябре
кто-то в небе пасет облака,
и за ними не видно неба,
и дорога в небо легка.

сентябрь 1998

* * *

Пока февраль зализывал окно,
фонарь в окне так жалобно светил,
так плыл в ночи, как будто заодно
он ночь собою заслонял... и заслонил.

Не ощущая холод половиц,
она прошла к окну... фонарь светил,
снег залеплял под окнами карниз,
и словно кто-то вниз ее манил;

еще постель все складки берегла,
еще не время ждать и горевать;
зима в окне распахнута была...
и новая постелена кровать.

...Очнись! Приди в себя. Ты как не здесь,
с зимой в окне, с печалью vis a vis...

Пусть в эту ночь твой свет прольется весь,
как песня торжествующей любви.

2 февраля 2000

* * *

По комнате крадется пустота...
взгляни, взгляни, там будут до утра
свисать обрывки фразы, что не та
любовь... прими, прими свою утрату...

по комнате... в надежде не догнать
любовь... любовь... ты слышишь, как стучит...
стучит душа... от двери до окна
не я мечусь. Там просто дождь шумит.

2 марта 1999

VIOLA TRICOLOR (СТИХИ ДЛЯ А. Ф.)

Так печально и грустно и нежно
улыбалась она, говоря:
“Вы бы видели меня прежней!
Как светилась улыбка моя!”

И тревоги своей не скрывая,
затаивши дыханье в груди,
так смотрела, как будто желая
лучик света зажечь впереди...

И звала эта тихая сказка,
сон и явь размешав пополам,
в ту страну, где Анютины глазки
распускались по вечерам.

14 января 2000

* * *

Столь пасмурно, что взглядом за окно
не обрести положенной границы
для облаков, для неба (все равно),
для собственной тем паче роговицы.

И хоть понятно только наугад,
что вороны рассаживались по три,
ничто не ограничивает взгляд.
Наперекор всей логике диоптрий.

18 октября 1999

* * *

...и жить и воскресать в который раз,
с движеньем глаз весь мир отождествляя,
и вновь и вновь в пространстве создавая
саму возможность продолженья глаз.

И каждый раз пытаться сохранить
что после нас пространство не хранило,
и две слезы... два пепла, две могилы
когда-нибудь. Навек. Соединить.

июнь 2000

* * *

Тишина, тишина —
там в беззвучном смятении лиц
наступает зима,
посмотри, там зима наступает;

прикоснись, прикоснись,
как к стеклу ты к зиме прикоснись,
как последнюю нить
теплоту и любовь упускаю;

пусть молитва твоя
тишину, тишину лишь на миг,
лишь на миг всколыхнет,
к небесам навсегда примерзая,

оброни, оброни
бесконечную нежность на миг,
в бесконечную грусть
навсегда устремляя глаза...

5 ноября 1999

ОБСУЖДЕНИЕ ПРОЕКТОВ ЗАКОНА О ПСИХОТЕРАПИИ

Проект Профессиональной психотерапевтической лиги —
В Московском психотерапевтическом журнале, 2000, № 3

Проект Российской психотерапевтической ассоциации —
В Московском психотерапевтическом журнале, 2000, № 4

МОСКОВСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Номера за разные годы — по почте и в редакции:
121034, Москва, 2-ой Обыденский пер., 14
Тел: (095) 202-6314

ПОДПИСКА

Во всех отделениях связи по Объединенному каталогу Федеральной службы почтовой связи РФ
Индексы: 73268 — для индивидуальных подписчиков; 73269 — для организаций

РЕКОМЕНДАЦИИ

- Георг Хенрик фон Вригт. Объяснение и понимание действий // Логос. 2001. № 2. С. 123 – 140.
Леопольд Блауштайн. Имагинативные представления // Ibid. С. 150 – 185.
Борис Домбровский. Предисловие к публикации // Ibid. С. 141 – 149.
Вадим Руднев. Феноменология галлюцинаций // Ibid. С. 25 – 45.
Георг Хенрик фон Вригт. Витгенштейн и двадцатый век // Вопр. филос. 2001. № 7. С. 33 – 46.
Поль Рикер. Гуссерль и Витгенштейн о языке // Лого . 2001. 4. С. 209 – 218.
Всеволод Ладов. Аналитическая философия и феноменология // Ibid. С. 7 – 20.
Дагфин Фоллесдаль. Введение в феноменологию для философов-аналитиков // Ibid. С. 21 – 36.

* * *

- Новая философская энциклопедия в 4-х томах — М., 2000.
Немецкое философское литературоведение наших дней (антология) — СПб, 2001.
Дитрих фон Гильденбранд. Этика — СПб., 2001.
Курт Хюбнер. Нация — М., 2001.

