

ПУТИ
ОБНОВЛЕНИЯ
ПСИХИАТРИИ

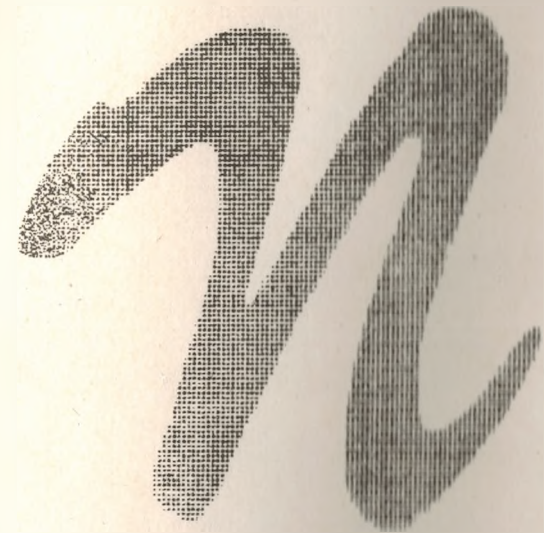
МАТЕРИАЛЫ IV СЪЕЗДА НПА

под редакцией Ю. С. Савенко



МОСКВА
Литература и Политика
1992

**ПУТИ
ОБНОВЛЕНИЯ
ПСИХИАТРИИ**



**Независимая
Психиатрическая
Ассоциация**

ВЫПУСК 2

Независимая Психиатрическая Ассоциация

СОДЕРЖАНИЕ

О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НПА

Ю. С. Савенко. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НПА
(отчетный доклад за 1990 – 1991 гг.) 6

Э. Л. Гушанский, В. М. Серпилин, Л. И. Архангельская.
РАБОТА НЕЗАВИСИМЫХ ЭКСПЕРТНЫХ КОМИССИЙ
(09. 1990 – 06. 1991) 18

ПРОЕКТ ПОЛОЖЕНИЯ О ЗАЩИТЕ ПРАВ ГРАЖДАН
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ
И ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
В МОСКВЕ 23

ВЯЛОТЕКУЩАЯ ШИЗОФРЕНИЯ И ЛАТЕНТНЫЕ ФОРМЫ ПСИХОЗОВ

Ю. С. Савенко. ДИАГНОСТИКА
ВЯЛОТЕКУЩЕЙ ШИЗОФРЕНИИ 30

Т. И. Ростовцева. К ПРОБЛЕМЕ
МАЛОПРОГРЕДИЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ
В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 45

С. С. Гурвиц. СУДЬБЫ “ВЯЛОТЕКУЩЕЙ”
В ОДНОМ КОНКРЕТНОМ РАЙОНЕ
(к постановке вопроса) 56

М. И. Лейнгольд. ОПЫТ МНОГОЛЕТНЕЙ
ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ МАЛОПРОГРЕДИЕНТНОЙ
ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЛАТЕНТНЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ 62

ИЗ ДИСКУССИИ 69

ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ

Э. Л. Гушанский. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЕ НАРУШЕНИЯ
ПРАВ ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ . 74

С. С. Гурвиц. ИТОГИ ДОРАБОТКИ ПРОЕКТА ЗАКОНА
О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ. ВКЛАД НПА
И ОЧЕРЕДНЫЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ 81

С. Н. Шишков. О НЕКОТОРЫХ ДИСКУССИОННЫХ
ПРОБЛЕМАХ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ
ЭКСПЕРТИЗЫ 86

Ю. Л. Метелица. ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНОЙ
ПСИХИАТРИИ. СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ
(глазами судебного психиатра) 92

ИЗ ДИСКУССИИ 100

АНТИПСИХИАТРИЯ И АНТИСЦИЕНТИЗМ

Л. Н. Виноградова. ФОРМЫ АНТИПСИХИАТРИЧЕСКИХ
ПРЕДСТАВЛЕНИЙ И ПУТИ ВОЗВРАЩЕНИЯ ДОВЕРИЯ
НАСЕЛЕНИЯ 108

А. В. Немцов. АНТИСЦИЕНТИЗМ,
СЦИЕНТИЗМ И НАУКА 115

Ю. С. Савенко. ФЕНОМЕНОЛОГИЯ КАК ПРЕОДОЛЕНИЕ
ДИЛЕММЫ СЦИЕНТИЗМА – АНТИСЦИЕНТИЗМА
(значение и судьба феноменологии в психиатрии) 122

В. Н. Бузин, Т. С. Бузина. АНТИСЦИЕНТИЗМ
В ПСИХОТЕРАПИИ 130

Ф. Е. Василюк. ПОСТКЛАССИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ
В ПСИХОТЕРАПИИ
(к методологии психотехнической теории) 134

Л. Я. Гозман, М. С. Егорова. РОССИЙСКАЯ МИСТИКА
В ЭПОХУ РАСПАДА 149

Н. Ф. Шахматов. СТАРЕНИЕ – ВРЕМЯ ЛИЧНОГО
ПОЗНАНИЯ ВЕЧНЫХ ВОПРОСОВ И ИСТИННЫХ
ЦЕННОСТЕЙ 154

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЬСТВУЮЩЕГО . 162

О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НПА

Независимая Психиатрическая Ассоциация

СОДЕРЖАНИЕ

О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НПА

Ю. С. Савенко. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НПА
(отчетный доклад за 1990 – 1991 гг.) 6

Э. Л. Гушанский, В. М. Серпилин, Л. И. Архангельская.
РАБОТА НЕЗАВИСИМЫХ ЭКСПЕРТНЫХ КОМИССИЙ
(09. 1990 – 06. 1991) 18

ПРОЕКТ ПОЛОЖЕНИЯ О ЗАЩИТЕ ПРАВ ГРАЖДАН
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ
И ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
В МОСКВЕ 23

ВЯЛОТЕКУЩАЯ ШИЗОФРЕНИЯ И ЛАТЕНТНЫЕ ФОРМЫ ПСИХОЗОВ

Ю. С. Савенко. ДИАГНОСТИКА
ВЯЛОТЕКУЩЕЙ ШИЗОФРЕНИИ 30

Т. И. Ростовцева. К ПРОБЛЕМЕ
МАЛОПРОГРЕДИЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ
В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 45

С. С. Гурвиц. СУДЬБЫ “ВЯЛОТЕКУЩЕЙ”
В ОДНОМ КОНКРЕТНОМ РАЙОНЕ
(к постановке вопроса) 56

М. И. Лейнгольд. ОПЫТ МНОГОЛЕТНЕЙ
ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ МАЛОПРОГРЕДИЕНТНОЙ
ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЛАТЕНТНЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ 62

ИЗ ДИСКУССИИ 69

ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ

Э. Л. Гушанский. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЕ НАРУШЕНИЯ
ПРАВ ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ . 74

С. С. Гурвиц. ИТОГИ ДОРАБОТКИ ПРОЕКТА ЗАКОНА О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ. ВКЛАД НПА И ОЧЕРЕДНЫЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ	81
С. Н. Шишков. О НЕКОТОРЫХ ДИСКУССИОННЫХ ПРОБЛЕМАХ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ	86
Ю. Л. Метелица. ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ. СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ (глазами судебного психиатра)	92
ИЗ ДИСКУССИИ	100
АНТИПСИХИАТРИЯ И АНТИСЦИЕНТИЗМ	
Л. Н. Виноградова. ФОРМЫ АНТИПСИХИАТРИЧЕСКИХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ И ПУТИ ВОЗВРАЩЕНИЯ ДОВЕРИЯ НАСЕЛЕНИЯ	108
А. В. Немцов. АНТИСЦИЕНТИЗМ, СЦИЕНТИЗМ И НАУКА	115
Ю. С. Савенко. ФЕНОМЕНОЛОГИЯ КАК ПРЕОДОЛЕНИЕ ДИЛЕММЫ СЦИЕНТИЗМА – АНТИСЦИЕНТИЗМА (значение и судьба феноменологии в психиатрии)	122
В. Н. Бузин, Т. С. Бузина. АНТИСЦИЕНТИЗМ В ПСИХОТЕРАПИИ	130
Ф. Е. Василюк. ПОСТКЛАССИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ В ПСИХОТЕРАПИИ (к методологии психотехнической теории)	134
Л. Я. Гозман, М. С. Егорова. РОССИЙСКАЯ МИСТИКА В ЭПОХУ РАСПАДА	149
Н. Ф. Шахматов. СТАРЕНИЕ – ВРЕМЯ ЛИЧНОГО ПОЗНАНИЯ ВЕЧНЫХ ВОПРОСОВ И ИСТИННЫХ ЦЕННОСТЕЙ	154
ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЬСТВУЮЩЕГО .	162

О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НПА

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НПА

(ОТЧЕТНЫЙ ДОКЛАД ЗА 1990–1991 гг.)

Ю. С. Савенко

Прошедший период с мая прошлого года, когда состоялся наш III съезд, ознаменовался рядом крупных событий. Это прежде всего кризис Всесоюзного общества психиатров, обнаружившийся в сентябре 1990 г. на расширенном пленуме в Челябинске. Пленум постановил провести в декабре 1991 г. внеочередной Всесоюзный съезд психиатров с целью реорганизации Всесоюзного общества, перевыборов его президиума и устранения зафиксированной в Уставе полной зависимости от МЗ СССР. Н. М. Жариков и М. Е. Вартамян выступили за аннулирование решений пленума в Челябинске и собрали в мае 1991 г. пленум в Москве. Он отказался от проведения внеочередного съезда, что позволило сохранить старый состав президиума общества еще на три года.

Как известно, на конгрессе WPA в Афинах Всесоюзное общество обязалось выполнить пять условий: 1) публично признать прошлые злоупотребления; 2) реабилитировать пострадавших от этого; 3) принять ревизионную процедуру; 4) ввести изменения в законодательство и 5) обеспечить просвещенное руководство, т. е. фактически, – обновить его. Обязалось оно и обеспечить прием инспекционной комиссии WPA. В июне 1991 года после неприличных 4-месячных проволочек со стороны Всесоюзного общества комиссия WPA приехала и напряженно

работала в течение 3 недель. Ее доклад, представленный на сессию исполкома WPA в Будапеште в августе, в дни путча, подтвердил все положения меморандума нашей ассоциации, направленного WPA накануне инспекции, а именно: ни одно из пяти условий и принятых обязательств полноценно не выполнены. (Комиссию вообще не пустили в наркологические учреждения).

Там же в Будапеште окончательно был решен вопрос о провокационной, одноименной с НПА организации Карманова, активно поддерживаемой МЗ СССР и Всесоюзным обществом. В сентябре Американская психиатрическая ассоциация, ознакомившись с докладом комиссии WPA, приняла следующее решение: “Американская психиатрическая ассоциация считает, что Всесоюзное общество психиатров в своей неспособности адекватно выполнять условия, связанные с восстановлением членства в WPA в октябре 1989 г., не удовлетворяет необходимым стандартам психиатрической ассоциации. WPA следует аннулировать членство ВОПН.”

26 октября 1991 г. Всероссийское общество психиатров приостановило членство во Всесоюзном обществе и конституировалось не в качестве его филиала, а как самостоятельная организация.

Можно ли говорить после этого о существовании Всесоюзного общества или Федерации обществ психиатров и наркологов СССР? Не более, чем о существовании самого СССР, хотя Всесоюзное общество, полностью лишившееся авторитета, все еще продолжает порой заседать, сохраняя почетное председательство Г. В. Морозова и секретариат из его доверенных лиц. Не случайно, юбилейные торжества института им. Сербского, куда приехало всего три зарубежных психиатра, были бойкотированы мировым сообществом – в повестке юбилейной конференции стоял доклад Г. В. Морозова. От персональных приглашений отказались, в частности ведущий американский специалист по праву в психиатрии Лорен Рот, участник инспекций нашей психиатрической службы 1989 и 1991 г.г., а также медицинский директор АРА почетный член нашей ассоциации Мелвин Сабшин. Наряду с Г. В. Морозовым, бойкоту подвергается также М. С. Вартамян. На заседании комиссии по здравоохранению ВС СССР проф. Бёрли рассказал об отмене симпозиума в Лондоне, на который оказался случайно приглашенным Вартамян. Что же мы слышим по этому поводу даже от ряда лучших представителей института Сербского? Характерный фырк, некое пренебрежительное: “Бёрли пенсионер, стоит ли принимать его всерьез!” Это вдвойне – и профессиональ-

но, и по человечески – безнравственно. Бессильное раздражение на блестящий, скрупулезно точно аргументированный текст, не оставляющий ни щелочки для возражений.

Итак, правящий триумvirат официальной психиатрии в состоянии глубокого кризиса: Всесоюзный центр психического здоровья возглавляет одиозный Вартамян, Всесоюзный институт им. Сербского, с ликвидацией МЗ СССР в ноябре 1991 года потерял своего патрона, а сохранение Г. В. Морозова почетным директором института не вызывает доверия ко всем широковетательным новациям, наконец, Всесоюзное общество психиатров и наркологов фактически перестало существовать. Речь сейчас должна будет пойти о членстве в WPA Всероссийского, Украинского и др. обществ вместо Всесоюзного. В АМН психиатрия представлена теми же Г. В. Морозовым и М. Е. Вартамяном. В Минздраве России, который желает остаться таким же бюрократическим монстром с необъятными правами, каким был недавно Минздрав Союза, психиатрия возглавляется откровенным реакционером Л. А. Красавиным. На неоднократные требования НПА об устранении Красавина с его поста, звучал ответ: нет другой кандидатуры и как посмотрит профсоюзная организация? Словно и гекачеписты не были членами профсоюза. А ведь сколько вреда даже за этот период успел принести Красавин.*

Сказанное может посеять иллюзию о слабости старого руководства. Нет, оно не собирается ни каяться, ни уходить. Консервативное, инертное, оно крепко связано с “благодарными” кадрами, им возвращенными, сильно ловкой демагогией. Только через институт им. Сербского Г. В. Морозов пропустил 75 докторских диссертаций. Не важно, что большая их часть не отвечала необходимым требованиям, писалась подчас подставными лицами, даже на фальсифицированном материале. Морозов остается вот уже несколько десятилетий руководителем психиатрического ВАКа, от него зависит судьба всех докторских и кандидатских диссертаций.

Сказанное может посеять и другую иллюзию о преобладании негативных явлений. Но даже то, что описано как негативное несет в себе его отрицание, ведь описан кризис плохого, а не хорошего. Между тем есть множество и непосредственно позитивного: активная работа над Законом о психиатрической помощи и Законом о наркологической помощи, выход 4-х новых психиатри-

* Красавин был смещен только спустя еще пять месяцев после этого выступления.

ческих журналов, активизация системы тематических семинаров для психиатров все чаще с участием представителей НПА. В Устав Всероссийского общества психиатров внесены статьи о сотрудничестве с независимой ассоциацией. Даже новый директор института им. Сербского готова принять чуть ли не все наши планы.

Станут ли эти заявления, эти планы – делом? Конечно есть огромная разница между теми, кто следовал этим установкам по убеждению во все времена, когда это было небезопасно, и теми, кто быстро усвоил новый язык, желая остаться во главе новой армии. И все же важнее старых счетов, чтобы все эти люди в самом деле перешли от слов к делу, погрузились в него.

Итак, чего добилась наша ассоциация за истекший период?

Можно начать с того, что она приняла активное участие в описанных выше событиях: в борьбе за выполнение Афинских обязательств, в содействии работе комиссии WPA, развернутая позиция Независимой ассоциации прозвучала на Челябинском и Московском пленумах в 3-х оппозирующих содокладах. Ассоциация была единственной психиатрической организацией принявшей участие в Конференции по человеческому измерению Совещания по безопасности и сотрудничеству в Европе.

Существенен наш вклад в доработку Закона о психиатрической помощи. Наши члены А. И. Рудяков, И. Я. Дашевский, С. С. Гурвиц, Э. Л. Гушанский и я составили треть соответствующей комиссии при ВС СССР, работавшей более полугодом, последние месяцы по 2 раза в неделю полный рабочий день. Проект заслужил одобрение ведущих представителей права в американской психиатрии Лорена Рота и Ричарда Бани, а также Джима Бёрли и Парамшвара Дэва, представлявших комиссию WPA. Однако сворачивание деятельности ВС СССР помешало представлению проекта Закона на его слушания. В течение последних 2-ух месяцев столь же интенсивная работа велась специально созданной комиссией при ВС России с нашим участием. Эта работа как раз сегодня закончена и в понедельник будет представлена комитету по здравоохранению. Очень повезло, что председателями комиссий были Андрей Евгеньевич Себенцов и Леонид Исакович Коган. Подробный отчет об этой работе Вам представит завтра на утреннем заседании д-р С. Гурвиц. Скажу лишь, что одним из главных для нас вопросов в этом Законе представляли гарантии его исполнения. Они не ограничиваются четкой регламентацией сроков и процедур, механизмами государственного и общественного контроля, предоставлением и оплатой адвоката, конкретной ответственностью за различные нарушения и миними-

зацией отсылочных статей, но главным образом лежат вне Закона. Не говоря уже о том, как далеко нам до правового общества и элементарного правосознания – это определенная система организационных структур психиатрической помощи, прежде всего вневедомственной независимой диагностической и судебно-психиатрической экспертизы. Институт независимой экспертизы был создан нашей ассоциацией с момента ее возникновения. За это время через две наши экспертные комиссии прошло более 700 человек (в 7 раз больше, чем через этическую комиссию Всесоюзного общества). Из 11 последовавших совместных экспертиз, в 10 с нами вынуждены были согласиться. Наконец, мы не ограничиваемся диагностическими проблемами и даём советы по широкому кругу вопросов, заботясь о реальной реабилитации, о доведении ее до практического осуществления. Наша ассоциация представляла инспекционной комиссии ВРА 3-х больных и все три наши заключения были подтверждены. На разбор одного из этих больных, со стороны Всесоюзного общества был приглашен проф. А. Б. Смудевич. В течение 3-х часов мы присутствовали при разборе больного, а в течение последующего часа члены комиссии задавали вопросы Смудевичу относительно возможностей реабилитации этого человека. И на все эти вопросы он отвечал: не знаю, это не моя компетенция, я этим не занимаюсь. Очень характерна эта – в дурном смысле слова – академическая манера – поставить диагноз, а о дальнейшей судьбе человека и мысли нет. По поводу реабилитации в выводах доклада комиссии ВРА записано: “С точки зрения защиты, настойчивости и продуктивности маленькая Независимая психиатрическая ассоциация д-ра Савенко действительно является более эффективной, чем этическая комиссия Всесоюзного общества...” Однако и отчет этической комиссии впечатляющ: только у 41% был подтвержден прежний диагноз, у 37,4% изменен, у 21,4% снят вообще, причем у пятерых (4,8%) было признано, что и прежде никакой психической болезни не было. Излагая эти данные в прессе (“Мед. газ.”, 14.06.91) главный ученый секретарь Всесоюзного общества Г. Лукачер пишет о 20% диагностических ошибок, тогда как их 59%. Так небрежность оборачивается фальсификацией в 3 раза. Не зря в докладе комиссии ВРА выражается протест против того, что отчет этической комиссии не опубликован, а результаты не имеют юридических последствий.

С осени 1991 г. эксперты НПА решили участвовать в работе всех существующих официальных экспертных комиссий, чтобы больным – сократить цепочку проходных инстанций,

комиссиям – повысить доверие к себе, нам – получить доступ к медицинской документации и возможность творческой дискуссии с коллегами. Приобретенный нами опыт позволяет внести ряд позитивных новаций в отношении психотерапевтической отработки всей процедуры экспертной комиссии, включая обязательную выдачу на руки заключения с развернутыми рекомендациями по широкому кругу вопросов и приемлемым образом сформулированным диагнозом. Это минимизирует очередной виток борьбы за снятие диагноза у обращающихся, среди которых по опыту последнего года до 90% реально больных. Эта сверхценная установка на снятие диагноза вызывается не только реакцией на нарушение элементарных гражданских прав, но и отражает искаженное представление в населении о психиатрии и психиатрах. У нас уже имеется опыт регулярной работы в комиссии при главном психиатре МЗ России, возглавляемой проф. А. А. Недува, работа в этической комиссии Всесоюзного общества и в комиссии главного психиатра Москвы носила эпизодический характер. Проф. В. Белов приглашает нас только в случаях активного настояния самих больных.

Конечно совершенно очевидно, что все подобные комиссии не могут решить этой проблемы. Поэтому мы весной 1991 года подали в комитет по правам человека при ВС России проект организации независимых экспертных комиссий на конкурсной основе при комиссиях по правам человека всех уровней.

В Санкт-Петербурге осуществлена недавно передача всей судебно-медицинской, в т. ч. судебно-психиатрической экспертизы в ведение мэрии.

Нами также подан в Моссовет проект положения о соблюдении прав человека при оказании психиатрической помощи, который ускорил бы прогрессивные нововведения до вступления в действие Закона о психиатрической помощи. Это положение недавно продуктивно обсуждалось на комиссии Моссовета с участием главного психиатра Москвы В. И. Козырева.

Более подробно обо всем этом вы узнаете из следующего доклада. А я хочу упомянуть об уроках нескольких неординарных экспертиз, в которых принял личное участие.

Первое, это экспертиза Валерии Новодворской лидера партии Демократический Союз, в связи с неумно открытым деле об оскорблении Президента. Дело показало, что решительное и настойчивое требование самих экспертируемых о включении в состав комиссии членов НПА приносит успех. Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза больницы им. Кашенко с

участием от нашей ассоциации Г. Н. Соцевич и моим пришла к единодушному заключению об отсутствии у Новодворской психического заболевания. В институте им. Сербского 22 года назад ей, еще школьнице, был поставлен диагноз шизофрении. Девушка разбрасывала в Кремлевском дворце съездов листовки, протестуя против введения войск в Чехословакию в 1968 году.

Второе, это посмертная экспедиция генерала П. Григоренко, в апреле, мае и октябре 1991 г. в институте им. Бехтерева, которая, позволила впервые документально вскрыть технологию натаскивания психотического диагноза в институте им. Сербского в 1964 и 1969 г.г. Это 1-ая и пока единственная психиатрическая реабилитация; с нашей точки зрения, все еще неполноценная, не доведенная до конца, чрезвычайно показательна во многих отношениях. Мы опубликуем ряд материалов об этой экспертизе.

Наконец, в институте им. Сербского прошли 2 экспертизы с нашим участием, также доказавшие отсутствие психического заболевания у людей, у которых в течение соответственно – 15 и 8 лет стоял диагноз параноидной шизофрении. В одном случае с недееспособностью, несмотря на однократный непродолжительный психотический приступ, не оставивший никаких последствий. Эти два случая вскрыли почти полную невозможность попасть на экспертизу без направления суда, а также неискреннюю манеру общения с подэкспертными.

Что касается нашего требования открыть психические больницы и архивы для посещения членами НПА, из МЗ РСФСР пришел ответ: общественные организации не вправе контролировать государственные учреждения. Эта характерная для прежнего режима линия, продолжается нынешним руководителем психиатрической службы Минздрава Л. Красавиным. Ее отличает ряд откровенно реакционных установок: командный стиль, хамское обращение с больными, презрение к науке. Не случайна защита им скандально известной спецпсихбольницы “Сычовка”, где эки используются в качестве санитаров, сохраняются тюремный режим и принудительный труд, охрана в форме. Л. Красавин пытался дезавуировать разрешение бывшего главного психиатра Москвы В. А. Тихоненко знакомиться членам НПА с медицинскими документами. Кстати, главный психиатр Московской области Поддубный, по поводу этого разрешения и нашей аналогичной просьбы сказал: “Я посоветуюсь с врачами ПБ” и для начала отказал. Чиновники от психиатрии не учитывают ни высокий профессионализм наших экспертов, ни членство ассоциации в WPA, ни дух времени, наконец. Легко представить себе, каково

положение на периферии. Мы знаем об этом от больных на наших комиссиях и из сотен приходящих писем. Летом этого года проф. И. Я. Гурович перечислял на одном из семинаров большой список регионов, где новации 1988 г. встречают жесткий отпор. Среди них Приморский край, Ставрополье, Ивановская и Калининградская области. Можно утешаться лишь тем, что общественный контроль психиатрических учреждений введен в текст проекта Закона.

Под эгидой нашей ассоциации ее почетный член д-р А. Корягин из Цюриха (бывший харьковский психиатр, осужденный в свое время за выдачу государственной тайны: передачу на запад 10 подлинных психиатрических историй болезни известных диссидентов) организовал Фонд материальной помощи неимущим, пострадавшим от злоупотребления психиатрией. Такие лица получают по нашим представлениям в течение полугода ежемесячное денежное пособие. Им же положено начало Фонду бесплатной раздачи лекарств. 1-ая такая партия передана нами психосоматическому отделению больницы им. Боткина.

В рамках ассоциации создан центр реабилитации жертв жестокости и пыток. Установлена связь с аналогичным центром в “Мемориале” во главе с Мариной Берковской и двумя международными центрами в Копенгагене и Лондоне. Планируется развернуть работу в Москве и Ереване.

НПА принимает активное участие и в реабилитации врачей-психиатров, в частности Юрия Львовича Массовера. В целях манипуляции общественным вниманием и настроением в период борьбы с правозащитным движением спецслужбами было сфабриковано этокое “грязное еврейское дело о взятках”. Подложность всех данных, на которых строилось обвинение Массовера давно установлена, в борьбе за его реабилитацию приняли участие и академик А. Д. Сахаров, и международная общественность, но наша Фемида неповоротлива и нетороплива. Характерно, что провокационную роль в этом деле сыграл и небезызвестный М. Г. Царегородцев.

Обратимся теперь к научно-практической деятельности ассоциации.

Каждый из Вас сможет и воочию убедиться в ней, и оценить ее. Она запечатлена в нашем научном сборнике – ежегоднике, представляющем труды прошлогоднего съезда, – 1-ом неподцензурном психиатрическом издании в нашей стране, и в первом номере нашего “Независимого психиатрического журнала”, а также в трех предстоящих сегодня и завтра научных заседаниях,

материалы которых составят очередной ежегодник. Мы предпочли пойти по пути тематических выпусков журнала и 1-ый номер по принципиальным соображениям посвятили антипсихиатрии, решительно отмежевываясь от составляющих ее суть политизации, экстремизма, полужнания и антинаучности. Ведь все это в своем логическом завершении является одним из проявлений пресловутой культурной революции. Для отечественной психиатрии это одна из ключевых проблем, так-как – в отличие от Запада – у нас благоприятнейшая почва для антипсихиатрических проявлений. Так что это – увя – надолго. Тем решительнее должен быть отпор аналогичным тенденциям в нашей собственной среде. В журнале отмечены такие примеры, но они множатся. Недавно я был свидетелем, как на Ученом совете института им. Сербского с приглашением судебных психиатров со всей страны, зам. директора института И. А. Кудрявцев, крайне грубо нападая на доклад В. П. Котова и кланяясь Г. В. Морозову – что само по себе тоже характерно – провозгласил, что основными факторами профилактики общественно опасных действий у психически больных являются не клинические характеристики, а личностные. Красиво, современно звучит, и многие стали это поддерживать. Но ведь психиатры должны заниматься в этой проблеме своим профессиональным делом, а не вступать на почву неизмеримо более зыбкую, ибо у нас нет – да и не могло быть в советский период – сколько-нибудь удовлетворительной теории личности. А без этого невозможна удовлетворительная интерпретация личностных методов исследования. Сколько вы найдете у нас сейчас персонологов? Между тем сама психиатрия всегда, до всех системных и личностных подходов, была и системной и личностной. Вот такой уход от своего предмета представляет характерную форму проявления антипсихиатрических тенденций.

Наряду с проблемой антипсихиатрии, мы сосредоточились на разработке наиболее актуальных, с нашей точки зрения, проблем психиатрической пропедевтики, психотического уровня психических заболеваний, латентных форм психозов, в частности, вялотекущей шизофрении и маскированных депрессий, паранойальных синдромов, индуцированных форм психических расстройств, права в психиатрии, проблемах реабилитации и психотерапии. Этим продиктована тематика наших изданий и настоящего съезда.

Наш ежегодник издан 5 тысячным тиражом, уже готов его английский перевод. Журнал издан 3 тысячным тиражом, вначале он будет выходить раз в квартал, а затем каждые два месяца. По

совету генерального секретаря WPA Лопес-Ибора, с которым я встречался в июле этого года, мы будем по возможности максимально низко оценивать свои периодические издания, стремясь к максимальной аудитории. В этой связи мы особенно нуждаемся в спонсорах, так как располагаем материалами для большой серии публикаций.

Предпринятые издания послужат не только оживлению творческой атмосферы в нашей науке, они будут полезны всем врачам- психиатрам и врачам-медицинским психологам – новой, недавно введенной профессии. Эту же цель преследовали наши выступления на научно-практических семинарах в НИИ психиатрии МЗ РСФСР и в институте им. Сербского. Мы провели, уже 2-ой год подряд, советско-голландский семинар-тренинг по семейной психотерапии с участием 3-х известных специалистов.

В июле я был приглашен выступить с лекцией о состоянии службы психического здоровья в регионе Восточной Европы и нашей страны на курсах Мадридского университета в Эскориале. Наша ассоциация приняла также участие в учреждении Советско-Американской Академии психотерапии, организованной по инициативе Теда Эйдмана из Майями, продолжателя Карла Роджерса.

При нашей ассоциации усилиями Американской психиатрической ассоциации создана Библиотека профессиональной литературы, которая, к сожалению, пока не развернута из-за отсутствия постоянного помещения, штаб-квартиры ассоциаций. Такое помещение предусмотрено в здании Центра по правам человека, о котором хлопочет сейчас руководство Московской хельсинской группы.

Однако самой обнадеживающей перспективой является полученное в октябре сообщение, что президент и генеральный секретарь WPA решили осуществлять очередную Президентскую образовательную программу WPA для нашей страны через посредство нашей ассоциации. Аналогичные программы уже осуществлены WPA для Латинской Америки и Юго-Восточной Азии. Это открывает перспективу создания центра усовершенствования по психиатрии, где бы читали лекции и вели клинические разборы ведущие зарубежные коллеги, с последующей стажировкой в больницах и исследовательских центрах Европы и Америки. Организация такого центра послужила бы не только повышению профессионального уровня наших психиатров и преодолению отрыва от мировой психиатрии, но также преодолению их правовой неграмотности и правового нигилизма и возвращению доверия к психиатрии и психиатрам у населения.

Осуществление этой программы через нашу ассоциацию избавит ее от опасности протекционизма и коррумпированности. Сделанное нам предложение – показатель высокой репутации НПА среди зарубежных коллег, чему способствовало в особенности сотрудничество с инспекционной комиссией WPA, руководимой проф. Бёрли. Это, в свою очередь, отражает наше собственное отношение к своей репутации и к понятию репутации вообще. Одна из наших целей – возвращение истинного смысла и веса понятию репутации, что превратило бы ее в действенный фактор формирования инфраструктуры общества. С полным сознанием ответственности за свои высказывания, мы не удовлетворяемся односторонними источниками информации. Здесь, как и с исследованием интеллекта: берясь оценивать кого-то – одновременно обнаруживаешь самого себя.

На юбилее Института им. Сербского наиболее яркое впечатление произвело выступление нового министра здравоохранения России известного ученого гематолога Андрея Ивановича Воробьева. “Меня взяла оторопь от приглашения сюда, в институт Сербского, – сказал он. – Кто тебе подаст руку после этого?.. Но не будем никого казнить! не будем ничего разваливать в момент, когда все разваливается...” Решительно отрицая примитивное расчленение на “наших” и “не наших”, которому природа, реальность никогда не соответствовали, мы так же не можем принять релятивизма нового руководства института Сербского. Его позиция – психиатры не виноваты, так как были продуктами своего времени – выражает апологию конформизма. Именно психиатр – и это входит в понятие его профессионализма – не должен идентифицироваться с государством, иначе он оказывается безропотным чиновником Министерства здравоохранения. Сохранение руководящего положения Г. В. Морозова действует развращающе. Сохранение института Сербского в прежнем виде консервирует его недавние традиции, повторит печальный пример Академии Педагогических наук. Сохранение на прежних постах М. Е. Вартамяна, Г. В. Морозова, Л. А. Красавина лучше всяких слов демонстрирует как мало у нас еще считаются с репутацией. Недавняя рецензия проф. Е. Личко на биографический словарь Андре Кёппера, представляющий черный список советских психиатров, начисто лишена попытки увидеть что-либо позитивное в этом предприятии. А ведь сколь многого достигают американцы, публикуя ежегодно список пяти лучших и пяти худших ВУЗов, больниц и т. д. Мы боремся за ликвидацию таких одиозных учреждений, как “Сычовка”. В осуществлении этой

задачи, а также в деле возвращения доверия населения к психиатрии велика роль прессы. Мы активно сотрудничаем с такими изданиями как “Экспресс-хроника”, “Новое время”, “Московские новости”, “Независимая газета”, “Известия” и рядом др., а также с многими зарубежными средствами массовой информации. Однако даже в достойные издания, из-за незнания репутаций, проникает грубая дезинформация. Например, М. Г. Царегородцев в “Курантах” выдал неслучайную проверку ОБХСС своей скандально известной организации за акцию КГБ, в “Горизонте” опубликована изобилующая передержками антипсихиатрическая статья Л. Теодорович, в “Комсомольской правде” и по Всероссийскому радио всерьез обсуждались типичные бредовые переживания как опробование средств психотронной войны. Все это отнюдь не безобидные вещи, требующие от нас выработки определенной, отнюдь не прямолинейной тактики. Мы в очередной раз с рубежа прошлого века вступили в эпоху чреватую высокой “психической заразительностью”, индуцированными реакциями, психическими эпидемиями, которые в наше время обычно лишены прежних экзотических форм, но как всегда являются выражением тотального общественного кризиса.

Единственная сфера, где мы пока не преуспели – это спонсорство. Фактически все сделано на энтузиазме, однако в это обычно не верят, словно нет других источников мотивации, кроме материальных. Впрочем, именно благодаря приобретенной репутации мы сможем в ближайшем времени решить и эту задачу. Следует отметить поворот к нам психиатрической общественности, вступление в наши ряды многих известных психиатров. Обретение своего печатного органа значительно облегчит и оживит нашу деятельность, позволит воздействовать на официальную психиатрию, будет способствовать приобщению к лучшим мировым достижениям службы психического здоровья.

В качестве первоочередных и тесно взаимосвязанных задач, на которых всем нам следует сосредоточить свои усилия, мы бы назвали: 1) доведение до конца законодательства о психиатрической и наркологической помощи в сочетании с созданием системы независимой экспертизы; 2) принятие международной классификации психических расстройств; 3) новый уровень усовершенствования психиатров с акцентом на психиатрическую пропедевтику; и 4) новую финансово-экономическую модель обеспечения психиатрической службы.

РАБОТА НЕЗАВИСИМЫХ ЭКСПЕРТНЫХ КОМИССИЙ

(IX. 1990 – VI. 1991)

Э.Л. Гушанский, В.М. Серпилин, Л.И. Архангельская

В течение отчетного периода экспертная работа проводилась двумя комиссиями еженедельно. В комиссии принимало участие, как минимум, трое врачей-психиатров. Было проведено свыше 400 обследований, в результате которых выдано на руки обращающимся 120 заключений, рекомендующих те или иные виды медицинской и социальной реабилитации.

Комиссии работали в условиях “информационной блокады”, т. к. за исключением москвичей, медицинские сведения и документы на которых передавались комиссиям в период работы главным психиатром г. Москвы В. А. Тихоненко, в отношении остальных лиц медицинские сведения НПА не сообщались и не сообщаются. Предлогом для этого служит та отговорка, что НПА является общественной организацией, хотя ныне ликвидированное МЗ СССР и действующее МЗ РСФСР понимают, что Приказ МЗ СССР №1333 от 29.12.1979 г. о порядке сообщения сведений о психическом состоянии граждан не содержит прямого запрета на информацию о психическом здоровье для организаций психиатров-профессионалов, занимающихся защитой прав и социальной реабилитацией.

К нам обращались за помощью граждане со всех регионов

бывшего Советского Союза, за исключением Армении. Кроме лиц, считающих себя пострадавшими от психиатров, в комиссии за консультацией в связи с психиатрическими проблемами обращались народные депутаты, члены общественных организаций, занимающиеся социальной защитой, адвокаты.

Все обращающиеся к нам с жалобами лица считали себя жертвами психиатрических репрессий вследствие либо ложно установленного диагноза, либо злоупотребления им.

Комиссия установила отсутствие ранее установленного психиатрического диагноза, приведшего к неотложной насильственной госпитализации и другим принудительным мерам медицинского характера в 8 случаях. Эти случаи, в связи с их экстраординарностью и грубым нарушением прав человека, рассматривались также в составе других комиссий (Институт им. Сербского, этическая комиссия Общества психиатров под председательством проф. Белова, комиссия психиатров Главного медицинского Управления г. Москвы) и комиссией Всемирной психиатрической ассоциации, подтвердившей изначальное отсутствие у представленных лиц психического заболевания.

В 25% случаев (102 человека) жалобы на неправомерность неотложной госпитализации и жесткую формулировку психиатрического диагноза комиссия сочла адекватными. Чаще всего в таких случаях психиатрический диагноз впервые устанавливался при конфликтах личности с администрацией трудового коллектива, семейных конфликтах, трудовых спорах. Госпитализация, в сущности, являлась попыткой разрешения конфликта, происходила с грубым нарушением действующих инструкций и служила методом использования психиатрии в немедицинских целях. В дальнейшем у целого ряда пациентов из этой группы в связи с длительной неразрешенностью социальных конфликтов выявлялись признаки паранойяльного развития с длительной многолетней фиксацией на психотравмирующей ситуации. Иными словами, нарушения прав личности являлись патогенетическим фактором, а неграмотные и противоправные психиатрические вмешательства лишь ухудшают состояние и социальное положение пациента. В этом плане можно констатировать наличие условий для использования психиатрии в репрессивных целях и в наше время.

Возможность использования психиатрии в немедицинских целях усиливается и правовой неграмотностью психиатров, особенно в отдаленных от крупных городов и медицинских центров психиатрических учреждениях. Нам нередко приходилось сталкиваться с незнанием рядовыми психиатрами и администрато-

рами основных принципов Положения о психиатрической помощи, утвержденного Указом ПВС СССР от 5.1.88 г. и Приказа МЗ СССР №225/88 г., основанного на этом Указе. Удручает также и то обстоятельство, что многие психиатры остаются невосприимчивыми к положениям о защите прав лиц, страдающих психическими расстройствами и, напротив, весьма подвержены административным влияниям.

В 12 случаях комиссия была проведена по рекомендации депутатов Моссовета или Мособлсовета в связи с требованием молодых людей о переводе их из психоневрологического интерната в интернат системы соцобеспечения общего типа. По нашей рекомендации их требования должны быть удовлетворены, т. к. степень имеющихся у них интеллектуальных и психических расстройств не столь велика, чтобы лишать их права выбора места проживания. Судьба этих молодых людей, как правило не имеющих родителей, печальна и поучительна. С детства они находятся в домах ребенка, детских домах, домах-интернатах для умственно отсталых, где возможности для развития и объективной оценки их способностей ограничены. При достижении совершеннолетия их, в большинстве случаев не спрашивая об их желании, и не предоставив возможности выбора, переводят в дома-интернаты для психохроников, где они находятся в окружении, по большей части, очень пожилых и глубоко дефектных психически больных.

В 10 случаях за помощью в НПА обращались родители в связи с их несогласием с решением медико-педагогической комиссии, по их мнению, низко оценившей интеллектуальные возможности их детей и лишивших их возможности обучения в массовых школах. Мы пока не имеем возможности для создания независимой медико-педагогической комиссии, но понимаем необходимость ее существования.

В 121 случае лица, обратившиеся в НПА, не протестовали против психиатрического диагноза и лечения, но выдвигали вполне адекватные и разрешимые на местах просьбы и требования, связанные с практической реабилитацией и социальной адаптацией. Это касалось возможности трудоустройства, изменения группы инвалидности, снятия ограничений в устройстве на работу, связанных с психиатрическими статьями в военных билетах.

Целый ряд пожилых людей (38 человек) сетовали на то, что психиатрический диагноз лишает их возможности лечиться в больницах и санаториях общесоматического профиля. Эти вопро-

сы, ради решения которых люди нередко преодолевают тысячи километров и десятки бюрократических препон, также связаны с ригидностью психиатрической службы, ее бюрократизацией и отсутствием альтернативных независимых психиатрических организаций, которые могут защитить права лиц с психическими нарушениями на местах.

Наконец, более 30% обратившихся (135 человек) — тяжело больные с психическими расстройствами бредового регистра. Тяжесть их болезни и отсутствие медицинской документации на этих больных не позволяли комиссиям выявить какие-либо нарушения прав при оказании им психиатрической помощи. Многих из них объединяла ненависть к психиатрии и психиатрам, связанная как с вынужденным многолетним стеснением в условиях психиатрических больниц, так и с инспирированным антипсихиатрическими публикациями в средствах массовой информации негативным отношением к психиатрии. К сожалению, наиболее горячих приверженцев антипсихиатрической кампании находит в среде душевнобольных, где она получает бредовую трактовку. Это представляет серьезную опасность для врачей и еще раз подводит к необходимости дать идейную, научную и практическую оценку советской антипсихиатрии, направленной, по нашему мнению, на то, чтобы отвести угрозу от психиатров, действительно причастных к карательной психиатрии, на ни в чем не повинных и добросовестных в своей массе врачей. Следует также отметить, что несколько больных из этой группы уже получили заключение об их психическом здоровье в т. н. Международном психиатрическом центре под руководством Царегородцева, что только подогревало их бредовую злобность.

Несмотря на вынужденные ограничения в выполнении профессионального долга, польза и необходимость работы независимых психиатрических экспертных комиссий очевидна. Авторитет НПА во многих случаях помог в социальной реабилитации больных. Многие из обратившихся к нам сняты с психиатрического учета по нашей рекомендации, у некоторых изменен ранее установленный диагноз. Достаточно было приезда председателя экспертной комиссии НПА в Воронежскую психбольницу, чтобы с Н., неправомочно направленного в спецпсихбольницу, являющегося жертвой карательной психиатрии, было снято принудительное лечение (такая космическая в наших условиях скорость связана с предстоявшим приездом комиссии ВПА, у которой были сведения о Н.). Мы получаем много писем с выражением благодарности за помощь в восстановлении на работе, снятии инвалидности и т. д.

Мы отдаем себе отчет в том, что наши комиссии выявляют лишь верхушку айсберга психиатрических злоупотреблений и вседозволенности и считаем необходимой повсеместную организацию независимых от официальной психиатрии служб, которые могли бы служить арбитром при многочисленных правовых и социальных конфликтах, возникающих при оказании психиатрической помощи. Для оплаты деятельности таких служб должны быть использованы многочисленные благотворительные фонды, контролируемые общественными организациями и комиссиями по защите прав граждан. Существует также необходимость в центральной независимой психиатрической службе, свободной от местных и местнических административных влияний.

Совершенно неразработанным является правовой аспект психиатрической реабилитации. Даже в тех случаях, когда наделенные полномочиями медицинские комиссии из самых авторитетных отечественных и зарубежных психиатров признают гражданина изначально здоровым и неправомерно подвергшимся психиатрической госпитализации и лечению, нет механизма восстановления поправных прав, персональной административной, судебной и материальной ответственности лиц, виновных в психиатрических репрессиях. Недаром до сих пор еще не было судебного прецедента по компенсации понесенного от неправомерного психиатрического вмешательства морального и материального ущерба. Надеемся, что полная посмертная психиатрическая реабилитация генерала Григоренко положит начало такой судебной процедуре. В этой связи необходимо создание в рамках нового содружества межгосударственной юридической и психиатрической службы реабилитации незаконно репрессированных, в том числе и в психиатрические учреждения.

ПРОЕКТ ПОЛОЖЕНИЯ О ЗАЩИТЕ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ И ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МОСКВЕ *

1. основополагающим принципом в отношении общества к гражданам независимо от их психического состояния, является презумпция психического здоровья.

Отклонения в психическом здоровье могут устанавливать только специалисты, имеющие право на оказание психиатрической помощи, в случаях, предусмотренных "Положением об условиях и порядке оказания психиатрической помощи", утвержденном Указом ПВС СССР № 8282 - XI от 05.01.88 г. Указанные специалисты - психиатры независимы в своих диагностических и иных решениях.

2. До введения в действие Закона о психиатрической помощи в РСФСР в качестве основного правового акта при психиатрических осмотрах и оказании психиатрической помощи следует пользоваться "Положением об условиях и порядке оказания психиатрической помощи", утвержденном Указом ПВС СССР № 8282 - XI от 05.01.88 г., а в качестве подзаконного акта - Приказом МЗ СССР от 21.03.88 г. № 225.

3. Права лиц, страдающих психическими расстройствами:

* Разработан членами НПА С. С. Гурвицем и Э. Л. Гушанским.

9. Запросы о психическом состоянии граждан, не оговоренные в п.п. 1-8 данного положения и УПК РФ, запрещены. нарушение должностными лицами п.п. 1-8 данного положения влечет за собой служебную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством РФ.

10. Категорически запрещается направление в психиатрическую больницу всех граждан, в том числе детей-сирот, воспитанников школ-интернатов и детских домов без предварительного психиатрического осмотра в качестве меры наказания или средства разрешения социальных вопросов.

Согласие на госпитализацию в психиатрическую больницу из детских учреждений для сирот должен давать попечительский или общественный совет, а не единолично директор.

11. Администрация психиатрических учреждений и их работники несут ответственность за соблюдение правовых норм при психиатрическом освидетельствовании и оказании психиатрической помощи.

12. Просить главного психиатра г.Москвы в течение 1992 - 1993 г.г. организовать подготовку психиатров в отношении соблюдения ими правовых норм, подготовить инструкцию по сертификации всех практикующих в его системе психиатров.

13. В соответствии с Указом ПВС СССР за 1988 год и Приказом МЗ СССР № 225 за 1988 год, единственным основанием для недобровольного помещения граждан в психиатрическую больницу является непосредственная опасность для больного и окружающих, обусловленная психическим заболеванием, а также психические расстройства, исключающие возможность понимания больным ситуации и требующие врачебного вмешательства для сохранения жизни и здоровья больного.

Решение вопроса о госпитализации в психиатрическое учреждение принимает врач-психиатр психоневрологического диспансера (консультации) или бригады скорой психиатрической помощи. Он несет персональную ответственность за принятое решение и строго придерживается инструкции о неотложной госпитализации, принятой в соответствии с Приказом МЗ РСФСР № 225.

14. Противоправное поведение граждан, независимо от того, состоят ли они под наблюдением психиатра или нет, требует немедленной реакции органов общественного порядка. Знание о психическом заболевании гражданина на должно служить препятствием для отправления правосудия. Психиатры обязаны следить за тем, чтобы при применении вынужденных мер стеснения не

нарушались права граждан с психическими нарушениями. О нарушениях таких прав психиатр обязан сообщить прокурору в течение суток.

15. Первичное психиатрическое освидетельствование граждан без их согласия, за исключением случаев, требующих неотложной психиатрической помощи, утвержденном Указом ПВС СССР за 1988 год, проводится только по письменному мотивированному заявлению граждан с разрешения главного психиатра.

16. Категорически запрещается принудительная госпитализация в психиатрическое учреждение несовершеннолетних только на основании конфликтов с родителями, педагогами, воспитателями и т.д. О каждом таком случае лица, сталкивающиеся с нарушениями прав при оказании психиатрической помощи, обязаны сообщать прокурору.

17. Психиатрическим учреждениям могут не отвечать на любые запросы, которые не соответствуют п.п.8-9 данного Положения.

Психиатрические осмотры, связанные с трудоустройством, могут приводиться только в случаях, предусмотренных Приказом МЗ СССР № 555 за 1988 год. При этом ответы для всех граждан, независимо от того, наблюдаются они психиатром или нет, должны быть конкретны и единообразны: "противопоказаний для данной работы нет", "противопоказаний для управления автотранспортом нет", "противопоказаний для проживания в квартире, заселенной несколькими семьями не имеет". Заключение о том, что гражданин может управлять автотранспортом дает медицинская водительская комиссия после получения сведений от всех специалистов. Заключение о профпригодности точно датируются и вписываются в общие медицинские карты или листы медосмотров; Штамп "на учете не состоит" на выходящих из психиатрических учреждений документах не ставится. При психиатрических противопоказаниях ответ на запрос дается только с согласия обследуемого.

18. Администрация психиатрических учреждений и психиатры, которым стало известно о нарушении частными лицами или учреждениями трудовых, имущественных, жилищных или иных прав граждан только на основании наблюдения их психиатром, обязаны с согласия дееспособных больных опротестовать эти действия в прокуратуру или суд на основании ст. 44 п. 5 ГК РСФСР и п. 32 Положения о психоневрологическом диспансере.

19. В случае несогласия граждан с заключениями психиат-

рических учреждений, ограничивающих их права в связи с психическими нарушениями, они могут обжаловать эти заключения главному психиатру или в суд в соответствии с законом. В качестве экспертов по желанию граждан могут привлекаться любые психиатры, когда на это есть их согласие. Такие ходатайства должны учитываться и в тех случаях, когда граждане не согласны с заключением судебно-психиатрической экспертизы.

20. В случаях недобровольной госпитализации по просьбе госпитализированных психиатры должны давать подробные объяснения представителям интересов больных. Сопровождение больных родственниками и законными представителями их интересов при госпитализации осуществляется по их просьбе. Для комиссионной проверки обоснованности недобровольной госпитализации по просьбе больных, их родственников и законных представителей могут быть привлечены любые психиатры, не работающие в учреждении (отделении), где находится данный гражданин.

21. Все неправильные действия психиатров, причиняющие ущерб гражданам при психиатрических осмотрах и оказании психиатрической помощи, учитываются при их аттестации (сертификации). К сертификации (аттестации) психиатров главный психиатр должен привлекать членов независимых психиатрических организаций.

Грубое нарушение психиатрами прав граждан при психиатрических осмотрах и оказании психиатрической помощи является основанием для досрочной сертификации и отстранения на определенный срок от выполнения профессиональных обязанностей.

ВЯЛОТЕКУЩАЯ ШИЗОФРЕНИЯ И ЛАТЕНТНЫЕ ФОРМЫ ПСИХОЗОВ

ДИАГНОСТИКА ВЯЛОТЕКУЩЕЙ ШИЗОФРЕНИИ

Ю. С. Савенко

Проблема латентных расстройств является одной из наиболее актуальных задач в развитии всех разделов современной медицины и выражает ее профилактическую направленность. Однако особое положение психических заболеваний, особое отношение к ним в обществе, социальные последствия такого рода диагностики, превращают эту проблему в психиатрии в качественно особую, даже имея в виду СПИД и проказу. Так, вялотекущая шизофрения была – наряду с паранойяльным развитием личности – наиболее популярным диагнозом для диссидентов. Беззащитное злоупотребление этим диагнозом в политических и других немедицинских целях породило у некоторых сомнения в его реальности. Однако это явления одного порядка.