* * *

- Альфред Рэдклифф-Браун. Структура и функция в примитивном обществе — М., 2001.
Клод Леви-Строс. Мифологики. Том 3: Происхождение застольных обычаев — М.–СПб., 2000.
Детальмо Пирцио-Бироли. Культурная антропология тропической Африки — М., 2001.
Владимир Фурс. Парадигма критической теории в современной философии // Логос. 2001. № 2. С. 46 – 75.
Поль Вейн. Фуко: революция в историографии // Новое лит.обозрен. 2001. 3(49). С. 10 – 20.
Ю. С. Савенко. Переболеть Фуко // Ibid. С. 89 – 94.
Лора Энгельштейн. “Комбинированная” неразвитость: дисциплина и право в царской и советской России // Ibid. С. 31 – 49.

* * *

- Анна Анастази, Сьюзан Урбина. Психологическое тестирование — СПб., 2001.
Е. Т. Соколова. Общая психотерапия — М., 2001.
Ж. Тощенко. Метаморфозы современного общественного сознания // Социол. исслед. 2001. № 6. С. 3 – 15.
М. Хевеши. Массовое общество в XX веке // Ibid. С. 3 – 12.
Ю. Толстова. О системности социологических объектов // Ibid. С. 119 – 131.

* * *

- Н. П. Гордеев. Пражская научная школа — М., 2001.
А. А. Пископпель. Научная концепция: структура, генезис — М., 1999.

* * *

- С. С. Алексеев. Тайна права. Его понимание, назначение, социальная ценность — М., 2001.
Жан-Луи Бержель. Общая теория права — М., 2000.

* * *

- Владимир Короленко. Дневник 1917 – 1921 гг. Письма — М., 2001.
Раймон Арон. Мир и война между народами — М., 2000.
С. П. Чернозуб. “Вина” интеллигенции и ее “покаяние” как факторы социальных реформ в России // Вопр. философ. 2001. № 7. С. 149 – 157.
Отто Лацис. Тщательно спланированное самоубийство — М., 2001.
Михаил Гефтер. Смерть — гибель — убийство — М., 2000.
КГБ: вчера, сегодня, завтра — М., 2001.

* * *

- Р. Мерль. Смерть — мое ремесло — СПб., 2001.
Михаил Чехов. Путь актера — М., 2000.

ABSTRACTS

Decline of Methadone Programs

E. A. Babayan

In the 60-ies Switzerland, Netherlands, Belgium and Australia proposed methadone treatment for saving from heroinomania, but in 1998 – 1999 they said that methadone didn't prove its value because of high mortality due to overdoses and they began to return to supplying drug addicts with heroine and other narcotic drugs. At the UN Committee on Narcotic Substances it had been repeatedly stated (and at present it is accepted as undeniable fact) that one should not consider administration of methadone as medical treatment: it is a replacement of one narcotic by another. The Committee had received a great number of scientific articles on severe consequences of methadone treatment, in particular, new type of severe narcomania. The interests of producers of this very expensive narcotic drug are of no small importance. The author expressed his strictly negative attitude in regard to methadone even in 1961. At present the RF government has included methadone in the list of narcotic substances, the use of which is forbidden on the RF territory. Under the Special Federal law (January 8, 1997) treatment of narcomania by narcotic substances is forbidden.

The Signs of Decline of Russian Psychiatry

Yu. S. Savenko

At present in Russian psychiatry there has been a wretchedness or a qualitative displacement in the direction of decline of Russian psychiatry. At the level of leading psychiatrists of the country the substitution of the scientific approach by the ideological (P. I. Sidorov) and by the commercial ones (in the case of V. D. Stolbun) has occurred. Scientific research, medical treatment and forensic psychiatry expert practice, giving diplomas, etc. have been emasculated. One of the main reasons of these is the arrogant attitude to former deserving traditions (A. B. Smulevitch, F. V. Kondratyev).

Under such conditions it is possible to preserve professional level only at a price of maximum openness and competitiveness, by return to deserving traditions, and first of all, by imparting great importance of non-formal status in professional community.

The solution of this top priority task should unite efforts of both psychiatric organizations of the country. It is necessary to create a wide network of ethical commissions and to turn them into an authoritative effective instance for the professional community, among the tasks of which would be ranging the best and the worst establishments and specialists. Regular clinical discussions must include besides clinical-diagnostic questions social-rehabilitation, legal and ethical questions. It is important to make legal and ethical special cases in psychiatric practice a theme of regular role training, problem symposia and open disputes. It is necessary to create optional courses on the phenomenological method, general scientific methodology and modern statistical methods.

Delirium Grandiosum: on Extrajective Identification

V. Rudnev

Extrajective identification is such a state of consciousness of a subject, when he experiences his own Ego as something inalienably characteristic for the name and description which is objectively alien to him, this is such a state, when a subject subjectively in delirious sense is "converted into another person", more highly placed socially, and tries to behave as if he were that person. In this sense extra-jective identification is characteristic exclusively for delirium grandiosum.