Латентные расстройства – реальный факт, ставящий нас перед целым рядом наиболее сложных проблем. Представление о латентной шизофрении, начиная с Е. Блейлера (1911) и до сих пор, характеризуется значительными разногласиями почти во всех аспектах. Много лет проработавший с А. В. Снежневским проф. А. К. Ануфриев писал в 1989 году: “Л. Загальский обвиняет А. В. Снежневского в создании концепции ”вялотекущей шизофрении”. Но такой концепции вообще нет. Трудно представить, что столь недобросовестную информацию журналист получил от профессиональных психиатров... Снежневский употреблял термин

“вялотекущая шизофрения” не в смысле какой-то особой формы шизофрении, а смысле или предшествующего шизофреническому психозу непсихотического этапа заболевания, или последующего такого же вида послеприступного периода” [1]. Концепция малопрогрессирующей (вялотекущей) шизофрении и рассмотрение ее в качестве самостоятельной формы принадлежит не Снежневскому, а А. Б. Смулевичу, посвятившему этой проблеме в 1987 г. целую монографию [2]. Вялотекущая шизофрения предстает здесь как очерченная форма, которой присуща “характерная, отражающая особенности ее динамики, ”логика” развития”:

латентная стадия развития (допрогрессирующая по Б. Д. Фридману, 1934, и допроцессуальная по С. И. Гольденбергу, 1934), которая может растягиваться на многие годы (собственно латентная шизофрения);

активная стадия полного развития болезни с манифестацией позитивных расстройств и

резидуальная стадия стабилизации в виде различных псевдопсихопатий.

Налицо искусственная формальная конструкция: Смулевич вынужден сам признать, что 1-ая стадия нередко растягивается на всю жизнь [3, 336]; и что она с самого начала представляет “изменения, которые обычно возникают после перенесенного шизофренического сдвига, однако у описываемых больных перенесенного приступа выявить не удается” [4, 445], что смыкает его 1-ую и 3-ью стадии. Наконец, полностью игнорируется возможность выздоровления.

В самом ответственном месте своей монографии, где излагается ее кредо – “Концепция”, Смулевич впадает в наукообразную тавтологию: вялотекущая шизофрения является “не затянувшейся (как иногда полагают, на всю жизнь) стадией, предшествующей манифестному психозу, но самостоятельной формой эндогенного процесса” [2, 11]. Но ведь эти иные понимают под вялотекущей шизофренией то, что Смулевич под ее латентной стадией, про которую сам пишет, что она может растягиваться на всю жизнь.

Итак, Смулевич разводит понятия вялотекущей шизофрении и латентной шизофрении, как самостоятельного варианта первой. Между тем, по признанию Р. А. Наджарова и того же Смулевича [3, 334] “чаще всего” понятие вялотекущей шизофрении используется для обозначения инициального, ”остановившегося на полпути” или резидуального незавершенного этапа эндогенного процесса. Такой подход является несомненно более гибким,

так как все характеристики течения эндогенного процесса, то есть, и сам тип течения, и темп формирования дефекта не являются чем-то застывшим, раз и навсегда данным, а могут меняться, составляя сложные индивидуальные траектории. Использование же термина, предполагающего жесткую трехчленную стадийность, насилует и искажает реальность, способствует путанице. Именно здесь лежит тот поворот, в результате которого, в угоду предвзятой схеме качественно различные состояния превращаются в континуум закономерно сменяющих друг друга стадий. Подобным же образом смазывается принципиальное различие непсихотических и психотических форм. Именно такая концепция вялотекущей шизофрении противостоит американской, которая включает вялотекущую шизофрению в рубрику личностных расстройств (DSM-III), что автоматически избавляет больных от множества социальных последствий, на которые они обречены у нас. А ведь они составляют около половины общей популяции больных шизофренией [3, 334]. Открытое и наиболее резкое столкновение этих двух концепций произошло, когда в 1986 г. *British Journal of Psychiatry* опубликовал статью проф. Н. Merskey совместно с эмигрировавшей из Советского Союза Б. Шафран: "Политические опасности диагноза: вялотекущая шизофрения" [5], в 1987 г. в Корсаковском журнале появился ответ Смудевича: "Вялотекущая шизофрения – миф или клиническая реальность?" [6] и в 1989 г. в *British Journal of Psychiatry* Б. Шафран, Н. Merskey и Б. Зубок поместили перевод этой работы Смудевича и сопроводили ее подробным уничтожающим комментарием [7–8]. Называя доводы оппонентов "попытками создать видимость научной аргументации", сам Смудевич таких попыток явно не делает. Для него главное, принципиально важное, что не мы первые, и не только мы выделяем вялотекущую шизофрению. А квалификация этих форм как психотических, а не личностных и надежность этой квалификации для него "частный вопрос", по которому "нет смысла вступать в дискуссию". Смудевич постоянно использует сходный защитный прием. По поводу современных данных о генетической самостоятельности малопрогрессирующей шизофрении, он пишет, что это "не противоречит" рассмотрению этой формы в спектре шизофрении, а не самостоятельного заболевания. По поводу клинических примеров вялотекущей шизофрении, где отсутствуют какие-либо признаки, которых бы не бывало у здоровых, Смудевич заключает: "это еще не дает оснований ни полностью отвергнуть предположение о медленно развивающемся эндогенном процессе, ни со всей определенностью

утвердиться в противоположном мнении". Здесь мы сталкиваемся с решительным отрицанием презумпции психического здоровья, а чуть дальше с апологией отрыва от мировой психиатрии. Школа Снежневского провозглашается "национальной", а концепция вялотекущей шизофрении, принадлежащая, как мы видели, самому Смудевичу, "по объему и уровню обобщения научных фактов, является важным вкладом в клиническую психиатрию". Сотрудникам Снежневского приходится самим оценивать себя таким образом, о национальном признании нет и речи. В рецензии на монографию Смудевича иронично говорится: "с выходом в свет рецензируемой книги мы значительно приблизились к разрешению проблем малой психиатрии, в которой, по образному выражению О. Кербилова, "границы между отдельными клиническими формами не столько разделяют, сколько соединяют клинические формы... При переиздании монографии... желательно рассмотреть вопросы дифференциальной диагностики с другими пограничными состояниями" [9].

В контексте сказанного уже не удивляет отрицание Смудевичем гипердиагностики вялотекущей шизофрении в нашей стране в 60 – 80-е годы, хотя это общеизвестный и хорошо документированный факт.

Наиболее адекватной моделью для обсуждения вялотекущей шизофрении являются латентные депрессии, как более простой и лучше изученный пример психических заболеваний. Опираясь на многолетний опыт изучения латентных депрессий [10], я постараюсь очертить наиболее важные следствия такого сопоставительного анализа.

Каждая психопатологическая картина должна квалифицироваться в следующих самостоятельных аспектах: 1) по характеру синдрома; 2) по полноте феноменологической представленности (манифестные, редуцированные и латентные); 3) по глубине дезорганизации психической деятельности (психотические и непсихотические); 4) по типу течения (непрерывные, периодические, приступообразные) и 5) по нозологической природе.

Наибольшую актуальность приобретают неврозоподобные и психопатоподобные синдромы, так как нераспознавание эндогенности чревато принципиально другой терапевтической тактикой.

В отношении градации полноты феноменологического выражения различных синдромов важно различать редуцированные (легированные, мягкие) и латентные (ларвированные, скрытые, маскированные) формы [10, 11]. Смешение этих форм смазывает всю остроту проблемы латентных расстройств и ее особый

специфический характер. Принципиальным отличием латентных форм является диссоциация, несоответствие внешнего выражения состояния как характеру синдрома, так и действительной глубине дезорганизации психической деятельности (всегда в сторону ее недооценки), тогда как при редуцированных формах внешнее выражение всегда соответствует характеру синдрома, и по крайней мере, имеет тенденцию к пропорциональному изменению с глубиной дезорганизации.

Отсутствие четкости в этом вопросе приводит к тому, что редуцированные формы часто называются латентными, а латентные при описании усиливаются до редуцированных. Между тем, латентными следует называть лишь те формы, где выпадают основные диагностические опоры: прогрессивность и значительная часть негативных расстройств.

Что касается наличия прогрессивности (утяжеление и усложнение) симптоматики, то на практике под эту категорию легко подводятся естественные – особенно отчетливо выступающие при вялотекущей шизофрении в силу длительных (до нескольких десятков лет) отрезков времени – проявления характерологического развития, возрастного заострения, всевозможных реакций на жизненные ситуации. Игнорирование разнообразных форм нормального развития, динамики психопатий, в немалой мере было связано с фактически полной неразработанностью этих вопросов, длительным полным отсутствием психологии личности. В этом контексте всякое изменение личности легко трактовалось как прогрессивность, хотя правильнее было бы сказать, что отсутствие всякого развития еще в большей мере патологично.

Традиционный критический вопрос в отношении любых латентных расстройств, – “а где доказательства, что это действительно депрессия или шизофрения?” – часто заставляет усиливать, огрублять при описании то, что на деле является нюансами, если вообще есть. Единственный способ избежать этой трудности – это исследовать в качестве модели латентных форм различные фазы послабления симптоматики несомненных эндогенных депрессий и шизофрении.

Если Наджаров писал в 1969 г. “следует подчеркнуть относительность выделения отдельных типов вяло протекающей шизофрении на синдромальной основе”, так как преобладают смешанные формы, где сочетаются самые различные симптомы [12, 66], то Смулевич предпочитает все же описание по синдромам. Но тогда это либо не латентные формы шизофрении, либо грубое искажение этих форм, так как по определению

латентной формой не могут быть ни мономорфные, ни полиморфные синдромы. Латентные формы являются аморфными и этого ни в коем случае не следует смягчать, следуя прямоте П. Б. Ганнушкина с его “шизофренией без шизофрении”.

Если Наджаров писал в 1969 г., что вяло протекающая шизофрения никогда не достигает степени глубокого эмоционального опустошения [12, 62], то Смулевич в совместной с Наджаровым главе руководства 1983 года начинает раздел о вялотекущей шизофрении с этой же фразы [3, 333], а кончает признанием наличия эмоционального опустошения [3, 355]. То же самое легко увидеть в предпринятой в 1987 г. и имеющей принципиальное значение попытке сотрудников Смулевича описать тот тип дефекта при вялотекущей шизофрении, который “целиком” или “почти полностью” исчерпывается психопатоподобными негативными изменениями, то есть, “явлениями фершробен не в широком смысле (*Verschrobenheit*), когда они составляют часть грубых негативных изменений, наступающих при психотических формах шизофрении, а в узком (по Е. Краепелин), то есть, о группе больных шизофренией, подобных чудаковатым личностям, описанным П. Б. Ганнушкиным и другими исследователями в рамках шизоидной психопатии” [13]. Авторы не только описали это “узкое”, как более утрированное, они тут же – в противоречии с замыслом – описали у тех же больных выраженный аутизм и эмоциональное оскудение. Получилось, что если при приступообразной шизофрении образование дефекта, как известно, завершается уже на ранних этапах болезни в молодом возрасте, после одного-трех приступов, а затем механизмы приступообразования и прогрессивности независимы [3, 377], то вялотекущая шизофрения, начавшись исподволь в 3–7 лет, приводит к 25–30 годам к такому аутизму, который сопровождается обеднением внутреннего содержания, достигавшим степени снижения уровня личности. И тем не менее из 30 больных 22 получили высшее образование, а 27 сохранили трудоспособность спустя 10–38 лет после формирования пресловутого дефекта. Но даже из этого противоречивого описания, более похожего на искусственную ретроспективно сконструированную схему, следует, что в вялотекущей шизофрении самое грубое это не сама болезнь, а дефект, *residua*. Причем остается совершенно непонятным, что позволило авторам использовать понятие болезни. Ничего мало мальски убедительного в этом отношении они не приводят. Отсутствовали все общепризнанные диагностические опоры: не было ни резкого характерологического сдвига, ни

снижения работоспособности, ни нарушений мышления. Что касается “резкого снижения коэффициента стандартности актуализации речевых связей”, то простой констатации одной необычности совершенно недостаточно. Этот показатель свидетельствует только о девиации. Авторы умалчивают, что сам Ю. Ф. Поляков получил по этой методике одинаковые данные у больных вялотекущей шизофренией и математически одаренных психически здоровых школьников [14, 86]. Итак, если настолько уязвима работа из единственной в стране “клиники малопрогрессирующих эндогенных заболеваний и пограничных психических расстройств”, то сколькими ошибками чревата квалификация вялотекущей шизофрении рядовыми психиатрами. Ведь по словам самого Смулевича, такая квалификация “затруднительна даже для опытного клинициста”. К сожалению, монография Смулевича не облегчает этой проблемы, она не дает новых клинических разграничений и совершенно игнорирует экспериментальные возможности, которые при латентных расстройствах приобретают важнейшее значение. Все 10 клинико-описательных типов вялотекущей шизофрении, которые Смулевич почему-то именует критериями, описаны им не как стертые, латентные, а как субпсихотические. Однако надежность такой квалификации связана с наличием при них ряда действительных критериев шизофрении. Эти критерии сформулированы в наиболее авторитетном советском руководстве по психиатрии 1983 г. Диагностика малопрогрессирующей и рекуррентной шизофрении опирается на наличие прогрессивности и негативных (дефицитарных) расстройств, представляющих “специфические изменения личности”: эмоциональное уплощение, снижение психической активности, нарушение единства личности, неадекватные реакции и отрыв от реальности, специфические расстройства мышления [3, 395]. Достоверными признаками прогрессивности могут быть лишь соответствующие конкретные доказательства болезненного, процессуального происхождения усугубления негативной симптоматики.

Характерно, что если из приведенной системы негативных расстройств, еще до 60-х гг. главным считались нарушение единства личности и гипобулия, то затем на первое место выдвинулись эмоциональное уплощение и снижение психической активности.

Помимо архаичности представлений о “специфических” изменениях личности и мышления, следует отметить, что категории, в которых сформулированы названные критерии,

являются не описательными, а квалифицирующими, не феноменологическими, а индуктивными. Поэтому для квалификации каждого из критериев необходима целая система предварительных описательных характеристик.

Для эмоционального уплощения это: холодность к матери, детям, отсутствие синтонности при общении, аффективная неподвижность и монотонность даже при “нажатии” на болевые точки, общее феноменологическое впечатление “пустоты”, “холодности”, “застылости” эмоциональной жизни больного. Клиницист не станет прибегать к терминам “эмоционального уплощения”, “синтонности”, если больной напряжен, тревожен, охвачен каким-либо сильным переживанием. В таком контексте указанные характеристики не могут как правило достоверно проявиться и поэтому неуместны. Только подмена свободного общения с больным формализованным опросником, где есть такая графа, либо догматическое использование списка известных критериев, часто посредством прямых вопросов, позволяет автоматически получать ответы, достоверность которых весьма сомнительна. Также сомнительна, в силу внеконтекстуального рассмотрения квалификация эмоционального уплощения в случаях монотонной интонации при рассказе о высоко значимом, когда не считаются ни с текущей ситуацией (например, перед большим залом или ответственной комиссией), ни с тем, сколько десятков раз это было выговариваемо, ни с доминирующим эмоциональным фоном аффективной напряженности или депрессии. Обывателя от профессионала отличает постоянное смешение феноменологических и индуктивных категорий. Метафоричность выражения “эмоциональное уплощение” придает этой индуктивной категории характер феноменологической, описательной категории, в качестве которой ее нередко используют. Все это приводит к тому, что квалификация “эмоционального уплощения” часто осуществляется совершенно произвольно с удивительно безответственной легкостью, на уровне обывательских стандартов, вне всякой индивидуализации, на основании субъективного впечатления, незнакомого как правило ни с феноменологией, ни с психологией личности, не прошедшего тренингов по эмпатии и несуггестивному опросу. Происходящее здесь смешение феноменологических и индуктивных категорий, фактическое выпадение феноменологического этапа, либо крайне неудовлетворительный уровень феноменологической процедуры, легко приводит к мнимому обнаружению того, что содержится лишь в собственной предвзятой установке. Превращаясь в шаблон, этот признак не просто не

работает, а вводит в заблуждение. Явление, обозначаемое как эмоциональное уплощение, гетерогенно: это и следствие особых жизненных обстоятельств у здоровых, и самооговоры депрессивных больных, и ожесточенная гиперболизация психопатов, но даже в достоверных случаях шизофрении более точным является понятие эмоциональной неадекватности, так как нередко больные обнаруживают достаточную дифференцированность и тонкость чувства в значимой для них сфере. Наконец, совершенно не используются даже те немногие объективные свидетельства эмоционального снижения, которые хорошо известны. например, очень информативны всевозможные пробы на эмпатию, данные проективных личностных тестов, а также характеристики интонации и пороги цветоощущения.

Чрезвычайно широко понимаемое снижение психической активности как снижение мотивационного потенциала, целиком вытеснило прежнее намного более конкретное и адекватное представление о волевом снижении. При этом игнорируются разнообразные вторичные истоки снижения психической активности, как депрессивные, так и дисэнцефально-органические, четкую дифференциацию которых дал W. Klages [15]. Как раз психопатоподобные формы шизофрении параноического и гипертимного круга – прекрасный пример высокой психической активности наряду с явной гипобулией, то есть неспособностью к принятию новых жизненных решений, гибкому поведению, устойчивой целенаправленности деятельности вне доминирующей идеи, устойчивости активного внимания.

Квалификация “неадекватных реакций” и “отрыва от реальности” осуществлялась с обывательских и верноподданно-охранительных позиций. В результате всякий неконформизм и любые нестандартные поступки выглядели подозрительно с точки зрения так понимаемой нормы. Например, добровольный переход на социально более низкую ступень, отказ от ВУЗ’а, невзирая на логику доказательств и реальное положение вещей, оценивались с точки зрения формальной догмы. Независимое поведение на консультации нередко воспринималось как “неадекватно повышенное чувство самоуважения” и “снижение чувства дистанции”. Попытки протеста, упорное отстаивание своих прав, борьба с высокими инстанциями расценивались как оторванное от реальности “битье головой о стенку”. Чтобы попасть в психиатрическую больницу было достаточно послать телеграмму генеральному секретарю.

Теперь о так называемых специфических нарушениях

мышления. Будучи много лет сотрудником ведущих патопсихологических лабораторий, я хорошо знаю практику их работы. Чисто качественный подход Б. В. Зейгарник к анализу данных психологического эксперимента с принципиальным отказом от каких-либо статистических нормативов мог быть продуктивным только при условии очень высокого индивидуального уровня профессионализма, чего – к сожалению – часто не было. Достаточно указать хотя бы на неправильное, расширительное – несмотря на постоянные разъяснения Зейгарник – использование одного из важнейших понятий – “соскальзывания”. Квалификация последнего уместна лишь в случаях, когда испытуемый не просто соскользнул на другое логическое основание, но упорствует в этом, не поддается коррекции. Частое игнорирование этого разъяснения ведет к психологической гипердиагностике так называемых специфических нарушений мышления. Наконец, эти последние были сформулированы столь общим образом, что от специфики ничего не осталось. Ю. Ф. Поляков, возглавлявший психологическую лабораторию института психиатрии АМН СССР, вообще объявил несостоятельными такие классические понятия как “расщепление”, “разорванность”, “соскальзывание” [16], которые как раз и выражают характерное в нарушениях мышления при шизофрении. Никогда не занимаясь диагностической работой, он выдвинул в качестве основы шизофренического нарушения мышления его “разноплановость”, сводя ее к равновероятностной актуализации существенных и второстепенных признаков объектов, при сохранности операционной стороны мышления и формально-логической правильности суждений. Полякова не смутило, что аналогичные нарушения были обнаружены у здоровых родственников больных шизофренией. Характерны они и для любой формы аффективной дезорганизации, отражая скорее остроту состояния. не смутил Полякова и целый пласт данных, противоречащих его концепции, собранный В. Гольденбергом, диссертация которого была благополучно провалена. Ссылки на все эти источники у Полякова и его сотрудников, конечно, отсутствуют. Последнюю монографию Полякова с сотрудниками [14], как и предшествующую [16], отличает полное непонимание цитируемых авторов-психопатологов, в частности, в силу искаженного представления об их теоретических основаниях и о самом соотношении психопатологии и патопсихологии. Для многолетнего парторга института психиатрии АМН СССР все они – идеалисты. Вместо использования личностных методов исследования Поляков ограничивается утверждением, что личность определяется своеобразием мышления,

прежде всего его потребностно-мотивационной стороны. А затем, на уровне незамысловатой интерпретации все разнообразные проявления шизофренического дефекта рассматриваются как следствия нарушения потребностно-мотивационных факторов психической деятельности, которая и составляет "психологическую основу" аутизма, эмоциональной опустошенности, чужаковатости и т. д. Психологическая основа выступает здесь как сверхобобщение, а не индивидуализация, и совершенно бесплодна. Работа не несет ничего нового, более того: известные, давно ставшие банальными положения попросту переложены на собственную систему понятий значительно более низкого концептуального уровня и выдаются за новации. Так, М. О. Гуревич и М. Я. Серейский громятся Поляковым за подход якобы с позиций функциональной психологии, который он усматривает в утверждении, что "у больных шизофренией нарушается мышление при сохранности предпосылок интеллекта", хотя это классическое положение К. Ясперса не имеет никакого отношения к функциональной психологии, целиком сохраняет свою силу и через страницу повторяется самим Поляковым как собственный результат [14, 194, 196].

Хорошо видно, что дело не в самих критериях, а в их применении и в общей концепции шизофрении школы А. В. Снежневского. Получив после Павловской сессии 1952 года монополию на власть в психиатрии, Снежневский возглавил институт, который целиком занялся проблемой шизофрении, как главной, центральной. Это сосредоточение усилий на одной проблеме очень скоро привело к хорошо известным эффектам переуточнения и расширения. Исследователи часто склонны видеть во всем то, чем они занимаются. Сходные черты невольно акцентируются, определяя соответствующую квалификацию. Это касается и отдельных заболеваний и таких общих категорий как "рефлекс", "установка", "гештальт", "система". Все эти понятия пережили безграничное расширение и девальвацию, спасением от которой был запрет W. Kohler своим сотрудникам использовать понятие гештальт, заменяя его конкретными характеристиками.

В конечном счете, общесиндромологические закономерности были описаны как закономерности шизофрении, понятие эндогенного использовано синонимически понятию шизофренического, наконец, шизофреническим стал любой хронический психоз, включая приступообразно повторяющийся. Это решительное преобладание общего над частным, конкретным, фактически привело Снежневского к концепции единого психоза. При этом, игнориро-

валось принципиальное указание взятого за образец Klaus Conrad о том, что он дает лишь общую гештальт-теорию психиатрии, дифференциальную гештальт-теорию только еще предстоит разработать [17]. Снежневский остановился на общей части, частное ему уже не требовалось. Все стало шизофренией.

Погружение в тонкости при обращении к краевым, abortивным и латентным формам психических расстройств, за счет которых шло расширение диагноза шизофрении, выделение целого ряда новых форм на самом деле имеют определенный предел точности. Здесь как со шкалами: можно и в 10 раз увеличить разбивку шкалы, но точности это не прибавит.

С другой стороны, смутные формы (indistinct forms) представляют своего рода грандиозный проективный тест, когда неопределенный стимульный материал позволяет отразить установки самого наблюдателя, "подтверждая" любые из них, в данном случае предвзятую концепцию Снежневского. Аналогичный феномен имел место у Смудевича даже при ссылок на работы других авторов. Шафран с соавт. [8] убедительно показала, что фактически все (!) ссылки Смудевича на зарубежных авторов несостоятельны. Налицо установка на одно только общее с исповедуемой концепцией, полное игнорирование различий, поразительная небрежность с источниками. Это касается также многих ссылок на отечественных авторов, например, школу Н. П. Бруханского, пытавшуюся сузить и уточнить понятие шизофрении.

Мы видим здесь плоды полного игнорирования феноменологии как специальной техники непредвзятого описания и, таким образом, как основы пропедевтики. Культивировавшийся в Советском Союзе принцип партийности науки, длительный отбор кадров соответствующего уровня и склада, атмосфера рабского начетничества либо двоедушие и двоемыслие неизбежно ведут к ошибкам и самообману. Эти условия сделали Снежневского жертвой еще и феномена Пауля Каммерера*, то есть услужливой

* Paul Kammerer (1880-1926) - известный австрийский зоолог, отчаянно защищавший реальность наследования приобретенных признаков и пытавшийся подтвердить это экспериментально. Успех этих экспериментов вызвал недоверие ученых Запада. В Советском Союзе эта критика была расценена как реакционная кампания и Каммереру была предложена кафедра в Институте красной профессуры. Он уже отправил семью и библиотеку, как выяснилось, что главное доказательство дела его научной жизни - фальсификация. Каммерер покончил жизнь самоубийством. Анализ этой истории привел исследователей к убеждению, что это дело услужливого сотрудника.

более или менее сознательной подгонки и фальсификации рядом сотрудников научных данных в подтверждение концепции патрона.

В результате, шизофрения поглотила шизоаффективные психозы и атипичные формы маниакально-депериссивного психоза, значительную часть симптоматических психозов и часть пограничной патологии, в частности, паранойальное развитие личности. Таким образом, дошло даже до смешения патологии и болезни. Мы нередко сталкиваемся с этим и у ряда наших ведущих специалистов. Между тем, в отличие от континуиального перехода нормы в патологию, здоровье и болезнь разделяет достаточно четкая граница, называемая психотическим уровнем дезорганизации психической деятельности. Отсутствие разработки этого важнейшего вопроса в специальной советской литературе создает безграничные возможности для всевозможных спекуляций с легированными и ларвированными формами шизофрении. На это у нас уже неоднократно обращалось внимание.

О том, что концепция шизофрении в школе Снежневского превратилась в догматическую предвзятую схему, убедительно свидетельствует обобщенный анализ большой серии эпидемиологических исследований шизофрении за 1979–1985 г.г., предпринятый представителями этой школы. Это исследование привело к математической модели стационарного пуассоновского процесса, что автоматически отвергает саму категорию течения заболевания и значимость всех клинико-патологических характеристик! Из этого следует разнородность состояний, трактуемых как шизофрения, и неадекватность концепции последней [18].

Понятие латентной шизофрении используется большинством авторов синонимически с понятием непсихотических форм. Неразличение и смешение этих понятий упрощает проблему и оглушает позицию оппонентов. Упомянутая выше необходимость квалификации синдромов в пяти самостоятельных аспектах, разводит квалификацию по полноте феноменологического выражения и глубине дезорганизации психической деятельности. И хотя чаще всего латентные шизофрении действительно являются непсихотическими, нельзя забывать о возможности несовпадений. Наш опыт исследования латентных депрессий позволил сделать принципиально важный вывод: латентные формы могут быть психотическими [10, 19]. Это те случаи, где решающее значение приобретают экспериментальные методы.

Клиника и эксперимент дополняют друг друга. Нельзя сказать, что эксперимент чувствительнее, тоньше клинико-

психопатологического метода. Эти обозначения уместны только внутри каждого из этих методов. Сколько угодно случаев, где больной прекрасно справляется с тестами на мышление при наличии несомненных клинических признаков нарушений мышления, как и таких, где клинический метод ничего не дает, а эксперимент обнаруживает выраженные нарушения. Это связано с многоуровневой организацией психической деятельности, различием “макро”- и различных “микро”-подходов исследования. Разработка и использование экспериментально-психопатологических и экспериментально-психологических методов – наиболее перспективный путь выявления психотических форм прежде всего среди латентных расстройств.

Признавая сейчас гипердиагностику шизофрении, некоторые советские авторы пеняют на несовершенство и субъективизм клинического метода, смыкаясь, таким образом, с антипсихиатрами [20]. При этом игнорируется, что дело в советском исполнении клинического метода, а не в нем самом. Игнорирование феноменологии, откровенная тенденциозность, отрыв от мировой психиатрии, монополизм одной школы – все это естественные следствия тоталитарной системы общества. И мы в этом отношении – урок и предостережение для всех.

Итак понятие вялотекущей шизофрении продолжает использоваться в разных смыслах:

1) А. Б. Смулевичем и другими эпигонами школы А. В. Снежневского – как самостоятельная форма шизофрении с четкой закономерностью 3-х стадийного течения. Такой подход содержит фактически все для объявления вялотекущей шизофрении самостоятельным заболеванием: достаточно простого поворота от крена в широко обобщающий – к дифференцирующему подходу. Между тем Смулевич акцентировал принадлежность вялотекущих форм к шизофрении со всеми вытекающими отсюда социальными ограничениями.

2) Подавляющим большинством зарубежных и многими отечественными авторами – как фактически синоним разнообразных непсихотических форм шизофрении, а американскими авторами – как расстройства личности.

3) На основании сопоставительного анализа с латентными депрессиями в настоящем сообщении показано необходимость дальнейшей дифференциации: латентная шизофрения чаще всего, но не всегда, является непсихотической. Необходима разработка экспериментальных критериев психотической глубины для латентных форм шизофрении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ануфриев А. К. — "Независимый психиатр. журн." 1991. 1. 13.
2. Смулевич А. Б. — Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. М., 1987.
3. Снежневский А. В. (ред.) — "Руководство по психиатрии". М., 1983. Т. 1.
4. Морозов Г. В. (ред.) — "Руководство по психиатрии". М., 1988. Т. 1.
5. Merskey H., Shafran B. — "Brit. J. Psychiat". 1986. 148. 247-256.
6. Смулевич А. Б. — "Журн. невропат. и психиатр." 1987. 12. 1866-1871.
7. Smulevitch A. B. — "Brit. J. Psychiat". 1989. 155. 166-173.
8. Shafran B., Merskey H., Zoubok B. — "Brit. J. Psychiat". 1989. 155. 174-177.
9. Виш И. М. и др. — "Журн. невропат. и психиатр." 1988. 12. 111.
10. Савенко Ю. С. — Скрытые депрессии и их диагностика (методич. реком.). М., 1978.
11. Ануфриев А. К., Либерман Ю. И., Остроглазов В. Г. — Глоссарий психопатологических синдромов и состояний. М., 1990.
12. Снежневский А. В. (ред.) — Шизофрения. М., 1969.
13. Воробьев В. Ю., Нефедьев С. П. — "Журн. невропат. и психиатр." 1987. 9. 1378-1382.
14. Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф. — Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М., 1991.
15. Klages W. — Der menschliche Antrieb. Stuttgart, 1967.
16. Поляков Ю. Ф. — Патология познавательной деятельности при шизофрении. М., 1974.
17. Conrad K. — "Nervenarzt". 1960. 31. 6. 267-273.
18. Вукс А. Я., Иовлев Б. В., Стяжкин Д. Д. — "Журн. невропат. и психиатр." 1987. 9. 1419-1421.
19. Савенко Ю. С. — Тревожные психотические синдромы. Докт. дисс. М., 1974.
20. Зорин Н. А. — "Философские науки." 1989. 8. 42-52.

К ПРОБЛЕМЕ МАЛОПРОГРЕДИЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Т. И. Ростовцева

Терминологическое разнообразие при определении малопрогрессирующей шизофрении отечественными и зарубежными психиатрами (непсихотическая — Л. М. Розенштейн, 1933; рудиментарная — Ю. В. Каннабих, 1934; предфаза шизофрении Т. И. Юдин, 1941; ларвированная — А. В. Снежневский, 1963; псевдоневротическая — Р. Н. Hoch, Ph. Polatin, 1949; abortивная — W. Mayer, 1950; прешизофрения — Н. Еу, 1957) отражает различие позиций отдельных авторов и школ, варьирующих от полного или частичного отрицания этих форм шизофрении до неоправданно расширительной их диагностики. Выделение малопрогрессирующей шизофрении в самостоятельную форму (А. Б. Смулевич, Р. А. Наджаров) оспаривается рядом исследователей, расценивающих ее как инициальный, продромальный этап шизофренического психоза (А. Marian, 1955; А. Simko, 1968). Среди западных исследователей широкое распространение получила концепция borderline states (У. С. Junderson, 1977, 1979; Т. Aarcrog, 1981), охватывающая нозологически различный круг невротических, психопатических, аффективных и других непсихотических нарушений, в том числе и borderline шизофрению.

Наряду с клиническими сложностями распознавания малопрогрессирующих вариантов шизофрении и различием в диагностических взглядах трудности выявления этих больных связаны с определенной толерантностью населения к живущим в данной среде больным, что подтверждается работами отечественных и зарубежных авторов о разной выявляемости психически больных в различных социальных группах (В. Г. Ротштейн, 1977; М. Ш. Юрсилова, 1982; Bastide, 1965; Y. K. Myer, 1968).

Сходство клинических проявлений малопрогрессирующей шизофрении с пограничными состояниями, благоприятное течение, в большинстве случаев не приводящее к выраженным изменениям личности и снижению социальной активности, создает значительные трудности в выявлении, диагностике и экспертной оценке подобных больных. Именно при оценке таких больных отмечается наибольшее число диагностических расхождений, пересмотров диагноза. Здесь следует отметить усиливающуюся в последнее время тенденцию в судебно-психиатрической практике к неоправданному пересмотру диагноза в случаях малопрогрессирующего течения шизофрении (возможно, являющуюся следствием серии "разоблачительных" публикаций в средствах массовой информации и формирования соответствующего общественного мнения). Диагноз вялотекущей шизофрении стал прямо-таки опальным. Хотя каждый практикующий психиатр по своему опыту знает, что тяжелые психотические расстройства подчас приводят к минимальным изменениям личности, а невротический уровень продуктивных расстройств сопровождается иногда довольно выраженными изменениями вплоть до инвалидизации больного, поэтому исключение из данной нозологии случаев с менее выраженными изменениями того же качества вряд ли является клинически логичным и практически оправданным. Сравнительно мягкое течение заболевания, преобладание продуктивных расстройств непсихотического уровня, кратковременность и редкость экзacerbаций и приступов, редуцированный характер психотической симптоматики, а также нетяжелые в большинстве случаев изменения личности, сохраняющаяся обычно социальная активность и работоспособность больных, являются скорее основанием не для пересмотра диагноза эндогенного заболевания, а для более дифференцированного, неоднозначного подхода к решению практических вопросов у таких больных (медицинских, социальных, экспертных).

Достаточно большая распространенность малопрогрессирующей шизофрении, составляющая по эпидемиологическим данным

ВНЦПЗ (Н. М. Жариков и др., 1973) около половины общей популяции больных шизофренией, а также повышенная, по мнению судебных психиатров, криминальная активность больных с преобладанием психопатоподобных, аффективных, паранойяльных расстройств (В. М. Шумаков, 1975; В. П. Котов, 1977 и др.) говорят о том, что больные малопрогрессирующей шизофренией часто становятся объектом судебно-психиатрического освидетельствования.

По данным работы городской судебно-психиатрической комиссии, больные малопрогрессирующей шизофренией (непрерывной и приступообразно — прогрессирующей) составили около 60% от всех больных шизофренией, проходивших экспертизу по уголовным делам (при экспертизе по гражданским делам такие больные составляли всего 11%).

Характеризуя данных больных, следует отметить, что общим для всех являлось сочетание разнообразных психопатических, аффективных и сверхценно-паранойяльных расстройств. В одних случаях ведущее место в клинической картине занимали психопатические расстройства, в других — паранойяльные (от сверхценных образований до персекуторного интерпретативного бреда), в ряде случаев в силу известной мозаичности клинической картины трудно говорить о предпочтительности тех или других расстройств.

У больных с преобладанием в клинической картине расстройств психопатического круга диапазон психопатических аномалий был весьма широк, включал проявления разнополюсных форм психопатических характеров, более выраженными были истерические особенности, повышенная возбудимость, расторможенность влечений, сочетавшиеся с фазными аффективными расстройствами, повышенной ранимостью, склонностью к тревожно-мнительным реакциям и чувствительным идеям отношения, подозрительности, недоверчивости. Для большинства больных характерным было злоупотребление алкоголем. При этом характер алкоголизации косвенно отражал психическое состояние больных, то выступая в качестве одного из атрибутов психопатического поведения с расторможенностью влечений, то являясь своего рода лечебным средством при депрессивных или психастеноподобных состояниях с неуверенностью в себе и повышенной чувствительностью; алкоголизация в периоды аффективных фаз внешне напоминала запойное пьянство. Подобные состояния формировались в период пубертатных кризов или к концу второго десятилетия и в течение длительного времени не подвергались

заметной динамике. На этом фоне возникали кратковременные экстазирования с появлением идей особого значения, паранойяльных идей отравления, преследования, диффузной паранойяльности с бредовым настроением. Подобные обострения были редкими и отличались редуцированным характером бредовой симптоматики. Несмотря на кратковременность таких обострений, больные в это время нередко совершали те или иные противоправные действия. Характерными были неожиданные акты агрессии, бездумные кражи ненужных вещей, нелепые хулиганские поступки с целью спастись от мнимых преследователей посредством ареста и изоляции от внешнего мира. Во время таких транзиторных психотических состояний больные обычно не попадали в поле зрения психиатров, а ретроспективно эти эпизоды расценивались как атипичные алкогольные делирии и алкогольные параноиды. Нарушение социальной адаптации, стационарирования в психиатрические больницы, так же как и совершение противоправных действий часто были связаны у таких больных с алкогольными эксцессами. Это обстоятельство, а также внешне сходный характер алкоголизации с запойным пьянством являлись причиной диагностирования у них хронического алкоголизма. Выявленные при обследовании сложность структуры психопатических аномалий, их сочетание с аффективными расстройствами, параноическими включениями, определявшийся особенностями психического состояния характер пьянства, отсутствие алкогольных изменений личности, а также наличие некоторых дефицитарных проявлений эндогенного характера (обеднение и монотонность эмоциональных реакций, нарастание аутистических тенденций с утратой прежних эмоциональных связей, ассоциативные нарушения со снижением психической продуктивности) являлись основанием для диагностики процессуального заболевания. При решении экспертных вопросов учитывались свойственные данным больным особенности течения болезни. При этом в случаях длительной стабилизации состояния, при отсутствии грубых психопатических проявлений и негативных расстройств, затрудняющих социальную адаптацию больных, комиссией давалось заключение об их вменяемости.

Для случаев, в клинической картине которых более выраженными были сверхценно-паранойяльные расстройства, также характерным являлось формирование сложных психопатических состояний в период пубертатных кризов или несколько позже, протекавшее по типу характерологической перестройки с заострением ранее свойственных им и проявлением качественно

новых особенностей. Сложившиеся структуры хотя и не отличались столь глобальной психопатизацией в сравнении с предыдущими больными, но были достаточно мозаичными (преобладали сенситивные, шизоидные особенности, склонность к фантазированию). Следует отметить, что больным изначально не были свойственны параноические особенности, сверхценные расстройства появлялись в структуре психопатических состояний. Возникновение сверхценных образований прямо никогда не было связано с какой-либо определенной ситуацией или психотравмирующим событием, а определялось, скорее, появившейся предрасположенностью к фиксации на тех или иных ранее не имевших для них значения обычных явлениях (в собственной личности или окружающем), которым они начинали придавать преувеличенно важное значение. При этом с самого начала отмечалась тенденция к пересмотру и собственной трактовке изучаемых вопросов, разработке собственных теорий и систем "закаливания", "самолечения", "питания", шедших в разрез со всеми существующими. В динамике можно было отметить все большую отвлеченность и нелепость содержания сверхценных образований, утрату способности к коррекции, крайнюю односторонность трактовок с привлечением нейтральных для доказательства фактов, обеднение аффективными компонентами и появление бредовых интерпретаций в связи с тем или иным отношением к их "трудам" и "теориям" (интерес к их творчеству расценивался как намерение "втереться" к ним в доверие и обокрасть, присвоить их славу и т. д.). Эти больные отличались обычно повышенной активностью (которая уменьшалась или исчезала лишь в периоды депрессий), направленной на удовлетворение тех или иных сверхценных интересов, а на более отдаленных этапах напомиравшей бессмысленную суетливость. Они были обеднены эмоционально, их реакции были лишены эмоциональных нюансов, отличались монотонностью; несмотря на их своеобразный рационализм и реформаторский наукообразный подход к практическим проблемам жизни, именно в этих вопросах они оказывались несостоятельны на практике. Так, много рассуждая о важности и правильности воспитания детей, на деле мало уделяли им внимания, вели плохо организованную сумбурную жизнь, проявляли неразборчивость в общении, нередко злоупотребляли алкоголем, вступали в случайные половые связи. При формальном сохранном, иногда достаточно высоком интеллектуальном уровне их суждения часто отличались непоследовательностью, нелогичностью, они не способны были критически оценить свое состояние,

образ жизни, сложившуюся ситуацию. Наряду с привлечением к уголовной ответственности по различным правонарушениям, такие больные нередко направлялись на судебно-психиатрическое освидетельствование в связи с решением вопросов о лишении родительских прав (или отобрании детей). Сложность и ответственность экспертных решений в данных случаях определялась как характером самого дела, так и необходимостью наряду с оценкой настоящего состояния дать прогноз на будущее. Наряду с общеклиническими параметрами (характер течения, прогрессивность шизофренического процесса, преобладающий синдром) учитывались и другие особенности, ухудшающие социальную адаптацию в целом и выполнение родительских обязанностей, в частности. Например, наличие психопатоподобного синдрома с расторможенностью влечений, фазных аффективных расстройств с запойным пьянством или склонностью к употреблению наркотиков и токсических средств.

На фоне таких состояний иногда возникали кратковременные экзацербации, сопровождавшиеся тревожно-боязливым возбуждением, когда больные испытывали предчувствие, что против них что-то затевается, в поведении и разговорах окружающих усматривали для себя угрозу, иногда замечали за собой слезку. Нередко отмечалась тематическая связь между сверхценными образованиями и содержанием таких параноидов (больные объясняли преследование намерением воспользоваться их открытиями, избавиться от талантливого конкурента). Эти состояния быстро и без лечения подвергались обратному развитию.

У других больных наблюдалось дальнейшее постепенное усложнение клинической картины с формированием через несколько лет, обычно в среднем возрасте, систематизированного паранойяльного бредового синдрома. Подобная динамика в одних случаях происходила аутохтонно, в других — под влиянием тех или иных провоцирующих моментов, не носивших, как правило, характера тяжелых стрессовых ситуаций, но так или иначе затрагивающих сформировавшийся сверхценный комплекс. Дальнейшая эволюция бредового синдрома обнаруживала весьма условную связь с реальными событиями. Больные постепенно утрачивали способность к установлению объективных связей между явлениями, формирование умозаключений подменялось обоснованием готовых, предвзятых суждений. Паранойяльный синдром, приобретая постепенно характер персекуторного интерпретативного бреда и на этом этапе сохранял свою систематическую связь со сверхценными образованиями. Сложившаяся бредо-

вая система отличалась устойчивостью, сохранялась на протяжении нескольких лет, после чего происходила частичная редукция бреда, обеднение аффективными компонентами с формированием резидуальных состояний по типу “инкапсуляции” или “резидуального бреда” (K. Bonhoefer, 1910). Иногда даже появлялись элементы критического отношения к отдельным, наиболее нелепым бредовым высказываниям и поступкам или их отрицание. Больные, как правило, отличались повышенной активностью как в период развития, так и на этапе стабилизации болезни, обнаруживали выраженные кверулянтские тенденции, что наряду со свойственной им ригидностью, прямолинейностью, категоричностью суждений приводило к частым конфликтным ситуациям (с сослуживцами, администрацией, соседями по квартире, родственниками и другими лицами из их ближайшего окружения). Тем не менее они довольно длительное время сохраняли трудоспособность, стремились занимать более высокое профессиональное положение, а предлагаемую им инвалидность, постановку на учет в психоневрологический диспансер и госпитализацию в психиатрические больницы рассматривали как неправомерное ущемление их прав и человеческого достоинства. На судебно-психиатрическое освидетельствование они направлялись гораздо чаще по гражданским делам, нежели в связи с совершением тех или иных правонарушений, при решении вопросов дееспособности, по гражданским делам в связи с заключением тех или иных сделок (трудовых соглашений, вступления в брак, обмена жилплощади), обжалованием действий должностных лиц об увольнении, о постановке на психиатрический учет и т. д. К моменту судебно-психиатрического освидетельствования больные успевали пройти длительный этап многочисленных разбирательств и комиссий различного уровня, где они упорно доказывали неправомерность прежних стационаризований в психиатрические больницы и постановку их на диспансерный учет. При этом они уверяли, что медицинская документация с описанием у них тех или иных расстройств, фальсифицирована; или заявляли, что они симулировали психическое заболевание, но не могли пояснить, что конкретно они симулировали; уверяли, что они абсолютно психически здоровы и не были больны раньше; подчеркивали свои профессиональные и интеллектуальные достоинства, работоспособность, физическое здоровье. Попадание в поле зрения психиатров они обычно объясняли желанием окружающих (сослуживцев, администрации, соседей, родственников) избавиться от них или скомпрометировать ради той или иной собственной выгоды.

Являясь на освидетельствование, больные заранее были уверены, что они и на этот раз не добьются справедливости, настороженно относились к расспросам, подозревали, что члены комиссии "уже переговори́ли с кем надо и действуют заодно", заявляли о своем намерении жаловаться дальше.

Сложность диагностического и экспертного решения в данных случаях обуславливалась как относительно небольшой прогрессивностью эндогенного процесса, протекавшего без выраженных изменений психики, так и преобладанием в клинической картине паранойяльного синдрома, возникновение которого формально было связано с реальной конфликтной ситуацией, так или иначе ущемлявшей интересы больного, что на предшествующих этапах болезни расценивалось как психологически понятная борьба за свою реабилитацию. Постепенная трансформация паранойяльного синдрома, приобретающего характер паранойяльного бреда преследования, его усложнение с расширением круга вовлеченных в бредовую систему лиц, сочетание с аффективными расстройствами, эпизодические экстазические состояния, а также выявленные при обследовании характерные для шизофрении изменения эмоциональной сферы, мышления помогали при дифференциальной диагностике установить эндогенную природу заболевания.

Наличие у больного стойкого паранойяльного бреда, как правило, предусматривало решение о невменяемости и недееспособности. Тогда как при резидуальных бредовых состояниях больные чаще признавались вменяемыми и дееспособными, однако при условии соответствующих формуле вменяемости и дееспособности социальных показателей. Принятие экспертного решения в этих случаях требовало осторожности, т. к. резидуальные бредовые идеи иногда являлись предпосылкой упорной сутяжной деятельности.

Сложности, возникавшие при судебно-психиатрической экспертизе данных больных были связаны не столько с затруднением в оценке их психического состояния, сколько с необходимостью дать альтернативное экспертное заключение (в соответствии с существующим законодательством) об их вменяемости или дееспособности, что подчас было невозможно без ущемления интересов одной из сторон. Так, наличие монотематического паранойяльного бреда, сохранявшегося многие годы без признаков к заметному развитию и усложнению, не приводившего к нарушению социальной адаптации и трудоспособности больных, вряд ли можно считать достаточным критерием для решения о недееспособности больных в рамках всех гражданских правовых отношений.

Таким образом, проведенный анализ больных, проходивших судебно-психиатрическое освидетельствование в городской судебно-психиатрической комиссии за трехлетний период показал, что среди больных шизофренией значительный процент составляют больные с малопрогрессирующими формами.

При этом можно было отметить преобладание больных с различными сочетаниями психопатоподобных, паранойяльных и аффективных расстройств.

В случаях с преобладанием в клинической картине психопатоподобных расстройств можно было наблюдать весьма широкий диапазон отмечавшихся у больных психопатических проявлений при доминировании истеро-возбудимых черт, более выраженные негативные изменения процессуального характера и нарушения социальной адаптации, направление на СПЭК преимущественно по уголовным делам в связи с теми или иными правонарушениями.

Тогда как в случаях с преобладанием в клинической картине паранойяльных расстройств, возникавших как аутохтонно, так и после тех или иных психогенных ситуаций, чаще можно было говорить о более мягком течении заболевания, не приводившем, как правило, к выраженным изменениям личности и нарушению трудоспособности, судебно-психиатрическое освидетельствование чаще проводилось по гражданским делам в связи с оспариванием тех или иных гражданских сделок, действий должностных лиц, реже — при решении вопроса дееспособности.

Сложности экспертизы подобных больных часто были связаны с невозможностью применить к ним существующий в законодательстве альтернативный подход в решении экспертных вопросов. Несмотря на то, что судебные психиатры не одно десятилетие указывают на необходимость введения понятия об уменьшенной вменяемости и частичной дееспособности (существующих, как известно, в ряде стран), пока соответствующие изменения в законодательство не внесены. Отсюда неизбежный компромиссный подход в решении экспертных вопросов в отношении определенной категории больных, ущемлявший интересы той или иной стороны и чреватый отрицательными последствиями.

В заключении следует отметить, что проблемы, связанные с малопрогрессирующими формами шизофрении, не только, вернее не столько медицинские, сколько социальные, вытекающие из особенностей течения и клинических проявлений заболевания у довольно многочисленного контингента таких больных как в общей популяции, так и среди лиц, направлявшихся на судебно-психиатрическое освидетельствование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Розенштейн Л. М.
Проблема мягких форм шизофрении. М.-Л., 1933, с. 86-96.
2. Каннабих Ю. В.
К истории вопроса о мягких формах шизофрении. Сов. невропатол., психиатр. и психогиг. 1934, 5-6.
3. Юдин Т. И.
Труды Центрального института психиатрии. 1941, т. 2, с. 44-57.
4. Снежневский А. В., Смулевич А. Б., Наджаров Р. А.
Клинические проявления шизофрении. Формы течения. В кн.: Руководство по психиатрии, т. 1. М., 1983, с. 304-354.
5. Смулевич А. Б.
Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. М., Медицина, 1987, с. 235.
6. Ротштейн В. Г.
Материалы осмотра психиатром выборочных групп населения в ряде районов СССР. Журн. невропатол. и психиат., 1977, 14, с. 569-575.
7. Юрсилова М. Ш.
Некоторые результаты эпидемиологического исследования больных шизофренией в Самарканде. Журн. невропатол. и психиат., 1982, 9, с. 1373-1378.
8. Жариков Н. М. и др.
Эпидемиология. В кн.: Шизофрения: мультидисциплинарное исследование. М., 1972, с. 186-223.
9. Шумаков В. М.
Клинические и социально-демографические характеристики больных шизофренией, совершивших ООД (сравнительные эпидемиологические данные). Дисс. докт. М., 1975.
10. Котов В. П.
Патологические идеи ревности (судебно-психиатрический аспект). Автореф. дисс. докт., М., 1977.
11. Hoch P. H., Polatin Ph.
Pseudoneurotic formes of schizophrenia. Psychiat. Quatt., 1949, v. 23, p. 250-268.
12. Mayer Z.
ges. Neurol. Psychiat., 1950, s. 187-205.
13. Ey H., Bernard P., Brisset Ch.
Manuel de psychiatrie. Paris, 1957.

14. Gunderson Y. G.
The relatedness of borderline and schizophrenia disorders. Schizophr. Bull., 1979, v. 5, №1, p. 17-22.
15. Aarkrog T.
The borderline concept in childhood adolescence and adulthood. Acta psychiat. scand., 1981, suppl. 293-300 p.
16. Bastide R.
Sociologie des maladies mentales. Paris, 1965.
17. Bonhoeffer K.
Die symptomatischen Psychosen in Gefolge von akuten Infectionen und inneren Erkrankungen. Leipzig, Wien, 1910-1395.