Introjective identification is such a state of consciousness, when a subject identifies himself as a significant object retaining the awareness of his individuality.

While at intrajective identification the Ego and an object retain their objective identity, only dependence of the Ego on an object-introject is emphasized and at projective identification the identity of the Ego is retained, and the identity of an object is distorted, but at extrajective identification real objects disappear from the life of a subject and would be replaced by delirious-hallucinative extrajective objects, and which is more important, his own Ego would be destroyed and practically ceased to be as such, dissolving in delirious extrajective object.

**Methodological problems of expertise
for solving question of adolescents diminished responsibility
(legal and psychological-psychiatric aspects)**

E. I. Tsymbal

A possibility of correct establishment of contribution of constitutional, social-psychological and exogenous-organic factors to formation of mental retardation of a person under the test seems doubtful. The main thing is that for the realization of the principle of guilty responsibility such an analysis is not required. While making decision on release from criminal responsibility one should consider as the most important an evident character of mental retardation (it has to deprive the minor capability to consciously regulate behavior at the moment of committing a socially dangerous act), but not the mechanism of its emergence. However such approach can be realized only after changing the disposition of part 3, art. 20 of the RF

Criminal Code. So far it has not taken place and experts are obliged to engage in a speculative analysis of etiology of mental retardation.

The mentally retarded minor is liable to criminal persecution if he had reached that level of mental maturity, which allows him to act as a guilty person. If at the preliminary investigation a person under test offers a clear cut attitude (denial of his participation in committing crime, denial of using violence), to which he consistently adheres in all investigation procedures, this gives ground to assume that he realized social danger of his deed and capable to control his behavior.

**XVII КОНГРЕСС
ВСЕМИРНОЙ АССОЦИАЦИИ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАРИИ (WASP)**

27 – 31 октября 2001 г., Агра, Индия

E-mail: wasp congress@vsnl.com

Website: www.17thwaspcongress.com

**КОНФЕРЕНЦИЯ ПСИХИАТРОВ НИГЕРИИ
И ТРАНСКУЛЬТУРАЛЬНАЯ СЕКЦИЯ ВПА**

19 – 23 ноября 2001 г., Абеокута, Нигерия

Тел.: (234) 039-240-571

Благодаря поддержке Института “Открытое Общество” в рамках программы дестигматизации психически больных НПА России осуществила издание популярных буклетов для бесплатного распространения среди населения из серии

“Что нужно знать о психическом здоровье”

по следующим темам:

Когда нужен психиатр?

Душевнобольной в семье

Психическое здоровье пожилых людей

Расстройства пищевого поведения

Шизофрения

Маниакально-депрессивные расстройства

Депрессия

Фобии

Панические расстройства

Посттравматические стрессовые расстройства

Цель издания —

преодолеть недоверие населения к психиатрии и психиатрам,
развенчать мифы об особой опасности,
несостоятельности и неизлечимости психически больных.

По Вашему запросу будет выслан комплект изданных брошюр, которые можно использовать как образец для издания в Вашем регионе. Мы планируем продолжить издание популярных брошюр для населения и будем благодарны за предложение новых тем и участие в их разработке.

ПРИНИМАЮТСЯ ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА РОССИИ:

**ПРИЛОЖЕНИЯ
к «НЕЗАВИСИМОМУ ПСИХИАТРИЧЕСКОМУ ЖУРНАЛУ»**

1. С. Н. Шишков — «Судебно-психиатрическая экспертиза (понятие и типы)»
(Учебное пособие)
2. I-е Консторумские чтения. «Психотерапия малопрогрелиентной шизофрении»
3. О краткосрочной терапии творческим самовыражением и клинико-психотерапевтическом театре в психиатрии. (Учебное пособие)
4. II-е Консторумские чтения. «Клиническая психотерапия и феноменологическая психиатрия»
5. III-е Консторумские чтения. «Психотерапия тревожных и депрессивных расстройств»
6. IV-е Консторумские чтения. «Терапия духовной культурой»
7. А. И. Ойфа — «Патологическая анатомия мозга» (методические рекомендации)
8. V-е Консторумские чтения. «Клиническая психотерапия»

ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА

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

Аргуновой Юлии Николаевне

ПРОДАЖА

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

«НЕЗАВИСИМЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ»

Индексы для подписчиков:

на полугодие: 73290 — индивидуальных, 73291 — коллективных; на год: 71390 — индивидуальных, 71391 — коллективных

- 1991, I: Устав НПА — Антипсихиатрия сегодня — О психической заразительности.
- 1992, I-II: Проблема предмета советской психиатрии — Начальное бредообразование — Затухание бреда — Доклад комиссии WPA о визите в СССР в 1991 г.
- 1992, III-IV: Герои и антигерои советской психиатрии — Дело генерала Петра Григоренко.
- 1993, I-II: Интрацепция и ипохондрия — Проблема идентификации — Практика и техника психоанализа.
- 1993, III-IV: Взгляд на американскую психиатрию XX века — Границы шизофрении.
- 1994, I: Нелекарственная терапия психозов — Выбор приоритетов — Типология деперсонализации.
- 1994, II: О бреде — Феноменология меланхолии.
- 1994, III: Деятельность НПА за 1989–1993 гг. — Ответственность за незаконное стационарирование — Врачебная тайна — О школе Столбунова.
- 1994, IV: Психоанализ в противоречиях — Биографический метод — Терапия смыслоутраты.
- 1995, I: О вялотекущей шизофрении — О диагностике — Митрополит Антоний о медицинской этике.
- 1995, II: Об институциональной психотерапии — О границах психотерапии — Об этнопсихиатрии — Дело АУМ.
- 1995, III: DSM-IV — Бенедетти о психотерапии шизофрении — Психология свидетельских показаний.
- 1995, IV: Гематологическая психоонкология — Психохирургия — Представительство интересов психически больных — VII съезд НПА и XII съезд РОП.
- 1996, I: Ясперс о бреде ревности (1) — Психиатрия и права человека — О мышлении по аналогии.
- 1996, II: Ясперс (2) — Психиатрия и нейрофизиология — Психиатрия в III Рейхе/ГДР и СССР/России — Обращение в Думу и Правительство.
- 1996, III: Ясперс (3) — Клинический разбор — Образ человека и мозг — Правовые казусы — О психоанализе.
- 1996, IV: Ясперс (4) — Конгресс в Мадриде — Психиатрия и религия — Памятка для пациентов об их правах.
- 1997, I: Интуиция в психиатрии — Новая парадигма. I — Ответ д-ру С. Глузману.
- 1997, II: Предложения к Закону — Метод идеальных типов — Новая парадигма. II — Психиатрический ГУЛАГ.
- 1997, III: Сто лет психоанализа — Новая парадигма. III — Психиатрия и религия.
- 1997, IV: Гуссерль и Ясперс — Новая парадигма. IV — Юбилей Бехтерева — Патографии Ленина и Хрущева.
- 1998, I: Гуссерль и Ясперс — Новая парадигма. V — Законы о наркотиках — Экспертиза Бехтерева по делу Бейлиса.
- 1998, II: Деятельность НПА в 1997 г. — Развитие психиатрической помощи в России — Основы этических стандартов в психиатрии — Детская психиатрия.
- 1998, III: Структура идентичности и психоз — О предмете социальной психиатрии — “Тирания психиатрии” и “тирания права” — Питирим Сорокин об основной ошибке русской интеллигенции.
- 1998, IV: Концепция психопатологического диатеза — Полемика о путях борьбы с наркоманиями — Психиатрия и религия — Курт Гольдштейн: Принцип целостности в медицине.
- 1999, I: Курт Шнейдер. Религиозная психопатология (1) — Психотерапия — Экспертиза “Свидетелей Иеговы” — Басня о психотронном оружии
- 1999, II: Шнейдер (2) — Социальная психиатрия — Психотерапия — Всероссийский семинар к 10-летию НПА.
- 1999, III: Шнейдер (3) — Тенденции российской психиатрии — Экспертиза сайентологов.
- 1999, IV: Кризис современной психиатрии — ЭЭГ при молитве и голодании — Психиатрия и религия — Дело Платона Обухова — Этика экспертизы.
- 2000, I: О Рильке — Объединения родственников больных — Полемика — Проект Закона.
- 2000, II: Кассирер: Техника политических мифов — “Открытый диалог” — Экспертиза парасуицида — Корсаковская экспертиза — Дело Шмита (1).
- 2000, III: Критика МКБ-10 — Психофармакология — Социальная и судебная психиатрия — Дело Шмита (2).
- 2000, IV: X-ый съезд НПА России: Проблема доверия — Обсессивный синдром — Опасные действия психических больных — Ганнушкин — Зейгарник — XIII съезд психиатров России.

Материалы для публикации присыпать по адресу:

125581, Москва, ул. Ляпидевского, д. 18, кв. 41, Ю. С. Савенко; E-mail: ipar@aha.ru

Статьи следует сопровождать резюме для перевода на английский язык

Телефон редакции (095) 291-9081, факс (095) 291-8469

Москва, Новоарбатский пр., 11-1922

Адрес для корреспонденции: Москва 103982, Лучников пер., 4, подъезд 3.

Российский исследовательский центр по правам человека. НПА России