СУДЬБЫ “ВЯЛОТЕКУЩИХ” В ОДНОМ КОНКРЕТНОМ РАЙОНЕ

(К ПОСТАНОВКЕ ВОПРОСА)

С. С. Гурвиц

Выделение “вялотекущей” формы шизофрении на меня лично обрушилось в конце шестидесятых годов, когда после 17 лет работы на периферии я вернулся в Москву. Словосочетанием этим не только щеголяли — им упивались и наслаждались. “Мои вялотекущенькие”, — говорила с нежностью одна весьма энергичная молодая аспирантка, решительно шагавшая к кандидатскому благополучию. Некоторых ее пациентов я видел: гипомании, погрязшие в личных конфликтах психопаты. Но моя оценка, как оказалось, была ненаучной и примитивной, она не учитывала всех клинических тонкостей.

А в последующем “вялотекущие” обступали меня каждый день со всех сторон, приходя на прием. Обычные с виду люди, многие из них работали и весьма успешно. Но когда-то ранее, в разных стационарах им был установлен этот диагноз и они никуда не могли от него деться. Бесплатное получение лекарств, которые, кстати, очень многие и не принимали, и жилищные льготы, реализации которых надо было ждать лет 10–15, не уравновешивали постоянного клейма ущербности и неполноценности, выжженного когда-то на их судьбе высококвалифицированными (а иногда — и не очень квалифицированными) психиатрами. Они — кто аккуратно, а кто — и весьма неохотно приходили к врачу

“отмечаться”, — ни на что, чаще всего, не жаловались. Иногда, правда, их доставляли по “скорой помощи” в острейших психотических состояниях — и тем больше было изумление, когда в выписках все равно значилось: “вялотекущая шизофрения”...

Когда в 1975 году одна из Минздравовских инструкций позволила снимать больных с учета независимо от диагноза — мы не преминули этим воспользоваться. “Вялотекущие”, которые свыше пяти лет ни на что не жаловались, работали и вообще жили как все люди, тоже оказались в числе тех, кому было сказано: “всего хорошего, приходите к нам тогда, когда понадобится наша помощь и лучше бы она никогда больше не понадобилась бы...”.

Но на смену им приходили другие, “выявленные” при стационарных обследованиях, и в свой черед начинали регулярно ходить к нам, пугливо оглядываясь по сторонам, чтобы их не увидели случайно зашедшие в диспансер знакомые или соседи.

Мы не раз пробовали разобраться в них, сосчитать, систематизировать, но в условиях непрерывной текучки это было чрезвычайно трудно, никакого времени не хватало бы. А в отчетных годовых формах все “вялотекущие” скрывались за общей цифрой всех больных шизофренией — отчеты ничего иного и не требовали. Только компьютерная эра позволила нам приступить к более глубокому изучению проблемы.

Как раз в это время развернулась дискуссия в мировом, можно сказать, масштабе между английскими психиатрами и А. Б. Смулевичем. Последний, естественно, выступил в защиту “вялотекущей” шизофрении как формы выделенной и всесторонне изученной именно советскими психиатрами.

Эта позиция до сих пор никем не оспорена. Более того — в только что вышедшем из печати №11 “Журнала им. С. С. Корсакова” в статье В. В. Бурмина и В. Г. Ротштейна выражена озабоченность по поводу “недовыявления” больных “вялотекущей” шизофренией на периферии (в Петрозаводске) по сравнению с Москвой.

В предпринятом нами исследовании нет никаких попыток вступать в теоретический спор с представителями ведущих научно-исследовательских институтов страны. Диагнозы принимаются безоговорочно, как они были установлены ранее. Мы попытались только посмотреть, как теоретические предпосылки и теоретические выводы из них совпадают с реальностью, что случилось с больными, которым был в свое время установлен диагноз хотя и “мягкого”, но все же достаточно серьезного заболевания, влекущего за собой значительные социальные и

профессиональные ограничения.

Применение компьютера позволило нам провести поголовную, глобальную проверку всех носителей этого диагноза в одном и том же районе за 25 лет.

Хотя за это время и было отмечено некоторое число мигрантов (17% — 1–2 в год), в условиях глобального, а не выборочного характера исследования достоверность результатов весьма значительна.

Контрольной датой приведенных ниже данных является 1 сентября 1991 года.

К этому моменту в Долгопрудненском психиатрическом диспансере наблюдалось с 1964 года (времени создания учреждения) 165 больных с диагнозом “вялотекущая шизофрения”. О 28 из них (17%), как уже говорилось выше, мы не располагаем окончательными данными. 9 человек (5%) умерли, прекращено наблюдение в связи со стойким улучшением психического состояния и полной социальной адаптацией у 34 (20%), остались под наблюдением 96 (59%) к настоящему времени.

Из них (принимая 96 за 100%) 46 (48%) были инвалидами по психическому заболеванию, 19 (20%) — пенсионерами по возрасту и в результате соматических заболеваний, остальные (37 — 32%) работали.

Первым этапом нашей работы было клиническое изучение течения заболевания у тех, кто за 16 лет (начиная с 1975, “разрешительного”, года) были сняты с учета вследствие стойкого улучшения. В условиях небольшого городского пространства мы имели возможность повторно видеть наших больных (бывших) при их явке на профосмотры, за различными справками по бытовым вопросам, да и просто на улицах города и в общественном транспорте. Контрольные проверки психического состояния, таким образом, были многочисленными и подтверждали правильность принятых ранее решений о ненужности этих лиц в психиатрическом наблюдении и лечении. Из этих 34 человек только один был повторно взят под наблюдение, да и то только потому, что по настоянию невропатологов попал на консультацию в областной психиатрический диспансер, где диагноз был немедленно восстановлен, после чего больной однократно (!) посетил участкового врача, чтобы отказаться от предложенного лечения, и только через пять лет удалось уговорить его прийти на прием, чтобы очно сообщить о повторном снятии с учета, так как все эти пять лет он жил и работал как и прежде.

В этой группе “благополучных катамнезов” нас прежде

всего интересовало соотношение инициального клинического синдрома и последующего течения — при неприкосновенности, как уже говорилось, первоначальной диагностики.

Оказалось, что в трети, а точнее — в 29% (10 из 34) случаев “вялотекущей шизофрении” диагноз (с самого первого раза или в последующем) был установлен, когда дебютом заболевания был острый психотический приступ. (Забегая вперед, скажем, что такое же примерно соотношение — 38 из 165 или 23% — отмечено у всех больных, которым был установлен этот диагноз).

При этом в исследуемой группе только у 7 из 10 больных форма “вялотекущей шизофрении” была определена как параноидная.

Ретроспективно оценивая эти состояния с учетом уточненного анамнеза в 7 случаях с острым началом можно было бы сейчас говорить и о других диагнозах — соматогенных, реактивных, интоксикационных психозах с однократной госпитализацией без каких-либо психических расстройств после этого; только у трех больных убедительных указаний на экзогенную этиологию найти не удалось.

Кроме того, диагноз параноидной вялотекущей шизофрении был установлен еще дважды — при патологическом развитии личности с решающим критерием “противопоставления себя обществу (в представлениях 70-х годов)” и, что особенно пикантно, — при превентивной симуляции, когда у “больного” вся симптоматика исчезла после признания его невменяемым и прекращения уголовного дела.

Преимущественной же формой “вялотекущей шизофрении”, закончившейся на данном этапе для больных благополучно, была, конечно же, неврозоподобная — 14 случаев из 34. И здесь ретроспективно можно было бы говорить о затяжных неврозах, ипохондрических и психопатоподобных развитиях, пубертатных кризах и реакциях, интеллектуальных задержках, соматогенных астениях и ситуационных декомпенсациях.

Но мы условились не ввязываться в диагностические споры и признать право других психиатров на иную точку зрения, тем более что все диагнозы, за исключением двух случаев, были установлены в стационарах, при этом — 4 раза после профессорских консультаций.

Другое дело, что основанием для такой диагностики был совсем не “интегральный особый подход, основанный на совокупности клинических признаков” (А. Б. Смулевич, “Журнал имени

С. С. Корсакова, т. 87, №12). Записи в амбулаторных картах и выписки из историй болезни показывают, что диагностические доказательства формулировались в тех же, что и для шизофрении вообще, притом выраженных ее состояний, терминах. И ординаторы маленьких психиатрических больниц, и сотрудники научно-исследовательских клиник, и военные психиатры единодушно находили у больных "резонерское, расплывчатое, парадоксальное, витиеватое, аморфное мышление", "манерность и вычурность", "эмоциональную неадекватность, уплощенность, тупость", "сокальзывания", "монотонность", "падение интересов и побуждений".

Это ведь — диагностика "шизофрении прежде всего", по учебнику, вопреки утверждениям А. Б. Смулевича (там же) о непригодности в "вялотекущих случаях" традиционных диагностических критериев.

Но еще важнее, что никаких описательных подтверждений этой зловещей симптоматики нам ни в историях болезни, ни в амбулаторных картах обнаружить не удалось.

Как не удалось обнаружить эти симптомы у этих больных через 10-15 лет после того, как они числились "под этим диагнозом". Ни у одного из 34 больных не было на 1 сентября 1991 года ни признаков прогрессивности процесса, ни "дефектности побуждений и снижения витальной энергии", ни "надлома профессионального стандарта" или "изменения жизненной кривой" (терминология А. Б. Смулевича из той же статьи). Наоборот, у всех у них было необыкновенно прочное жизненное положение, производственное и семейное благополучие, а у некоторых — весьма значительное социальное продвижение.

Вряд ли все можно отнести к "постепенной редукции психопатологических расстройств" и "периоду стабилизации с формированием резидуальных состояний" (А. Б. Смулевич — там же).

Мы понимаем, конечно, недостаточную (в численном измерении) представительность проанализированных нами случаев. Это, несомненно, не дает возможности сделать широкие обобщения.

Тем не менее, эти данные позволяют поставить ряд вопросов:

1. Существует ли у практических психиатров четкое понимание критериев диагностики "вялотекущей шизофрении"?

2. Если не существует — то что является причиной путаницы и неразберихи при постановке этого диагноза: недостаточная врачебная квалификация или искусственность и умозри-

тельность теоретической концепции?

3. Если причина — в несостоятельности теории, то существует ли вообще эта форма, которая в психиатрической практике диагностируется с такой легкостью и безответственностью?

Ответы на эти вопросы должны дать дальнейшие исследования, охватывающие всех больных района, — как компьютерные, так и клинические.

Очень важны были бы при этом параллельные работы в том же направлении в других регионах для сопоставления полученных данных.

ОПЫТ МНОГОЛЕТНЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ МАЛОПРОГРЕДИЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЛАТЕНТНЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ

М. И. Лейнгольд

Дихотомия понимающей и объясняющей психологии имеет условную, рабочую, но необходимую аналогию в психотерапии. Основа любого психотерапевтического процесса – личностная включенность терапевта. Это можно обозначить так: существование терапевта здесь и теперь через переживание пациента (клиента), имеющее целью лечение (или помощь).

Предпосылки

Психотерапию условно назовем ориентированной на терапевта. Вводим две условные ипостаси врачующей личности.

1. Психотерапевт моральный предполагает целостно-личностную интуитивно-эмоциональную включенность.

2. Психотерапевтическая машина. Это максимально интеллектуализированный, аналитический, рациональный подход, с игровым привлечением различных учений и клинических знаний. Теории и знания в психотерапии суть инструменты, которыми свободно пользуешься, заменяешь и отбрасываешь при возвращении к целостно переживаемой личности.

Первое представление корреспондирует с пониманием, второе – с объяснением. Оппозиция первого и второго снимается через следующую медиацию. Терапевт живет насыщенной личной жизнью во время сеанса, но через жизнь своего пациента (клиента); он как бы включается “внутри Другого”, оставаясь, однако, самим собой. Здесь уместна метафорика “совместного ситуативного душевного пространства”. Интуитивный находится как бы внутри, интеллектуальный – вне его. Само психотерапевтическое действие происходит во время непрерывного движения (медиаторных переходов) от одного полюса к другому. Содержание беседы, невербальная экспрессия, позиции, жесты, движения, равно как и попытка руководствоваться той или иной методикой, являются функцией выше описанного.

Работа с душевно больными и соматически больными дает различный, но взаимодополняющий опыт. Модус существования психотерапевта в первом и втором случае принципиально отличаются.

ПСИХОТИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ

Отказ от непосредственного понимания в пользу клинического и феноменологического восприятия, но с индивидуализированным переживанием отдельного симптома (синдрома), как особого страдания, а больного – как страдающего субъекта.

ЭНДОГЕННАЯ ДЕПРЕССИЯ

Ориентиры в психотерапии при диагностике и первых встречах.

1. У пациента полнота и охваченность симптомом (синдромом). Вытеснение реальности Я и реальности Мира. Даже серьезные события не разбивают “стеклянную стену” разъединенности с Миром и Другими. Это сочетается с перерывом во времени; остановка жизни. Отрыв от прошлого и будущего. Жизнь вне временного потока. Попытки терапевта вчувствоваться бесполезны. Рациональное восприятие, однако, сочетается с аналоговым переживанием космического одиночества и изоляции.

2. Авитальность витальной депрессии. Безжизненность, монотонность и статичность существования, не жизнь, а “тень жизни”. У терапевта архетипическое переживание “царства мертвых”, Аида античных греков. И восприятие смерти как таковой.

3. Витальная тоска, протопатическая тревога, мучительная

бесчувственность воспринимаются почти как метафизически отделившееся "чистое страдание". У психотерапевта - некое предчувствие ужаса.

Таких ориентиров много, и они зависят от клинической картины и опыта врачающего. Но психотерапевт тем и отличается от психиатра, что саморефлексия обязательных аналоговых переживаний позволяет включить личность и, по мере "оттаивания" депрессивного, совместно осваивать новый участок "ожившей жизни".

Динамика отношений и лечение

1. По мере вхождения в ситуацию диагностики, сознания компетентности и состоятельности, снижается уровень профессиональной озабоченности за судьбу пациента. Эта озабоченность - в экзистенциальном смысле - обязательная предпосылка терапевтического сеанса. Ситуация структурирована; знаешь, что делать. Переживается это, как сброс напряжения и интеллектуальная комфортность.

2. Ответственное и четкое лидерство терапевта сочетается с однозначной, бескомпромиссной, само собой разумеющейся зависимостью пациента. Происходит опять таки экзистенциальное "вручение своей судьбы" в руки врача.

3. Рационально обоснованная поддержка на первых этапах воспринимается как некая схема надежды. Это не движение, а некая векторность жизни. "...Я не могу представить, что станет лучше, но Вам полностью доверяю".

4. Своеобразна психотерапия медикаментозного лечения.

а) Препараты (амитриптилин, мелипрамин) воспринимаются как желто-коричневая субстанция надежды.

б) Отсутствие облегчения в первую неделю и тягостные побочные явления часто воспринимаются как "адекватное" наказание и конгруэнтно чувству депрессивной вины.

в) Появившееся облегчение непосредственно, линейно усиливает чувство надежды, благодарности и даже преданности врачу-терапевту.

5. Центральным в этой психотерапии является так называемое "отчуждение депрессии". Здесь, по возможности, надо использовать "выздоровление" второй половины дня. Терапевт и пациент совместно - целостный структурно единый гештальт-образ. (Элементы: безжизненность, тяжесть за грудиной, утренняя тоска, чувство бессилия, заторможенность и т.д.). Этот образ

выводится изнутри (из нутра) во вне. Он приобретает при многокурсном рассмотрении объем, изучается и - по возможности - отделяется от личности. Статичный гештальт болезни затемняется динамическим гештальтом лечения, имеющим временную протяженность, жизненность и перспективу (время как пространство души).

6. По мере выхода из депрессии сохраняются очень теплые и дружеские отношения "на равных". Снимается вторичная невротизация: травма пережитого и боязнь повторения заменяются надеждой на помощь и самопомощь. При циклотимной личности пациент начинает активно поддерживать отношения и стремится лидировать в них. Очень важно использовать установившийся контакт для длительного приема солей лития.

ШИЗОФРЕНИЧЕСКИЙ КРУГ

Полиформизм шизофрений не позволяет в их терапии быть четким и определенным. Но многолетняя эмпирика дает возможность выявить некоторые полезные ориентиры и метафоризировано описать их.

1. Снижение энергетического потенциала. Агедония с тенденцией к апатичности. Переживание схизиса, отсутствие внутренней устойчивости. Любой психотерапевт последовательной терапией создает внешний каркас стабильности. Психотерапевтические элементы довольно быстро омертвляются через ритуализацию, теряют гибкость, как бы обезыствляются. Взаимная резиньяция, примирение с "ужасом судьбы" у терапевта и больного позволяют принять и такую "протезную" психотерапию. Но время от времени - отрывочно и странно - мелькают как искры элементы живого общения, и это создает ощущение "неугасшей" жизни.

2. Аутичное нарушение ауто- и гетерокоммуникаций приводит к отношению с терапевтом не как с целостной личностью, а как с персонифицированным живым знаком, с которым можно манипулировать.

Через этот знак осуществляется символизированный, болезненно-магический, но все же контакт с миром и самим собой. И может быть только здесь пациент не встречает сопротивление и агрессию у психотерапевта. Чувство некой марионеточности, управляемости болезнью почти неизбежно в стихии шизофренического течения. Важно сохранить с больным и такой контакт, с элементами "квазипонимания", т.е. понимания книжного, опытно-клинического...

3. Синдром воздействия и автоматизмы, псевдогаллюциаторный комплекс, все мучительные симптомы “сделанности” могут переживаться через аналог тотальной несвободы. Создается даже некая вертикаль: биологическая, соматическая, эмоционально-аффективная и идеаторная несвобода. Этот абсолютно чуждый здоровому сознанию феномен через образные представления, фантазмагорию, воспоминания о ночных кошмарах и даже литературные реминисценции в сознании терапевта превращается в целостную, эмоционально насыщенную, очерченную картину. С другой стороны, этот феномен поддается очень яркому описанию больным с последующей клинической квалификацией синдромов. Все это позволяет “квазипонимать” и “квазипринимать” эту психиатрическую реальность. Пациент отрицательно реагирует на огульное отрицание реальности галлюцинаторно-бредовых синдромов. С другой стороны, абсолютно недопустимо некое подыгрывание болезни. И синдром, и амбиваленции, и реальность довольно гомогенно вводятся (фигурально выражаясь) в некое психотерапевтическое пространство взаимодействия терапевт - больной. Сам терапевт ненавязчиво декларирует личный приоритет реальности, но уважительно относится к позиции пациента. Это дает - особенно в начале - определенную стабилизацию, взаимный поиск ориентиров и некий баланс между психотикой и реальностью.

4. В дальнейшем огромную роль играют два фактора.

Первый фактор - медикаментозное лечение и связанная с ним динамика редукции синдрома. Препарат часто идентифицируется с дающим его. Лекарство - часть терапевта, принятая вовнутрь ставшая частью пациента. При шизофрении очень важно от кого получен препарат, как он получен и - иногда в равной степени - как непосредственно воздействовал на самочувствие. Но в конце концов, снятие мучительных страхов, тревог, напряжений укрепляет контакт с врачом и становится - вполне адекватно - ведущим в лечебной коммуникации. Пациент своеобразно, но ярко чувствует заинтересованность лечащего, его удовлетворение и реже удовольствие от успеха. Профессиональное культивирование у себя этих чувств, равно как и самообучение открытому выражению искреннего удовольствия через улыбку, тембр голоса, релаксационные позы весьма существенно.

Второй фактор - социальная редукция бредового поведения. При хронизации неопасного бреда больной обучается диссимуляции его в обществе при очень подробном, почти катартическом изложении в беседе с психотерапевтом. Мы стремимся к прямому

научению новым паттернам социально приемлемого поведения, особенно поведения в семье и при профессиональной реабилитации. Методика этого научения заслуживает отдельной статьи. Затем социальное, медикаментозное и психотерапевтическое завязываются в единый узел.

5. Важно участие в своеобразных интересах и увлечениях больного. Философские взгляды, ипохондрические системы, увлечения, мистические склонности - во все это терапевт вводится как соучаствующий. Но ограниченно соучаствующий. Так, один из пациентов успешно лечился при участии терапевта в игре в хоббитов (по Толкиену).

6. И, наконец, важнейший фактор - терапевт и семья больного. Сложные, часто взаимно агрессивные внутрисемейные отношения требуют “амортизационного” и опосредующего участия терапевта. Терапевт помогает:

- а) созданию некой внутрисемейной ниши для пациента, защищенного психологического пространства;
- б) снижению валентности отношений (чрезмерные претензии, ожидания, острые эмоциональные реакции и т.д.);
- в) родственникам, ввиду появления “чужого” в семье;
- г) собственной готовностью взять на себя, иногда в своеобразной форме, некоторые прерогативы родственников, особенно при инфантильном регрессе поведения.

НЕПСИХОТИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ

Психотерапии с непсихотиками мы коснемся в контрастном аспекте терапии душевнобольных.

Взаимопонимающая психология - основа лечения.

Тезисы.

1. Отношения строятся на-равных, взаимно независимые, свободные и взаимоответственные. Т.е., сразу же включаются “обычные” базовые ценности европейской цивилизации. Все специально психотерапевтическое рассматривается как необходимое, но, по возможности, временное, инструментальное, взаимозаменяемое и редуцируемое. Процедуры, приемы, техники, теоретические обоснования, взаимные интерпретации - суть “строительные леса” строящегося здания.

2. Круговой обмен “пониманий”. “Я понимаю, что ты понимаешь, что я понимаю, что ты понимаешь...”

3. Взаимооткрытость в мониторинге переживаний: переживания одного инициируют поток переживаний другого... Модус

обмена устанавливается индивидуально и ситуативно.

4. Ассиметрия мотиваций. Материальная, моральная, профессиональная, интеллектуальная, мотивация самоутверждения и социальной значимости со стороны терапевта - и мотивация лучшего личностного функционирования и снятия симптома у пациента (клиента). Мотивации обсуждаются, интерпретируются. Но особо выделяется личностный рост друг через друга.

5. Постоянное слияние - разделение экзистенциальных категорий судьбы и свободной воли в процессе работы.

6. Осознание амбивалентности отношений целостных личностей.

7. Включение игры, юмора и даже сюжетной занимательности в работу. (например, при интерпретации сновидений).

8. Очень важный контраст: мягкие, гибкие, тендирующие к лидированию клиента отношения во время сеанса. Подчеркиваем деидеологизацию психотерапии. Все теории (психоанализ, бихевиоральная терапия, гештальт-терапия и т.д.) суть инструменты, используемые в зависимости от ситуации в одной и той же терапии.

И - жесткая система обязательств (интра-контрактная) вне сеансов.

9. И, наконец, принципиальное отношение к препаратам как к сугубо временному подспорью. В основном лекарство - артефакт терапии.

Заключение

Работа с психотиками и непсихотиками - в манере личностной включенности - небезопасна. Это форма пограничного существования. Открываются все новые и новые пространства... и пустоты; и чувство незавершенности может восприниматься как бессмысленность и жизненный кризис. Вставший на этот путь должен быть готовым или преодолеть это, или с этим жить.

ИЗ ДИСКУССИИ

А. Ю. МАГАЛИФ:

Для нас, давно получивших образование в московской школе, вялотекущая шизофрения как форма никогда не существовала, всегда говорилось о вялом течении. Но был период, когда от форм отошли и стали говорить о формах течения. Вялотекущая форма не имеет права на существование, поскольку форма одна, нозологическая, это шизофренический процесс. Если мы не находим никаких специфических изменений, процессуальных, при периодической или параноидной шизофрении, то нельзя и ставить шизофрению. Если нет процессуальных изменений, то и нет болезни. А если есть процессуальные изменения, тогда уже возникает вопрос о том, насколько они прогрессивны, в каких еще сочетаниях с продуктивной симптоматикой они находятся и так далее. А процесс имеется в виду в понимании диагноза. Когда мы говорим процесс, то имеем в виду шизофрению. Это жаргонное выражение психиатров. Но если мы говорим шизофрения, то мы ищем тех китов, на которых строится весь диагноз: эмоциональные расстройства, нарушения мышления и т.д. А дальше подбираем варианты. Я сейчас не хотел бы уходить в теоретизирование. Мне бы сейчас хотелось другое. Очень тесно этот вопрос смыкается с проблемой грамотности в психиатрии. Вот сегодня коллега представил прекрасное сообщение по катамнезу диагноза шизофрении. Кстати, вы дали замечательную критику диагностики, дело в том, что врач должен увидеть симптом, а если он хочет поставить диагноз, но не видит симптом, тогда он начинает его придумывать. В 90% случаев при диагнозе вялотекущей шизоф-

рении вы найдете описание здорового человека, где, между прочим, будет такая фраза: "Склонен к резонерству". К резонерству может быть склонен, кстати сказать, неграмотный студент на экзамене и т.д. И все. Или: "Неадекватное поведение". Неадекватное чему, представлениям врача? И так далее. То есть отсутствие грамотной диагностики порождает неправильные диагнозы. Исключительная легкость постановки диагноза существует еще и потому, что врачи ненаказуемы в этом случае. Безответственны.

Кроме того, поставить диагноз может начинающий врач, который только пришел в ординатуру. Даже интерн может поставить диагноз шизофрении. А снимать этот диагноз будут десять профессоров, и никто не снимет, потому что никто не захочет брать ответственность. Через 10 лет человек совершит дорожно-транспортное происшествие, а защитник вспомнит, что он был болен, врача тут же возьмут за горло: почему ты снял диагноз. Это страх перед социумом заставляет врача идти по такому пути. Я считаю, что общество должно заставить врача ставить диагноз шизофрении только тогда, когда он не может его не поставить, а в остальных случаях надо всячески его завуалировать.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЬСТВУЮЩЕГО:

Рассмотрение вялотекущей или малопрогрессирующей шизофрении в ряду латентных форм других психозов позволяет внести ясность в основные общие характеристики нарушений этого класса. Собственно ясность в эту проблематику была внесена еще в середине 30-х годов Н.Бруханским, А.Кронфельдом и др., но уровень обсуждения с тех пор чрезвычайно снизился, что хорошо видно из монографии А.Смулевича. Поэтому ее критика - значительно более легкая задача, чем попытка дать позитивное описание такой тонкой материи как вялотекущая шизофрения в докладе Тамары Ивановны Ростовцевой. Ей удалось, в отличие от большинства таких описаний, удержаться от форсированного, сгущенного, усиленного представления имеющейся симптоматики. У многих авторов описания вялотекущей шизофрении смыкается с простой формой шизофрении, хотя другие полагают, что сама суть вялотекущей шизофрении в отсутствии дефицитарной симптоматики. Но как тогда отличить шизофрению? Отсюда сложность судебно-психиатрического аспекта в этих случаях.

Исследование Семена Самуиловича Гурвица показало, прежде всего, не просто неоднозначность понимания вялотекущей

шизофрении нашими практическими психиатрами, но огромный разброс представлений по этому вопросу. И все же это недостаточное основание, чтобы отвергать само существование латентной шизофрении. И когда Н. А. Зорин говорит, что все, что мы здесь сегодня слышали, это абстрактный, бесконечный, надуманный и пустой спор, я не могу назвать это продуктивным или конструктивным подходом.

Очень важно иметь в виду все основные источники путаницы в проблеме вялотекущей шизофрении, начиная со смещения патологии и болезни. Мы подробно останавливались на этом на прошлом съезде. Тем не менее недавно в рецензии высокоуважаемого нами профессора И.Я.Гуровича с соавторами /"Журн. невропат. и психиатр.", 1991, 11/ на "Глоссарий психопатологических синдромов и состояний" А. К. Ануфриева, Ю. И. Либермана и В. Г. Остроглазова высказано было несогласие с отрицанием принадлежности психопатий к категории болезни. Из того, что в динамике психопатий бывают аутохтонные декомпенсации следует лишь необходимость квалификации по двум измерениям, а не смешение в одном. Упаси нас Бог от таких "интеграций", - ведь параллельная квалификация преморбида и болезни классический и наиболее убедительно аргументированный подход.

Другим источником путаницы служит однозначное отнесение к шизофрении всех приступообразно протекающих психозов, между тем, как приступообразная шизофрения генетически очень гетерогенна, что подробно показал В.М.Гиндилис опять-таки на нашем прошлом съезде.

Таких источников, повторяю, много.

Наблюдающаяся сейчас тенденция не ставить диагноз вялотекущей шизофрении из-за газетной компании отражает отсутствие четких и твердых принципов у наших психиатров в этом вопросе.

Я хотел бы подчеркнуть значительную роль типа установки психиатра при квалификации психических расстройств. В зависимости от наличия у него диагностической установки, либо психотерапевтической установки, либо, наконец, манипулятивной /в том числе выполнение социального заказа/, или в силу собственной зависимости, боязни или заинтересованности, результат может существенно меняться. Марк Осипович Лейнгольд говорил здесь о совмещении диагностической и психотерапевтической установки. Мне это никогда не удавалось одновременно, вернее, при всякой такой попытке я чувствовал себя забежавшим

вперед, поторопившимся идентифицироваться с больным и потерявшим, в силу этого, трезвость отстраненной оценки. Думаю, что эти установки должны быть последовательными. Маркс Осипович представил нам далеко не стандартный тип и уровень понимания психотерапевтического воздействия. Известно уничижительное отношение к психотерапии А.В.Сежневского, оно вытекало из узкого физиологизма его концепции, некритического принятия представлений эпигонов И.П.Павлова, неадекватной формы анти-физиологизма, отождествления психотерапии с убогой редакцией того, что носило название "рациональной психотерапии" и убеждения в ничтожности ее возможностей. Я был ошеломлен, когда недавно услышал от одного из лучших наших психиатров, что "психотерапия - это вранье". Здесь отразилось выпадение гигантского пласта гуманитарных знаний в образовании наших специалистов.

Конечно же именно латентные формы психических расстройств являются благодатнейшей почвой для применения громадного разнообразия современных форм психотерапии.

Когда мы говорим или слышим, что психотерапия, конечно же, "не наука", это значит, что она прежде всего искусство, но работа вне концепции, без какой-либо теории личности и теории психотерапии резко теряет в своей эффективности.

Одним из наиболее оптимальных путей практического решения этого сложнейшего вопроса является отнесение вялотекущей шизофрении в принципиально другую рубрику, как это сделано в DSM-III-R.

ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ

НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРАВ ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Э. Л. Гушанский

Переход от приоритета интересов государства к преобладанию прав личности как основе общественного устройства, привел к взрыву самосознания и создал проблему борьбы с карательной психиатрией. В тоталитарном государстве для каждого находилось место “винтика”, и социальные проблемы психически больных снимались упрятыванием их в соответствующее учреждение. Естественно, что при русско-прусской регламентации мыслей и действий любое инакомыслие расценивалось как угроза государству и проявление психической аномалии.

В условиях нашего тоталитарного государства борьба за права человека оценивалась спецслужбами как антипод усилиям партии в борьбе за лишение людей самостоятельности и рассудка. Недаром антипсихиатрия возникла у нас как один из аспектов правозащитного движения.

Слом авторитета власти привел к освобождению естественных стремлений человека к осознанию погрязности своих прав. Но ведь система взаимоотношений личности с властными структурами осталась. Остались и прежние конфликты, которые теперь становятся осознанными и потому непереносимыми.

Оказание психиатрической помощи в нашей стране связано

с громадным числом столкновений с гибельными омертвевшими структурами власти и окостеневшей нищенской медициной. При колоссальной потребности в психиатрической помощи (по данным ВНЦПЗ АМН СССР — не менее 15 млн. человек), возможность контакта с психиатрами вызывает у обывателя ужас. И это не только плод безмозглой взятой на вооружение политиками антипсихиатрической кампании, но и следствие постоянных нарушений прав человека при оказании психиатрической помощи.

Для удобства изложения попытаемся описать наиболее типичные нарушения этих прав в различные возрастные периоды.

Детский возраст наиболее уязвим для того контингента лиц с психическими аномалиями, который лишен своих законных представителей в лице родителей.

С дома ребенка, с детского дома начинается правовой беспредел. Все дети, лишенные родителей, либо отстают в психическом развитии, либо это развитие изуродовано. В этой связи они особенно нуждаются в защите, индивидуальном подходе. Однако осмотр этих детей психиатрами и медико-педагогическими комиссиями происходит по конвейерной системе, внутри одного ведомства, в отсутствие представителей фонда защиты детей, попечительских советов, независимых педагогических и психиатрических ассоциаций. В результате в школы-интернаты для умственно отсталых детей могут попасть (и попадают!) дети с минимальным интеллектуальным дефектом или с отсутствием оного. А ведь выхода из этого ада нет, и все попавшие в такое учреждение обучаются по программе вспомогательной школы и обречены быть изгоями общества. Возможность получить обычное образование по всей программе средней школы или отдельным ее предметам, развить имеющиеся художественные или музыкальные способности и получить диплом для специализированных форм деятельности отсутствуют. Воспитание детей от пеленок до зрелости происходит в коллективе при отсутствии элементарных гигиенических условий и возможности побыть наедине с самим собой. В таких условиях на формирование личности ребенка оказывают доминирующее влияние психопатизированные лидеры, что практически не отличается от тюремных или лагерных условий. Любая реакция протеста в доме-интернате для умственно отсталых приводит к незамедлительной насильственной госпитализации в психиатрическую больницу, согласие на которое дает директор школы, являющийся по положению опекуном ребенка. В силу своего положения директор защищает интересы ведомства, учреждения, государства, а не пытающегося

пусть даже неосмысленно защитить свои права ребенка. Попечительские советы, родительские советы не могут преодолеть эту систему насилия и издевательства над детьми.

Нередко необучаемыми признаются дети, у которых возможность приобрести знания и умения ограничивается различными формами нарушения поведения. Их переводят в детские психоневрологические интернаты, а оттуда в психоневрологические интернаты для взрослых. Такой перевод в среду слабоумных и беспомощных больных полностью блокирует дремлющие возможности развития.

Случаи, когда в юношеском возрасте олигофрены с легкой или умеренной степенью умственной отсталости переводятся в психоневрологические интернаты, в большинстве своем заполненные слабоумными стариками, нередки. Молодые люди полностью лишаются самостоятельности и возможности общаться со сверстниками, вопрос об их дееспособности и возможности пребывания в психически здоровой среде даже не возникает. Лишь изредка вспышки протеста, часто агрессивного, привлекают к себе внимание медицинской и педагогической общественности. Но нарушений так много, а чувства справедливости и гуманности притупляются, не находя выхода в деятельности!

Осознание своих прав и расширение их в зрелом возрасте приводят к увеличению столкновений их носителя с обществом. Психиатры вынуждены сталкиваться с нарушением прав больных во имя сохранения прав здоровых, но при этом обязаны охранять интересы своих пациентов. К сожалению, врач находится под давлением мощных государственных структур и часто лишен возможности свободно осуществлять свои обязанности. Вопросы неотложной, насильственной госпитализации должны определяться чисто медицинскими показаниями. В этих случаях на помощь врачу при оказании им психиатрической помощи должны по его просьбе приходить правоохранительные органы. На практике, к сожалению, правоохранительные органы перекалывают на врача свои карательные функции, заставляя его выполнять обязанности защитника интересов общества и отстраняясь от ответственности за это. И чем дальше от Москвы и других крупных городов с развитым правозащитным движением, тем чаще врачи-психиатры становятся придатком власти. При этом никто ни за что не отвечает — ведь милиция сама по себе не нарушает прав, а врач-исполнитель, нарушая их, не является должностным лицом и не несет какой-либо уголовной ответственности.

Правила комиссионного осмотра больного и обоснование

неотложной госпитализации соблюдаются чисто формально или не соблюдаются вовсе, возможность больного обратиться за помощью к прокурору не реализуется, контроль за действиями психиатров отсутствует! Отсутствует и обоснование применения без согласия больного или иного вида лечения. Хотя формально запрещены без согласия больного применение шоковых методов лечения и сульфозинотерапии, на практике эти виды лечения назначаются насильственно, без записи в истории болезни и поэтому бесконтрольно.

Создание смешанных психиатрических отделений по участковому признаку в крупных городах привело к грубым нарушениям прав наиболее беспомощных больных. Психопатизированные больные, токсикоманы, находящиеся на военной психиатрической экспертизе, лица с поведенческими нарушениями грабят больных, отбирают у них пищу и лекарства, особенно те, что вызывают наркотический эффект. В условиях дефицита корректоров психотропных средств (в частности, противопаркинсонических препаратов), такой грабеж, которому психиатрический персонал не может противостоять из-за своей малочисленности и необученности, приводит к необратимым изменениям в форме поздних дискинезий и органического психосиндрома, осложняющего эндогенные психические расстройства.

В провинциальных больницах, где в палатах пребывают десятки больных без профиликации по состоянию, медперсонал нередко прибегает к помощи относительно сохранных психопатизированных больных или токсикоманов, которые «наводят порядок» среди несчастных, творя настоящий «беспредел».

Стали привычными нарушения прав при проведении судебно-психиатрической экспертизы и осуществлении принудительного лечения. С момента проведения судебно-психиатрической экспертизы вменяемости все признанные врачами невменяемыми подэкспертные лишаются возможности участия в процессе. В громадном большинстве случаев эти лица не участвуют в судебном заседании и не могут защитить свои интересы, хотя и не лишены дееспособности. Признанные невменяемыми не имеют даже возможности ознакомиться с содержательной частью акта судебно-психиатрической экспертизы, выдвинуть свои возражения, привлечь независимых экспертов и т. д.

Адвокаты не принимают участия в проведении экспертизы, не могут давать психиатрам-экспертам пояснения, касающиеся поведения и психического состояния своих подзащитных, в связи с чем экспертиза вынуждена пользоваться лишь материалами

обвинения и поэтому, будучи формально независимой, остается тенденциозной, имеет обвинительную установку. Возможности проведения независимой судебно-психиатрической экспертизы практически отсутствуют.

Не может не быть тенденциозным и другой, чрезвычайно важный вид экспертизы — военно-психиатрический, особенно в той его части, которая касается военнослужащих. С одной стороны, врачи-эксперты лишены возможности располагать объективной информацией о поведении военнослужащих, так как материал, собранный военными дознавателями, и характеристики, составленные командирами частей, направлены на защиту служебных интересов и не могут выявить всю глубину и степень издевательств, которые испытывают военнослужащие вследствие дедовщины и уголовного мировоззрения в воинской среде. С другой стороны, врачи, стремясь избавить молодых военнослужащих от психических и физических травм, из гуманных соображений приписывают им невротическую или психопатическую симптоматику, не связывая ее с психотравмирующей ситуацией и стремясь освободить подэкспертных от службы в армии. Причинная связь психопатологических расстройств с психотравмирующей ситуацией при этом отрицается, заболевание не связывается с прохождением воинской службы. Таким образом хамы, “паханы” и их покровители, превратившие армию в эпидемический источник психотравм, избегают ответственности с помощью медиков. В дальнейшем десятки тысяч молодых людей, признанных негодными или ограниченно годными к военной службе из-за причиненного им морального и физического ущерба, подвергаются тем или иным видам дискриминации при устройстве на работу, хотя масштабы этой дискриминации и несколько уменьшились после вступления в силу Указа ПВС о психиатрической помощи и соответствующих этому Указу ведомственных инструкций МЗ СССР.

Принудительное лечение остается по-прежнему полицейской, карательной мерой. При этом лечатся не только психопатологические состояния, но и естественное стремление человека к свободе. Жалобам лиц, находящихся на принудительном лечении, не дают хода, их расценивают как проявление бреда или сутяжных тенденций, наказывают стеснением и лечением психотропными средствами. Это относится и к многочисленным попыткам побега из больниц, в которых осуществляется принудительное лечение.

Бытовые условия при осуществлении принудительного лече-

ния (оно длится, как правило, более 6 месяцев), нельзя назвать человеческими. Скученность, антисанитария, культ насилия, отсутствие возможностей для индивидуальных занятий и просто размышлений являются правилом. Уместней было бы назвать учреждения, где проводится такое лечение, психиатрическими тюрьмами или концлагерями. В связи с нехваткой младшего медперсонала в таких учреждениях порядок (а вернее беспорядок) поддерживается алкоголиками или психопатами, которых поощряют беспомощные медсестры.

Труд психически больных как в стационарах, так и вне их, в лечебно-трудовых мастерских, спеццехах и др. учреждениях, как правило, малоквалифицирован, однообразен, его оплата настолько мизерна, что не оставляет места для материальной заинтересованности. Даже более индивидуализированные виды надомных работ с использованием имеющихся трудовых навыков, в большинстве своем не дают больным возможности обеспечивать себя. Так, оплата при продаже готовых изделий (вязание, ткачество), изготовленных индивидуально, составляет для инвалида 0,1 или даже 0,05 его продажной цены. Налицо принудительный труд наиболее униженной части общества. При этом отсутствуют какие-либо организации, защищающие права инвалидов по психическому заболеванию, хотя закон о защите прав инвалидов принят.

В связи с массовыми увольнениями и безработицей наиболее уязвимой частью трудящихся являются лица с психическими нарушениями. Их увольняют в первую очередь, и возможности для нового трудоустройства весьма ограничены. Организации, помогающие в трудоустройстве психически больным, не признанным инвалидами, отсутствуют. Необходимо создание специального фонда помощи для трудоустройства лиц с психическими расстройствами, призванного помогать в каждом случае и в зависимости от индивидуальных свойств и специальности, и заинтересовать работодателей.

Психиатры, к сожалению, не решают практических и теоретических вопросов, связанных с проблематикой аутизма и творчества. К сожалению, аутистическое творчество и искусство пропадают втуне, не оцениваются современниками и становятся либо предметом для восторгов после смерти авторов, либо вывозятся за границу. По-видимому, необходим совместный психиатрический и искусствоведческий анализ творчества лиц с психическими аномалиями, организация для них выставок, продаж штучного производства.

В пожилом и старческом возрасте нарушения прав психически больных особенно часты. Помещение слабоумных и больных с хроническим бредом на дефицитарной почве в интернаты для психохроников происходит лишь по заключению врачей-психиатров. При этом для формальности берутся заявления о направлении в такие интернаты у самих больных, хотя содержание самого медицинского заключения о наличии слабоумия или глубоких изменений личности исключают возможность свободного волеизъявления. Эти несчастные при переводе в интернаты лишаются возможности контролировать свое имущество, и оно нередко расхищается. К сожалению, в проекте нового Закона о психиатрической помощи в СССР не предусмотрено обязательное решение вопроса о дееспособности лиц, направляемых в психоневрологические интернаты, и бесправие будет продолжаться. С учетом того, что число психических расстройств и состояний слабоумия увеличивается по мере старения, вопрос о защите прав больных с такими расстройствами становится все более актуальным. Судебный контроль за психическим состоянием и имуществом лиц, признанных недееспособными, является гарантом защиты их прав. Имущество и денежные накопления недееспособных, не имеющих законных наследников, после их смерти должны передаваться специальному фонду, призванному расходовать имеющиеся в его распоряжении средства для нужд психически больных и защиты их прав.

Я не претендую на полное освещение всех проблем, связанных с нарушением прав психически больных. Хотелось бы дожить до того времени, когда наше общество сможет приступить к их разрешению.

ИТОГИ ДОРАБОТКИ ПРОЕКТА ЗАКОНА О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ. ВКЛАД НПА И ОЧЕРЕДНЫЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

С.С. Гурвиц

Психиатрическое законодательство в нашей стране (ведомственные инструкции "для служебного пользования" не в счет) появилось только в 1988 г. в виде Указа "Об условиях и порядке оказания психиатрической помощи". Сработанный, как теперь выяснилось, в обстановке кабинетно-келевой спешки, — как ответ на поток разоблачительных "психиатрических" публикаций, — он свалился на голову психиатров как снег в июле. При этом он был явно неполноценным: сковывая действия психиатров — он допускал одновременно произвольные толкования далеко не в интересах больных. Он, короче, с самого начала требовал обновления и уточнений, о чем НПА сразу же недвусмысленно высказалась.

Может быть в результате повсеместной критики, может быть потому, что Указ далеко не всегда действовал, — в июле 1990 года был обнародован проект уже не Указа — Закона о психиатрической помощи.

Не прошло и четырех месяцев после того, как он был разруган в печати чуть ли не всеми, — в том числе, и мною, — как в Комитете по Законодательству Верховного Совета СССР была сформирована рабочая группа для окончательной доработки проекта.

Независимой психиатрической ассоциации была предоставлена возможность делегировать в эту группу своих представителей.

К сожалению, из пятерых, начинавших работу в ноябре 1990 года, к июню 1991 осталось только трое. Уехал из страны Игорь Яковлевич Дашевский и – потеря невозполнимая – скончался Александр Иосифович Рудяков.

Тем не менее они успели внести свой весомый вклад в дело подготовки проекта. Игорь Яковлевич представил свой альтернативный вариант, а Александр Иосифович не оставил без внимания ни одну статью официального проекта, требуя, прежде всего, уважения к праву и главному субъекту Закона – гражданину, независимо от того, болен ли он психически или нет.

Думается, что никто из работавших в комиссии вместе с Александром Иосифовичем не сможет отрицать, что к его замечаниям прислушались с большим вниманием и асы юриспруденции из Института государства и права Академии наук, и профессора из ведущих научно-исследовательских психиатрических институтов страны.

А их собиралось за столом заседаний порой семь-восемь человек, не говоря уже о старших научных сотрудниках и главных специалистах. Это был, изъясняясь торжественно, высший психиатрический свет, полагавший себя, не без оснований, официально признанным и авторитетным законодателем психиатрической моды.

Допущенная в это высшее общество НПА не собиралась, однако, присутствовать там на положении бедных родственников, удовлетворяющихся похмельем в чужом пиру.

Разговор шел на равных и позицию НПА никто бы не смог назвать пассивной.

При этом мы не старались во что бы то ни стало во всем и всегда, подобно мелкому бесу, противоречить иной точке зрения. Мы не становились в оппозицию ради одной лишь оппозиции, и вместе со всеми искали конструктивных путей. Мы стремились к тому, чтобы будущий Закон, каким бы он не был по форме, не сводился, как это было в Указе от 5 января, только к охране кое-каких прав группы населения, “страдающих психическими расстройствами”.

Смысл Закона НПА видела в том, что необходимо утвердить равенство всех граждан, не обуславливая это равноправие наличием или отсутствием психических расстройств.

Выделение “страдающего психическими расстройствами” меньшинства, по нашему мнению, усилило бы и без того

искаженное, а то и невежественное отношение общества не только к психически больным, но и ко всем подозреваемым в этом: подозрительности, эфместически называемой бдительностью, у нас хоть отбавляй.

Мы с удовлетворением можем констатировать, что наша концепция, хотя и не всегда, нашла отражение в тексте Закона. Мы считаем чрезвычайно важным, что удалось исключить из первой (камертонной на языке музыкантов) статьи законопроекта, где сформулированы задачи Закона, чисто полицейское, карательное, по сути, положение о “защите общества от общественноопасных действий психически больных”. Оставление этой фразы способствовало бы закреплению столь же распространеного, сколь и абсолютно неверного представления об опасности каждого психически больного.

Нам удалось, хотя бы и в неявном виде, включить в законопроект презумцию психического здоровья для каждого гражданина, пока иное не будет установлено специалистами, имеющими право на оказание психиатрической помощи. С правом, естественно, обжалования гражданами, заключения этих специалистов.

Удалось в какой-то мере оградить граждан от унижительной обязанности отчитываться в своем психическом здоровье каждому встречному и поперечному официальному лицу, которому в силу превышения полномочий или просто из любопытства захотелось это узнать.

Удалось утвердить в Законе положение о том, что оказывать психиатрическую помощь могут не только официальные психиатрические учреждения, но и независимые организации, действующие по своему уставу, а не по предписаниям Минздрава. Можно сказать, что тем самым, в частности, было признано правомерным и само существование НПА.

По нашей инициативе в проект Закона были включены такие принципиальные юридические положения, как право на законное представительство больных для администрации амбулаторных и стационарных психиатрических учреждений. До этого защита прав и интересов, а также представительство больных зависело от инициативности врача, который мог хотеть, а мог и не хотеть идти в суд, чтобы отвоевывать алименты для больной, оставленной мужем, или добиваться восстановления на работе больного, уволившегося “по собственному желанию”, подсказанному ему угрожающими голосами. С введением Закона в действие врачи государственных психиатрических учреждений обязаны

будут в любом случае выступать узаконенными защитниками больных в сложных житейских ситуациях, а если не смогут этого, — то, надо полагать, не смогут работать в психиатрии вообще.

Далее, нами было включено в Закон очень важное положение об осуществлении психиатрическими стационарами опекунских функций в отношении больных, признанных недееспособными и находящимися длительное время в психиатрических стационарах без перспектив на выписку и не имеющих опекунов. Пенсии этих больных и до сего времени накапливаются в отделах социального обеспечения без какой-либо возможности использовать принадлежащие больным деньги на дополнительное питание, табак, обеспечение которым, как известно, в смету расходов лечебного учреждения не входит, или, скажем, на новые тапочки. Если Закон будет принят — больницы, наконец, получат право расходовать эти средства в интересах больных и по их желанию.

Наконец, принципиально новым законоположением было установление периодических пересмотров оснований для нахождения в психоневрологических интернатах для тех, кто там оказался. НПА к тому времени накопила большое количество фактов пожизненной, буквально рабской зависимости этих больных от администрации, осуществляющей по Закону опекунские функции над лицами, не признанными недееспособными или признанными таковыми очень давно и с того времени признаки недееспособности утратившими. Введение в Закон этого нового положения способствовало бы устранению многих и многих несправедливостей.

Таким образом, в активе НПА в ее работе в комиссии по подготовке Закона оказалось многое. Не все идеи, к сожалению, удалось претворить в жизнь. Мы не смогли добиться изменения явно профессионально-ведомственного названия Закона и это во многом определило перегруженность текста излишними подробностями, более уместными в объявлениях на больничных дверях. Мы не убедили большинство комиссии в необходимости отказаться от словосочетания “лица, страдающие психическими заболеваниями”, о скрытой сегрегационности которого говорилось выше.

Ни эти, ни более мелкие предложения не были приняты. Более того, уже в самом конце работы, буквально накануне представления в Комитет по охране здоровья народа появилось в тексте расплывчатое и громоздкое определение оснований для недобровольной госпитализации в случаях, когда патологическое психическое состояние не представляет непосредственной опасно-

сти для больного и окружающих, но тем не менее требует врачебного вмешательства.

Поэтому на представлении законопроекта в Комитете НПА пришлось выступить с особым мнением. Оно, как и наши поправки к внесенному на Комитет тексту, опубликовано в “Независимом психиатрическом журнале”, а для массового читателя — в “Новом времени”, чей № 34 вышел в свет в перевернувшие всю страну августовские дни.

Они отодвинули вопрос о принятии Закона на несколько месяцев. Только в октябре работа над проектом была возобновлена в Комитете Верховного Совета России.

НПА включилась в эту работу только в конце ноября — и очень своевременно, так как выяснилось, что именно те идеи Закона, которые составляли предмет некоторой нашей гордости, исчезли из нового варианта. Как и почему это произошло — такая же тайна, как и “неодождения” до нового состава рабочей группы наших поправок, письменно внесенных еще в июне...

Усилиями НПА исчезнувшее сейчас восстанавливается. Многие еще предстоит отстаивать — все как будто начинается сызнова.

Но НПА, прошедшая семимесячное обучение законотворчеству в предшествующей комиссии, не намерена отступать от своих принципов. Она будет продолжать борьбу за создание Закона, который в равной мере защитит права и здоровых, и больных от обывательской недоброжелательности, чиновничьей подозрительности и административного произвола.

О НЕКОТОРЫХ ДИСКУССИОННЫХ ПРОБЛЕМАХ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

С. Н. Шишков

Обсуждая вопрос о причинах и условиях злоупотреблений психиатрией в СССР, которые выражались в направлении на принудительное лечение лиц, в нем не нуждавшихся, многие исследователи указывают на несовершенство механизма правового регулирования производства судебно-психиатрической экспертизы и процедуры рассмотрения дел о применении принудительных мер медицинского характера. Отмечается, в частности, что обвиняемых не знакомили с результатами судебно-психиатрической экспертизы и не вызывали в судебное заседание, где рассматривалось их дело. При этом как бы неявно предполагается, что ознакомление обвиняемого с экспертным заключением или вызов его в суд могли существенно повлиять на исход дела и привести к иному судебному решению. В этой связи следует указать на явное преувеличение юридического фактора в ситуации, в которой он не мог быть решающим. Права и законные интересы лица при производстве экспертизы обеспечиваются не только чисто юридическими гарантиями — особой процедурой ее назначения и проведения, возможностью заявлять ходатайства и приносить жалобы. Права и законные интересы лица в ходе производства экспертизы обеспечиваются также неюридическими средствами —

материальными, кадровыми, политическими. При отсутствии, к примеру, надежных политических гарантий независимости следователя, прокурора, суда и эксперта, когда обладающие широкими властными полномочиями политические структуры способны оказать существенное воздействие на любого из перечисленных субъектов (например, по классическим канонам “телефонного права”), правосудие и законность по сути “отсекаются” от реального процесса правоприменения. В подобных условиях зачастую уже не имеет существенного значения, ознакомлен ли испытуемый с экспертным заключением и вызывается ли он в суд для участия в судебном разбирательстве. Ибо юридический механизм разрешения дела уже не действует, его заменяет макет юридического механизма, лишь имитирующий правовую деятельность. Попытки улучшить работу такого макета не могут привести к успеху, поскольку подлинные движущие силы правоприменительных процедур лежат вне его пределов.

В системе нормально функционирующего юридического механизма любой из его элементов исключительно важен, так как он реально действует. В механизме-макете все его составные части работают вхолостую, их усиление или ослабление не дают желаемого эффекта. Отсюда попытка отыскать источник злоупотреблений психиатрией нашего недавнего прошлого в несовершенстве юридического механизма производства экспертизы или применения принудительных медицинских мер есть методологически неверный прием. Нельзя мерить юридическими критериями правового государства причудливые aberrации тоталитарного Зазеркалья.

Весьма распространенным является мнение, согласно которому подчиненность судебно-психиатрических учреждений Министерству здравоохранения и его “ведомственный интерес”, — это едва ли не главная причина всех неурядиц советской судебной психиатрии. Если следовать логике подобных воззрений, то можно прийти к абсурдному выводу, что массовые репрессии с СССР 30–40-х годов были выражением ведомственного интереса Народного комиссариата внутренних дел. Однако политические решения, давшие начало государственному террору, принимались вне стен НКВД, само это наводящее страх ведомство служило лишь орудием исполнения политической воли правящей группировки, состоящей из людей, не носящих чекистской униформы. Могло ли, к примеру, соответствовать ведомственному интересу НКВД то обстоятельство, что наибольшие потери (в относительном, а не абсолютном выражении) в период “Большой чистки” понесли сами наркомвнутделцы?

Во многих странах судебно-психиатрические экспертные службы входят в систему органов здравоохранения, что не рассматривается, однако, как серьезная угроза возникновения злоупотреблений. Да и на практике подобная система не приводит к многочисленным или особо тяжким нарушениям прав человека.

Ведомственная подчиненность и ведомственный интерес (который безусловно имеется у любого ведомства любой страны) сами по себе не влекут грубых нарушений законности. Министерство есть необходимый для нормального функционирования общества государственный институт, а отнюдь не постоянный источник зла и насилия. Решающими оказываются общая политическая атмосфера, в которой действует ведомство вкупе с развитыми юридическими гарантиями защиты прав человека. К тому же ведомственная принадлежность и политическая зависимость не всегда идентичны. Тоталитарные режимы прекрасно научились "приручать" организации и объединения, имеющие статус общественных и даже полностью "независимых".

Подчиненность экспертной психиатрической службы местным органам власти (например, мэрии) считается некоторыми сторонниками независимой экспертизы* предпочтительней ее подчиненности органам здравоохранения. Едва ли с такой постановкой вопроса можно безоговорочно согласиться. Прежде всего в мэрии, как правило, нет лиц, сведущих в психиатрии, что почти полностью исключает саму возможность нормального организационного руководства этой весьма специфической сферой профессиональной деятельности. Сведущих в психиатрии лиц, которые потребуются для решения организационных вопросов, необходимо специально приглашать, то есть создавать при мэрии своеобразное "мини-министерство" по экспертно-психиатрическим делам. И вопрос о том, будет ли оно лучше "макси-министерства" остается открытым. Далее, если рассматривать административное начальство психиатров-экспертов как потенциальный источник злоупотреблений психиатрией, то следует признать, что у местных органов власти значительно больше поводов для использования психиатрии в качестве средства расправы над

* Наименование "независимая экспертиза" нельзя признать удачным, ибо словом "экспертиза" обозначается сам процесс производства специальных исследований. Независимым можно именовать эксперта, проводящего исследования, или экспертное учреждение, в котором они проводятся. Однако наименование "независимая экспертиза" очень быстро вошло в наш лексикон и заняло в нем прочные позиции, так что отказаться от его употребления было бы нелегко.

неугодными людьми, чем у любого отдельно взятого ведомства. Ибо кто неугоден органу здравоохранения? Тот, кто недоволен состоянием медицинских учреждений или тот, с кем высокое медицинское начальство имеет личные счеты. А кто может оказаться неугодным мэрии? Тот, кто недоволен состоянием дел в любой из подведомственных ей областей — в торговле, на транспорте, в общественном питании, народном образовании и, в частности, в том же здравоохранении. И если органы и учреждения здравоохранения повинны в каких-то злоупотреблениях, то, вне всяких сомнений, подавляющее большинство нарушений закона допускалось ими не по собственному почину, а по инициативе других инстанций.

Наиболее радикальная модель независимой психиатрической экспертизы исходит из признания абсолютной свободы психиатров-экспертов, их полной независимости от каких-либо властных структур, из необходимости создания экспертных учреждений по типу объединений лиц свободных профессий, например, коллегий адвокатов. Однако, любая профессиональная ассоциация, занимающаяся деятельностью столь важной в социальном отношении, должна отвечать как минимум двум требованиям: обеспечения достаточного профессионального уровня ее членом и соответствия их деятельности профессиональным, этическим и юридическим стандартам. Если доверить подготовку экспертных кадров и контроль за экспертной деятельностью государственным органам, то мы вновь получаем ту или иную разновидность ведомственной экспертизы. Если же попытаться возложить эти функции на независимые в административном отношении профессиональные группы, то возникают весьма непростые вопросы иного рода. Какой из свободных профессиональных ассоциаций следует поручить исполнение названных функций, если самих ассоциаций может быть несколько? Кто сделает между ними выбор? Кто обеспечит унификацию требований и единство контрольной политики, если "вольные" ассоциации имеют на сей счет разные точки зрения? И не начнет ли свободная ассоциация, обремененная рассматриваемыми функциями, приобретать черты, свойственные любому государственному институту с его обычными атрибутами — бюрократизацией, возникновением "классического" ведомственно-го интереса и проч.?

К сказанному стоит добавить, что действующие в нашей судебной психиатрии системы подготовки кадров, унификации профессиональных критериев и контроля были на протяжении многих лет сугубо государственными, так что решительное их

“разгосударствление” способно не только упразднить государственные структуры, но одновременно с этим разрушить все профессиональные и контрольные основы судебной психиатрии. Вместо работающих структур, хотя и недостаточно эффективных, мы можем получить недееспособные аморфные образования.

Подобный сценарий развития событий никоим образом нельзя сбрасывать со счетов. Уже сейчас в ряде регионов страны созданы независимые от органов здравоохранения судебно-психиатрические экспертные объединения, которые, насколько можно судить по имеющейся информации, по своим профессиональным качествам уступают государственным. Как поведал с грустной иронией председатель СПЭК одной из отдаленных областей России: “Достаточно трем авантюристам с дипломами врачей объявить себя независимой судебно-психиатрической комиссией, чтобы сделать жизнь всех судебных психиатров региона невыносимой”. Такая комиссия может полностью игнорировать любую систему контроля за соблюдением ее членами профессиональных стандартов (в том числе и контроля со стороны негосударственных организаций), что способно привести к состоянию, которое наилучшим образом характеризует вошедшее ныне в моду слово “беспредел”.

В обстановке обостряющегося конфликта между независимыми и государственными судебно-психиатрическими структурами автор этих строк не хотел бы оказаться заподозренным в предвзятости по отношению к той или другой стороне. У меня нет никаких оснований утверждать, что низкий профессионализм или нравственная беспринципность есть неизбежный спутник какой-то одной из экспертных систем – государственной или частной. Кадровый состав органов здравоохранения тоже едва ли справедливо квалифицировать как беспросветное сонмище “плохих парней”. Да и сами попытки утвердить одну систему за счет вытеснения или разрушения другой представляются принципиально недопустимыми и таящими в себе немалые опасности. Следует ясно отдавать себе отчет в том, что “огосударствленность” или “разгосударствленность” как таковые еще не являются достаточными гарантиями безупречности экспертной работы. В каждой из обеих систем должны быть разработаны механизмы организации и контроля, причем в необходимых случаях средства предупреждения правовых, этических и профессиональных нарушений и меры воздействия на нарушителей должны быть адекватно жесткими.

Видимо, в сложившихся условиях на смену дискуссиям об

априорных преимуществах или недостатках той или иной системы судебно-психиатрической экспертизы должен прийти период “практического доказывания” их слабых и сильных сторон. Лучшими условиями для этого было бы общее усиление самостоятельных начал во всей судебно-экспертной деятельности, включая судебно-психиатрическую. Честная конкуренция экспертов под процессуально-правовым контролем органов, ведущих производство по уголовному или гражданскому делу, и в первую очередь суда, послужит, надо полагать, на благо всем экспертам. Правда, необходимость обеспечения контроля за качеством экспертизы со стороны лиц, не обладающих специальными познаниями, поднимает немало очень сложных проблем. Однако они заслуживают отдельного рассмотрения.

ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

(ГЛАЗАМИ СУДЕБНОГО ПСИХИАТРА)

Ю. Л. Метеллица

Судебная психиатрия является, как известно, отраслью общей психиатрии, развивающейся в тесном взаимодействии с правом. Весь комплекс диагностических, терапевтических и профилактических задач, решаемых судебными психиатрами, в конечном итоге нацелен на достижение результатов, всегда имеющих то или иное правовое значение. Так, ни в одном случае судебно-психиатрическая экспертиза не может ограничиться лишь констатацией психической патологии и ее возможно более точной квалификацией. Органы, назначающие судебно-психиатрическое экспертное заключение, в конечном итоге интересуют не то, чем болен подэкспертный, а, если он болен, имеются ли у него такие особенности психических расстройств, которые приобретают юридическую значимость (исключающие вменяемость обвиняемого, нарушающие способность свидетеля или потерпевшего дать показания и т.п.). Столь тесной нацеленностью судебной психиатрии на исключительное решение задач, имеющих правовое значение, в значительной степени определяется существенная специфика судебной психиатрии, характер и объем специальных познаний, необходимых судебным психиатрам. Однако осмысление этой специфики, которое, в частности, необходимо для

решения вопроса о минимальных требованиях к квалификации психиатра, выступающего в роли судебно-психиатрического эксперта, заслуживает специального обсуждения, особенно в контексте проблемы независимой экспертизы. Мы же здесь хотели бы подчеркнуть мысль о том, что благодаря тесной связи между судебной психиатрией и правом, тенденции развития последнего неизбежно в той или иной степени должны проявляться и в судебной психиатрии. С другой стороны, правомерна постановка вопроса о том, что развитие судебной психиатрии может также оказывать влияние на право (естественно, в тех областях, где имеются соответствующие узлы такого взаимодействия). И еще один момент. Многие вопросы, напрямую относящиеся к правовому регулированию судебно-психиатрической экспертизы, возникают при ее непосредственном проведении и поэтому более заметны судебным психиатрам. Этим также оправдывается возможность и необходимость обсуждения психиатрами вопросов о правовой регуляции судебно-психиатрической экспертизы.

Вместе с тем, на протяжении длительного времени отечественная судебная психиатрия (в отличие от судебной психиатрии в западных странах) развивалась как бы изолированно и почти никак не использовала возможностей широкого взаимодействия с правовой наукой. Более того, существовала позиция, согласно которой судебные психиатры не должны были затрагивать правовых вопросов, даже непосредственно относящихся к их компетенции, оставляя их решение исключительно специалистам в области юриспруденции. В свою очередь и юристы лишь эпизодически обращались к данной проблематике. В результате не нашли своего развития многие актуальные теоретические и практические вопросы, относящиеся к обсуждаемой проблеме, что в целом негативно сказывается на существующей и сегодня ситуации, причем как в области судебно-психиатрической науки, так и в сугубо практической сфере. Более того, есть основания утверждать, что ряд вопросов, обсуждавшихся в контексте проблемы нарушения прав человека, имеют прямое отношение к неразвитости в нашей стране правовой регуляции психиатрии в целом и недостаточному развитию этого же аспекта применительно к судебной психиатрии.

В настоящее время, как известно, в нашей стране идет интенсивный законотворческий процесс. Только что подготовлен проект нового Уголовного кодекса РСФСР. На повестке дня — создание нового уголовно-процессуального, гражданского, гражданско-процессуального, уголовно-исполнительного и иного от-

раслевого законодательства, в котором неизбежно будут содержаться нормы, имеющие непосредственное отношение к судебной психиатрии. Таким образом, сегодня можно говорить об уникальной ситуации, в которой имеются благоприятные условия для решения ряда актуальных вопросов, требующих своего законодательного регулирования. Перечень этих вопросов весьма велик, поэтому мы постараемся обрисовать проблематику (также далеко не всю), относящуюся к судебно-психиатрической экспертизе только в уголовном процессе. Следует отметить, что часть из нижеприведенных проблем была представлена для обсуждения судебными психиатрами и юристами - участниками "круглого стола", проведенного в январе 1991 г. в Институте им. Сербского. По некоторым из них, относящихся к нормам уголовного законодательства, сотрудниками Института им. В. П. Сербского и Института государства и права АН СССР были сформулированы предложения, которые использованы при подготовке проекта только что опубликованного УК РСФСР.

Одна из основных проблем, нуждающихся в более совершенном правовом регулировании, связана с понятием невменяемости. Следует отметить, что проблема невменяемости имеет целый ряд важных аспектов, то или иное решение которых должно найти непосредственное отражение в законе. Достаточно указать на необходимость такой формулировки этого понятия, которое бы способствовало его сколько-нибудь единообразной содержательной интерпретации. Действительно, что означает "невозможность отдавать себе отчет в своих действиях..."? В какой степени человек должен быть неспособен к произвольной регуляции своего поведения, чтобы быть признанным невменяемым? Где критерии, позволяющие осуществить подобное разграничение? Эти и им подобные вопросы являются далеко не праздными, так как за ними, например, стоит проблема объективности, достоверности экспертных заключений. Как свидетельствует анализ экспертных расхождений в отношении вменяемости, значительная часть из них связана не с расхождениями в нозологической и синдромальной диагностике, а с различной трактовкой экспертами сущности юридического критерия невменяемости.

В этом плане можно приветствовать уже реализованную в Проекте УК РСФСР идею изменения редакционной формулы самого понятия невменяемости, в том числе его юридического и медицинского критериев. Вместо привычной, но трудно поддающейся содержательной интерпретации формулировки юридическо-

го критерия в виде "отдавать себе отчет в своих действиях ..." ныне записано "осознавать значение своих действий...". Термин "осознавать", с учетом имеющихся научных данных, в правовом контексте поддается более четкой трактовке (Ю. Л. Метелица, С. Н. Шишков, 1989), хотя сам по себе, без дополнительных комментариев, он также может оказаться бессодержательным. Не имея возможности более подробно, в том числе в конструктивном плане обсуждать эту проблему, отметим лишь, что без ее решения, то есть без содержательной трактовки понятия невменяемости, бессмысленным окажется и новая норма об ограниченной вменяемости. Ведь между понятиями вменяемости, ограниченной вменяемости и невменяемости должны быть "осязаемые" различия. Без содержательной интерпретации юридического критерия невменяемости ясное и всем понятное разграничение между невменяемостью и ограниченной вменяемостью, также впрочем, как между ограниченной вменяемостью и вменяемостью, вряд ли осуществимо.

Еще несколько слов об ограниченной вменяемости. Помимо того, что введение в закон этой нормы требует уточнения исходных понятий невменяемости и вменяемости (определения последнего, как известно, в законе нет), без чего просто невозможно будет сформулировать соответствующие критерии экспертной оценки, необходимо осмыслить и характер правовых последствий признания лица ограниченно вменяемым. Действительно, что повлечет для лица подобная квалификация? В Проекте УК РСФСР указано, что признание лица ограниченно вменяемым может учитываться при назначении наказания и служить основанием для применения мер медицинского характера. Отсюда следует, во-первых, что ограниченная вменяемость может по усмотрению суда влечь (но не во всех без исключения случаях) смягчение наказания. Кроме того, имеется возможность применения к подобным лицам мер медицинского характера. Не обсуждая здесь вопрос об организационных формах и возможностях проведения в исправительных учреждениях нашей страны такого рода лечения (важным компонентом которого, учитывая наиболее реальный контингент тех, кого признают ограниченно вменяемыми, будет психотерапия и психокоррекция), обратим лишь внимание на то, что лицо вправе отказаться от подобной медицинской помощи, поскольку меры медицинского характера не являются принудительными. В таком случае возможны ситуации, когда признание лица ограниченно вменяемым не повлечет никаких правовых последствий. Наказание, несмотря на ограни-

ченную вменяемость, не будет смягчено (а автоматическое смягчение наказания в связи с ограниченной вменяемостью по понятным соображениям неправомерно) и не будет применено никаких мер медицинского характера. Что же касается возможности применения принудительных мер медицинского характера к ограниченно вменяемым, то это представляется совершенно недопустимым (подробная аргументация на этот счет изложена в пояснительной записке к соответствующему разделу Проекта УК РСФСР группой сотрудников ВНИИ им. В. П. Сербского и Института государства и права АН СССР).

Одним из путей конструктивного выхода из создавшегося противоречия является введение в законодательство (скорее всего в исполнительное) совершенно новой нормы "исполнительной дееспособности" (С. Н. Шишков). Ее суть состоит в том, что одним из необходимых условий, обеспечивающих возможность достижения целей наказания, является определенная степень психической сохранности лица, которая может быть частично (или полностью) утраченной в результате психического расстройства, не исключающего вменяемость (или ограниченную вменяемость). В случаях, когда "исполнительная дееспособность" будет утрачена не полностью (полная утрата "исполнительной дееспособности", естественно, должна влечь освобождение от отбывания наказания), а частично, необходим комплекс мер (в том числе и медико-психологических), направленных на создание адекватных условий для данного контингента осужденных. О том, какими должны быть эти условия, уже высказываются разные точки зрения (от создания "облегченных" условий отбывания наказания в сочетании с обеспечением необходимой медико-психологической помощи до организации специализированных исправительных учреждений, ориентированных на содержание таких лиц). Но главное, пожалуй, состоит в другом. Предлагаемая норма позволит более адекватно учитывать психические расстройства у лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы. Дело в том, что "ограниченно исполнительно дееспособными" могут оказаться не только ограниченно вменяемые (и, что принципиально, далеко не все из них), но и лица с психическими расстройствами, признанные вменяемыми. Ведь совершенно очевидно, что требования к психическому потенциалу лица применительно к способности произвольно регулировать свое поведение в нередкой скоротечной криминальной ситуации и в ситуации отбывания наказания неидентичны. Кроме того, речь идет о психическом состоянии лица в разные временные периоды, на

протяжении которых возможна та или иная динамика имеющейся психической патологии.

Не останавливаясь более на этой проблеме, подчеркнем, что она, на наш взгляд, должна стать предметом совместного обсуждения юристов и судебных психиатров при подготовке исполнительного (а возможно и при доработке уголовного) законодательства.

Применительно к нормам уголовного права можно выделить и ряд других общих для юристов и психиатров весьма актуальных проблем. Среди них – проблема ответственности за преступления, совершенные в таких состояниях опьянения, когда очевидно нарушается способность к произвольной регуляции своего поведения, которые вызваны добровольным приемом алкоголя, а также наркотических и одурманивающих веществ.

Особое место занимает проблема применения мер медицинского характера к правонарушителям, страдающим алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями, в случаях осуждения их к лишению свободы. Неэффективность осуществляемого и сейчас принудительного лечения от алкоголизма в местах лишения свободы (а возможно ли в принципе при современном уровне научных знаний и терапевтических возможностей принудительное лечение этого заболевания?), наступление в связи с назначением такого лечения ряда очевидных негативных правовых последствий для лица, из-за чего эта медицинская мера воспринимается теми, кому она адресуется, как дополнительное наказание, а также ряд иных причин оправдывают, на наш взгляд, изъятие из Проекта УК РСФСР данной нормы (там предусмотрено применение только непринудительных мер медицинского характера к лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией). Вместе с тем подобная постановка вопроса, возможно, вызовет неоднозначную реакцию и явится предметом острой дискуссии. Однако не вызывает сомнения, что данная проблема должна быть поставлена в явном виде и в конечном итоге получить свое законодательное решение.

Широк комплекс проблем, относящихся к уголовно-процессуальному законодательству. К их числу относятся вопросы, так или иначе затрагивающие задачу обеспечения прав и законных интересов лиц при направлении их на судебно-психиатрическую экспертизу и в период прохождения судебно-психиатрического экспертного освидетельствования. Ведь сама судебно-психиатрическая экспертиза, особенно стационарная, сопряжена с рядом правоограничений, и поэтому ее назначение должно иметь

реальные, устанавливаемые в соответствии с определенной правовой процедурой, основания. Наиболее значимой, однако, является проблема введения в уголовно-процессуальное законодательство понятия уголовно-процессуальной дееспособности и четкого определения условий ее ограничения или утраты. Этот вопрос в последние годы неоднократно ставился в научных работах юристов и судебных психиатров, однако пока еще не нашел своего законодательного решения. Совершенно очевидно, что помимо ряда прочих причин, исключающих или ограничивающих процессуальную дееспособность обвиняемого (подсудимого) или потерпевшего, выступают и психические расстройства, нарушающие возможность лица выполнять свои процессуальные права и обязанности и таким образом активно участвовать в процессе. Экспертное определение нарушения процессуальной дееспособности (некий аналог экспертизы по определению "способности предстать перед судом" в США и ряде других западных стран) будет возможным только после законодательного определения данного понятия и раскрытия содержания его юридического критерия.

Следует особо отметить, что между невменяемостью и процессуальной недееспособностью не может быть однозначной связи. Эти понятия относятся к разным периодам времени (ситуация совершения преступного деяния и ситуация предварительного следствия и судебного разбирательства), на протяжении которых возможна динамика психического состояния лица; кроме того, очевидно, что юридические критерии невменяемости (ограниченной вменяемости) и нарушенной процессуальной дееспособности не должны совпадать, поскольку речь идет о разных требованиях к психическому потенциалу лица, осуществляющего разные виды юридически значимой деятельности. Необходимость участия невменяемого в процессе (в тех случаях, когда его психическое состояние позволяет это), в том числе при обсуждении вопроса о необходимости применения к нему мер медицинского характера, представляется одной из важных гарантий обеспечения процессуальных прав данного лица. Еще одна важная проблема связана с определением способности лиц, признанных невменяемыми, давать показания по делу. Хотя в действующем законодательстве отсутствует прямая норма, согласно которой невменяемый не может давать показания по делу, на практике невменяемый как правило не участвует в процессе и не дает показаний. Между тем, требования к психическому потенциалу лица с позиций, определяемых юридическим критерием невменя-

емости и аналогичным критерием неспособности давать показания, далеко не идентичные. Возможны случаи, когда невменяемый в состоянии дать полноценные показания как о событиях криминальной ситуации, так и о юридически значимых обстоятельствах, предшествовавших преступлению или имевших место впоследствии. Таким образом, вопрос о легализации показаний невменяемых (естественно на основе заключения судебно-психиатрической экспертизы) также представляется весьма актуальным.

Как уже отмечалось выше, перечень правовых проблем, имеющих непосредственное отношение к предмету судебной психиатрии и потому заслуживающих совместного обсуждения в связи с подготовкой новых законов, можно было бы существенно расширить. Это расширение возможно как за счет проблем, относящихся к уголовному и уголовно-процессуальному законодательству, так и к другим законам. В качестве примера можно сослаться на проект готовящегося сейчас Закона о психиатрической помощи, где предусмотрен ряд процедур судебного рассмотрения спорных вопросов (например, на предмет правомерности неотложной госпитализации, недобровольной госпитализации в психиатрический стационар и др.). Отсюда вытекает потенциальная возможность обращения судов к специалистам и, таким образом, назначения экспертных исследований с постановкой соответствующих "нетрадиционных" для отечественной судебной психиатрии вопросов. Таким образом, речь идет о весьма широком и пока еще далеко не полностью реализованном у нас в стране поле взаимодействия права и судебной психиатрии (а точнее - права и психиатрии). Нам представляется, что сейчас должны быть предприняты взаимные усилия психиатров и юристов для решения общих вопросов. Развитие "правовой психиатрии" в нашей стране (а в этом контексте мы рассматриваем и проблему совершенствования правовой регуляции судебно-психиатрической экспертизы) является одним из необходимых условий для создания реальных гарантий обеспечения прав и законных интересов лиц с психическими расстройствами.

ИЗ ДИСКУССИИ

Б. В. ШОСТАКОВИЧ:

В самой бедной медицине самой бедной была психиатрия. В отношении же правовых норм совершенно прав Эмиль Львович, когда говорил, что закон может работать тогда, когда он воспринят психиатрической и непсихиатрической общественностью. Какой бы ни был прекрасный закон, он будет работать тогда, когда поймут, что закон это закон и когда будет создан механизм его реализации. А в нашем обществе этого нет. Нарушения в психиатрии обнаруживаются в любой командировке. Несколько слов по поводу судебно-психиатрической экспертизы. Есть очень интересная норма ограниченной ответственности, которая работает во многих странах мира, но не во всех. В США от нее отказались. Но вот с ограниченной вменяемостью очень сложный вопрос: у нас пока нет критериев этих состояний, поскольку мы эту норму почти не знаем. Причем опыт зарубежных стран очень пестрый... Это не всегда говорит о смягчении наказания. Введение этой нормы может привести к злоупотреблению психиатрией. Когда эта норма обсуждалась в ВС Союза попытки доктора Метелицы исключить принудительное лечение не увенчались успехом. В законе РСФСР слово принудительное вроде бы исключено. И здесь надо очень четко разрабатывать критерии этого понятия. Пока можно говорить с большой долей вероятности, что это правонарушения, совершенные в состоянии аффекта. Но если человек совершил правонарушение в состоянии аффекта, когда возможность контролировать свои действия снижена, то в лечении потом он не нуждается. Но есть группа людей, которая

нуждается в лечении, это группа лиц с расстройствами сексуального влечения, требуют больше эндокринологического и сексологического лечения, чем наказания, как, например, в случаях обнажения себя.

Психиатры должны хорошо понять сложность этой нормы, иначе это будет самая страшная ошибка, которая эту норму уничтожит и смысл ее исказит.

А. В. НЕМЦОВ:

Психиатрия по-прежнему употребляется во зло по прежнему больные считаются людьми второго сорта, и с этим конечно надо бороться. Сейчас эта проблема будет замазываться в силу того, что злоупотребления власть придерживающими сместились к злоупотреблениям санитарки, гоняющей половой тряпкой больного из комнаты отдыха. Но тем не менее психологические усилия по образованию персонала, тренингу – прекрасные задачи. Но мне кажется, что надо думать о приоритетах. НПА выросла из правовой защиты людей диссидентского круга. Где теперь те власти? Теперь все кончилось. Существует просто естественное негативное отношение ко всякой инакости и это всегда будет. С этим надо бороться, но иерархию целей надо сместить. Есть проблемы, которые множатся на тысячи и десятки тысяч больных. Это материальные проблемы психиатрии, которая оказывается одной из самых бедных в медицине. И может быть стоит поставить вопрос о том, чтобы выдвинуть на первый план проблемы материальные, чтобы больные могли осуществить свои физические отправления в естественных условиях, вот о чем идет речь. Нужно сместить акценты в область экономической помощи психически больным. Мы просто заражены психологическим отношением к больным и поэтому ассоциации надо добиться какой-то экономической помощи для них.

В. М. СЕРПИЛИН:

Я хочу сказать вот о какой проблеме. В первую очередь и психически больные и здоровые должны быть убеждены, что их медицинские карты и другие документы будут полностью объективны. В последнее время появляются статьи в прессе, которые

защищают тех психиатров, которые допускали произвол в отношении психически здоровых и они делают упор на то, что и НПА отвергает эти важнейшие документы психиатрии. Я служил военным психиатром в окружном госпитале и видел как заполняли истории болезни. Лев Николаевич Тимофеев, под началом которого я служил, верой и правдой служил КГБ и без оглядки фальсифицировал психический статус человека. И когда речь заходила об офицерах, обращавшихся с жалобой в Москву, то ЦВВК обычно запрашивала историю болезни. Шеф мой закрывался обычно на полдня со своим помощником и они заново делали историю болезни.

18 октября в "Медицинской газете" появилась статья А. Личко "Когда не хватает профессионализма". Говоря о работе А. Копперса "Биографический словарь политических злоупотреблений психиатрии в СССР", Личко обвиняет серьезных профессионалов, в том числе и нашего почетного члена А. Корягина, в непрофессионализме, потому, что он находится в Швейцарии и не имеет доступа к медицинским картам. Я хочу сказать, что медицинские карты, заполненные в период застоя, не имеют особой ценности.

А. Ю. МАГАЛИФ:

При обсуждении некоторых вопросов, связанных с профессионализмом психиатров, которые так или иначе оказывают воздействие на судьбу больного, надо исходить и из других вещей. Дело заключается в том, что психиатры иногда попадают в положение очень сложное. Приводят, например, человека, совершившего правонарушение с точки зрения существующего законодательства и спрашивают: перед вами здоровый человек или больной? Психиатр, исходя из своего уровня образования говорит, что не здоров. Все, от него больше ничего не требуется, на основании этого заключения могут последовать репрессии. Если менять образование, то я не уверен, что это что-либо изменит. Врач все равно ставит диагноз и от него ничего более не требуется. И наша ассоциация должна требовать, чтобы человека, плюнувшего на Мавзолей не тащили в больницу, так как он может быть болен, но не находится в психотическом состоянии. И если бы он плюнул в другое место, то его никто бы к психиатру не привел.

М. О. ЛЕЙНГОЛЬД:

Есть много важных социальных проблем, которыми никто из психиатров не занимается. Никто не занимается беженцами. И жертвами этнических конфликтов никто не занимается. Если говорить конкретно, то я беру на себя организацию приема и привлечение добровольцев. Недавно проходила конференция "Анатомия ненависти". Это была чистая политика. А это в огромной степени психологическая и психиатрическая проблема. Необходим Центр преодоления агрессии у населения. И психиатры должны принимать участие в этом, а члены НПА – выступить инициаторами. Я вам приведу еще один пример. Я выступил на собрании общества "Память". (Оживление в зале). Представился: "Моя фамилия Лейнгольд. Я еврей во всех поколениях". Правда, говорить долго не дали. Это был клинический эксперимент. Это было некое иррациональное действие. Это патология и заниматься этим должны психиатры. Там практически нет нормы. Тяжелые ущемленные акцентуанты это воплощение нормы там. Там полно тяжелых параноиков, которые мощно индуцируют все. Очень много психопатов.

Э. Л. ГУШАНСКИЙ:

Нам действительно надо расширить сферы своей деятельности. И я поддерживаю Марка Осиповича в его начинаниях. И независимая психотерапевтическая, пограничная служба очень важна.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЬСТВУЮЩЕГО:

В работе Э. Л. Гушанского отражены масштабы правовых нарушений и тот беспредел, который не только в прошлом, но продолжается сейчас. Такие вещи не могут измениться сразу, вдруг, быстро. Достаточно яркий пример этому спецпсихбольница "Сычовка". Здесь все, кроме вывески, осталось прежним: охрана в военной форме, эки в качестве санитаров, тюремный режим, принудительный труд. Мы располагаем большими материалами об этой больнице - это и письма больных, и их непосредственные

свидетельства, и эпикризы на всех, выписавшихся в течение последних нескольких лет. Мы опубликуем эти данные. Они не могут не вызвать реакции сопереживания и возмущения у любого человека; Но руководитель психиатрической службы российского МЗ Л. А. Красавин продолжает отчаянно защищать эту больницу как ... образцовую: никаких злоупотреблений нет и никогда не было. Мы же боремся за радикальное перепрофилирование этой больницы.

Мы считаем необходимым издать антологию судеб известных диссидентов, прошедших через психиатрические больницы: Таркиса, Владимира Буковского, Леонида Плюща, Петра Григоренко, Петра Егидеса и мн. др. Разве нормально, что на Западе они известны лучше, чем на своей Родине?

Работа С. С. Гурвица посвящена проекту Закона о психиатрической помощи. Завтра он станет Законопроектом. Но станет ли он действующим законом? Мы сосредоточили свои усилия на гарантиях его исполнения, которые не столько внутри закона, в виде конкретных сроков и процедур, механизмов государственного и общественного контроля и конкретной ответственности за нарушения Закона, сколько за пределами закона. Нужны независимая экспертиза и другие организационные структуры, нужен контекст правового общества. До этого настолько далеко, что среди нас есть даже сторонники бойкота работы над проектом закона. Так Александр Подрабинек считает, что такой Закон будет грандиозной декорацией, оставаясь пустой бумажкой, так как законы не определяют действительность, а сами вытекают из нее. И мы постоянно видим среди психиатров не просто правовую неграмотность, а правовую пассивность и правовой нигилизм. Красноречивым подтверждением этому является этот полупустой зал. Как участник обсуждения проекта Закона на Московском и Республиканском обществах психиатров могу засвидетельствовать, что там было тоже самое.

Крайне важным и плодотворным является критический анализ как существа самого понятия, так и возможностей реализации независимой экспертизы. Наша ассоциация, создавшая весной 1989 г. институт независимой психиатрической экспертизы, заинтересована в его разностороннем критическом обсуждении. Сергей Николаевич Шишков ярко показал многообразные опасности на пути независимой экспертизы. Жаль, что он сделал это лишь на теоретическом уровне. Реальная практика за прошедшие 2,5 года ушла вперед. Поэтому критическое острие этой работы может ранить лишь экспертизы типа царегородцев-

ской. Но именно здесь мы видим, что профессиональное сообщество проявляет солидарность и отторгает такие группы, игнорирует их заключения. Поэтому опасность самозванных комиссий сильно преувеличена. При этом игнорируется решающая роль профессиональной репутации, верифицируемость, по крайней мере, ряда заключений самой жизнью, в силу возможных обострений психоза и многое другое.

Решительно нельзя согласиться со стилем поэментной критики. Я уже неоднократно показывал абстрактность и непродуктивность сходной критики критериев психической нормы и критериев психогенных психозов. Какой смысл рассуждать об разгосударствлении вне контекста: о каком типе государства идет речь? Какой смысл решать элементарные альтернативы, если в реальной жизни такого просто нет? Ведь сама возможность независимости возникает только в достаточно сложной и динамичной системе. Это диктует принципиально другой теоретический и математический аппарат.

Многие из затронутых проблем являются проблемами нашего смутного переходного периода и исчезают при нормальном функционировании устоявшегося демократического общества. Если еще недавно Сергей Николаевич напрочь отвергал саму возможность независимой экспертизы, то сейчас у него звучит идея паритетности и состязательности, с которой нельзя не согласиться. Отзвуки былой тенденциозности звучат в заострении позиции оппонента: никто не говорил об "абсолютной свободе" и "полной независимости" психиатрической экспертизы. Однако мы решительно не принимаем релятивизацию градаций имеющегося здесь огромного диапазона позиций. Залогом собственной независимости мы считаем следующую целокупность:

- 1) упразднение тоталитарного стиля общества;
- 2) должностную и финансовую независимость;
- 3) приверженность четким гражданским идеалам;
- 4) высокий профессиональный уровень, свободный от школьной узости, и
- 5) неконформистские черты личности.

Наконец, о термине. Правомерно ли говорить о независимой экспертизе? Конечно, если быть точным, это масло масляное, так как зависимая экспертиза - не экспертиза вовсе, а ее имитация. Но в наших конкретных условиях приходится прибегать к разграничительному обозначению. Кроме того, даже в тех случаях, когда учреждения и эксперты относительно независимы, конкретная экспертиза может быть тенденциозной, зависимой в силу особенности случая.

Наконец, выступления Ю. Л. Метелицы и И. Л. Безбородко касались многообразных новаций в области права в психиатрии. К сожалению, отсутствие элементарной видео-техники не позволило показать Вам полнометражный фильм, снятый Инной Львовной, о том, как поставлено правовое обеспечение психически больных в заурядном городке штата Мэн.

Сегодня мы снова услышали от профессора Б. В. Шостаковича, что нельзя говорить о злоупотреблениях, так как злого умысла никогда не было. Но ведь для злоупотреблений достаточно не злого, а просто другого умысла, т.е., вместо помощи и защиты психически больных, исполнения социального заказа. Достаточно приоритета в себе роли служащего министерства здравоохранения перед ролью врача с его клятвой Гиппократ. Раскроем вышедшую в этом году книгу "Право и психиатрия" (М., 1991, 166): "Использовалась ли психиатрическая служба в СССР в политических целях? Существовала ли государственная политика подавления инакомыслия путем помещения диссидентов в психиатрические больницы? На этот вопрос можно ответить достаточно однозначно: в процессе перестройки психиатрической помощи в СССР обнаружить достоверные факты существования такой государственной политики нам не удастся". Это пишет руководитель психиатрической службы МЗ СССР эпохи злоупотреблений А.А.Чуркин, пересевший в кресло созданного им для себя Всесоюзного центра организации психиатрической помощи в институте им. Сербского. Обратите внимание на сознательно жульнический прием: вопрос задается о прошлом, а ответ дается в настоящем времени.

Однако в наше время дело уже не столько в таких руководителях с их оправданиями, наивно невинными позами и желанием руководить впредь, сколько в нас самих, в нашей способности быть независимыми и ответственно выбирать достойное руководство. Дело в уровне нашего собственного правосознания, в уровне материальной защищенности нашей службы, в общей конструктивной установке. Я бы не стал противопоставлять все это друг другу и спорить о приоритетах. Дело в целостной и живой системе всего этого.

АНТИПСИХИАТРИЯ И АНТИСЦИЕНТИЗМ

ФОРМЫ АНТИПСИХИАТРИЧЕСКИХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ И ПУТИ ВОЗВРАЩЕНИЯ ДОВЕРИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Л. Н. Виноградова

Тоталитарный режим не мог не привести к той драматической ситуации, свидетелями которой мы являемся: самая гуманная профессия, немыслимая без особого доверия, неформального контакта и уважения, лишилась и доверия и уважения.

Небывалое распространение антипсихиатрических представлений и настроений в обществе связано, прежде всего, с реакцией на длительный период злоупотреблений психиатрией и с тем чрезвычайно высоким общим уровнем иррациональности и мистифицизма, который всегда сопровождает кризисные этапы развития общества.

Попытка анализа характерных форм антипсихиатрических представлений, бытующих в населении, проводилась на основе огромной корреспонденции, поступающей в адрес Ассоциации, бесед с родственниками тех, кто обращается за помощью, выборочного экспресс-опроса населения и, наконец, мнений врачей-психиатров. Вопросы, задаваемые в косвенной форме, имели целью выяснить отношение к психическим заболеваниям и душевно больным, к врачам-психиатрам, психиатрическим учреждениям и психиатрии, к приему психотропных препаратов и другим методам лечения.

Все проанализированные группы (здоровые - больные - врачи-психиатры) оказались весьма неоднородными. Так, в группе здоровых отношение к душевно больным и лечению было совершенно разным у родственников больных и у лиц, пострадавших от неадекватных действий больных. В группе больных особенно выделялись те, которые не считают себя больными, отрицают свою болезнь, но подвергались грубому принудительному стационарированию и лечению. Их отличает чрезвычайно высокая аффективная заряженность, нередко агрессивная настроенность по отношению к психиатрам, требования "восстановить справедливость" и "наказать виновных", что часто носит сверхценный характер.

Разнообразие ответов хорошо отражает отношение к психиатрам: "интересная профессия", "могут и помочь", "все очень разные", "я им не верю", "лучше к ним не попадаться", "сами с приветом", "злодеи-каратели", "убийцы, всех к стенке". Такой же большой разброс был и по другим показателям, однако, ориентируясь на наиболее часто встречающиеся ответы, можно сказать, что в целом в населении преобладает боязливо-пренебрежительное отношение к душевно больным, а отношение к психиатрам колеблется от активно-враждебного или пренебрежительного до смутной боязливости и недоверия. Использование в разговорах и письмах большого количества газетных штампов свидетельствует о том, что такие настроения в значительной мере индуцируются прессой. С другой стороны, пресса сама в концентрированном виде отражает ходячие представления.

В нашу задачу не входило выяснение различной выраженности антипсихиатрических настроений у разных групп населения - это должно быть предметом специального исследования, но особенно интересной находкой, проливающей свет на множество поставленных вопросов, является неожиданно обнаружившийся целый ряд проявлений антипсихиатрической настроенности у самих психиатров.

Следует отметить, что здесь, как и в других группах, продуктивным является рассмотрение не только (а может быть, не столько) явных, но и скрытых антипсихиатрических тенденций. В отношении больных, это - характерная лексика, а также не малая часть тех случаев, когда они обращаются за помощью не к психиатрам, а к колдунам, знахарям и экстрасенсам. У здоровых это - некритическое восприятие и высокая готовность к принятию разнообразных антипсихиатрических выступлений, большее доверие к высказываниям психически больных, чем к объяснениям

психиатров, увлечение парамедициной. У психиатров - категорический отказ от использования психотропных средств в отношении себя и своих близких, избегание консультирования и тестирования, признание принципиальной возможности поставить при желании психиатрический диагноз любому здоровому человеку и, характерное в этом же плане, сходство ответов на вопрос о том, как лучше всего симулировать психическое заболевание. Серьезный диагноз будет поставлен тем вернее, если ничего не симулировать, - таков был преобладающий ответ. Действительно, при ближайшем рассмотрении оказывается, что для психиатра в целом очень важен сам факт обращения к ним за помощью, тем более сам факт поступления в психиатрическую больницу. Здесь в действие вступают те же факторы, которые позволяют оказывать лечебное воздействие самой процедурой приема у врача, как неким специально предписанным обязательным обрядом.

Мы не будем останавливаться здесь на открытых антипсихиатрических высказываниях, вроде нередкого сейчас отрицания объективности клинического метода. - Ясно, что это удобный предлог оправдать участие ряда психиатров в системе злоупотреблений, хотя на деле за этим, как правило, стоит недостаточный уровень профессионализма. В неявной форме сомнения в возможностях клинического метода присутствуют в таких проявлениях, как: переоценка параклинических методов исследования, ("А Вы делали лабораторные анализы?"; "Клинический метод исчерпал себя, нужно использовать лабораторные"); уход от предмета своей дисциплины ("Главное - личностные особенности"); переход на метатеоретический, сверхобщий уровень (различные кибернетические, информационные, системные и т.п. теории, применяемые в психиатрии) и, наконец, чересчур жестко и последовательно проводимая формализация историй болезни ("научно только то, что можно выразить числом").

Другой формой скрытых антипсихиатрических тенденций является отказ от некоторых биологических методов лечения, употреблявшихся подчас в качестве наказания, а также чрезмерное увлечение различными натуропатическими, психотерапевтическими и социотерапевтическими методами лечения. Надвигающийся на нас психотерапевтический бум, естественный после многих лет практически полного игнорирования психотерапии, привел к тому, что часть психиатров, не имея достаточного опыта в большой психиатрии, переходит от крайностей биологизма к крайностям психологизации и социологизации. В частности, сейчас у нас запоздалая мода на ортодоксальный психоанализ.

Таким образом, мы встречаем у психиатров все градации антипсихиатрических проявлений от отрицания объективности клинического метода до отрицания биологических методов лечения и вплоть до отрицания биологической сущности психозов. Нельзя не отметить тот прискорбный факт, что чрезмерный патернализм в отношении душевнобольных в немалой мере является неявной формой отношения к ним, как к людям второго сорта, нуждающимся в опеке. Для нас и это является выражением антипсихиатрических тенденций.

Итак, психиатры сами являются носителями антипсихиатрических настроений и это особенно опасно.

Другой источник распространения антипсихиатрических тенденций представляют больные, испытавшие принудительное стационарирование и лечение. Нередкая грубость, сопровождавшая подобные меры, как раз и заостряет и даже порождает негативное отношение к психиатрии в целом. Такие больные часто индуцируют окружающих и иницируют соответствующие выступления прессы.

Интересно, что среди здоровых, пострадавших аналогичным образом, преобладает гораздо более спокойная реакция: сетуют на судьбу, систему, общее бесправие и т.п. и гораздо реже требуют возмездия.

Для преодоления антипсихиатрических настроений необходимо понять их истоки. Анализ показывает, что кроме естественной, но примитивной реакции на имевшие место злоупотребления, можно выделить еще целый ряд факторов, определяющих собой негативное отношение к психиатрии:

- это, прежде всего, полное бесправие, беспомощность перед лицом социальных барьеров, воздвигаемых вокруг душевнобольных;

- это возмутительный уровень содержания, лечения и обращения с больными в психиатрических учреждениях;

- это неграмотность населения в области психиатрии, которая создает вакуум, заполняемый мифами, обывательскими гиперболами, предрассудками, представлениями о чрезмерных возможностях психиатрии типа "эффекта зомби" и "психотронной войны";

- это, наконец, смутный страх перед всей сферой психиатрии, иррациональностью безумия, непрогнозируемостью действий больных, резко преувеличенным представлением об их социальной опасности и т.д.

Итак, как вернуть доверие населения к психиатрии? Как

преодолеть противостояние, как повернуть психиатров и общество друг к другу. К сожалению, для значительной части психиатров характерна если не ожесточенная, то, по крайней мере, пренебрежительная реакция на антипсихиатрические публикации в прессе, что отражает не только непонимание по существу, но даже отсутствие доброй воли к этому. Этаким профессиональным снобизм, который как раз здесь совершенно безоснователен.

Основным и наиболее фундаментальным условием возвращения доверия населения являются не какие-то специальные усилия, направленные на это, а заметные успехи в области борьбы с психическими заболеваниями и алкоголизмом и, таким образом, прежде всего высокий профессионализм. Это очень емкий термин. Для всех работников психиатрической службы, как никакой другой, высокую значимость помимо собственно профессиональных знаний приобретают личные качества персонала и врачей, их моральный уровень, правовая грамотность и высокая общая культура. Приходится говорить об этом, так как давняя традиция этого рода в советский период в конце концов была прервана. Определяющим здесь является разработка специальных критериев профориентации и профотбора, учет способности к высокой эмпатии.

Другим важным условием является изменение у населения отношения ко всей сфере психиатрии. Для этого необходимо создание адекватного образа психического больного и психической болезни, психиатра и психиатрических учреждений, а также используемого ими лечения. Прочно утвердившиеся в обыденном сознании негативные образы могут быть полноценно изменены отнюдь не прямолинейными методами. Одним из наиболее выигрышных путей является широкое знакомство населения с имеющимися драматическими описаниями жизни выдающихся деятелей науки и искусства, страдавших душевными заболеваниями. Их судьба, воля к преодолению болезни позволили бы через сочувствие, сопереживание снять барьеры предвзятости и страха по отношению к душевнобольным. Аналогичным образом, конкретные примеры мужественного поведения психиатров а нашей недавней истории, таких как Семен Глузман, Анатолий Корягин и др., обеспечили бы изменение отношения к психиатрам и той роли, которую они призваны выполнять в обществе. Важно показать, что злоупотребления, которые имели место, исходили прежде всего от психиатрической номенклатуры. Основная масса простых врачей продолжала и в тех условиях действовать в интересах пациентов. Средствами искусства можно наиболее

эффективным образом уйти от примитивного черно-белого представления об этой сфере. Даже произведения, выразившие антипсихиатрическую направленность с высокой художественностью, как например, "Полет над гнездом кукушки", могут, при умелом комментарии специалиста, послужить той же цели.

Следующим условием, необходимым для снятия напряженности в этой области, является разработка серии специальных психотерапевтических процедур в отношении больных со сверхценной установкой на снятие диагноза и наказание виновных. Сложившиеся в официальной психиатрии шаблоны способствуют лишь упрочению такой установки, приводя при всяком столкновении с психиатрическими службами к новому витку борьбы. Сюда относится и отказ в сообщении диагноза, выдаче на руки заключений, неоткровенность, формальность и т.д.

Снятию недоверия к психиатрической службе способствовало бы выведение ее из-под государственной монополии, наличие широкого круга разнообразных независимых лечебных учреждений, оказывающих как амбулаторную, так и стационарную помощь. Даже одно только участие представителей НПА в официальных комиссиях принципиально меняет отношение к ним.

Следующее, что необходимо, это открытость психиатрии. Надо широко и гласно обсуждать имеющиеся проблемы, причем критика должна исходить прежде всего от самих психиатров, иначе инициатива перехватывается антипсихиатрами. Важно лишь, чтобы критика эта носила конструктивный характер, всегда с предложением позитивной программы. Пресловутый принцип "не выносить сор из избы" как правило приводит к противоположному эффекту.

Важна также взыскательность к используемым наименованиям. Насколько оптимальнее действует название "Служба психического здоровья", к стати принятое во всем мире, чем "Служба психиатрической помощи". Кроме того, мы считаем, что в нашей стране с ее более чем 70-летними массовыми репрессиями нецелесообразно использовать термин "реабилитация", так как в большинстве случаев это рассматривается как "снятие клейма". Гораздо продуктивнее было бы ввести термин "ресоциализация". Вместо "психоневрологический диспансер" уместнее говорить о психоневрологических, психотерапевтических, и психологических "консультациях", а вместо "постановка на учет" - "направление на консультацию". И, наконец, не надо так часто использовать слово "больной". Инициаторами этой кропотливой работы должны выступить психиатры в сотрудничестве с психотерапевтами и социальными психологами.

В противовес протестам против “психиатризации” “нормальной жизни” и “здоровой действительности”, мы считаем необходимым расширение роли психиатра в обществе, более того, считаем его необходимой фигурой в самых разных сферах повседневной жизни, считаем, что профессиональные навыки социального психиатра и психотерапевта могут содействовать снижению социальных конфликтов и напряженности, локализации всевозможных психических эпидемий, выступающих в лице различных общественных движений, в оптимизации интерперсональных отношений в малых социальных группах, в семье, школе, на производстве и т.д. Такое внедрение психиатра в реальную жизнь и постоянный контакт с широкими кругами населения также будет способствовать росту доверия и престижа. Это также существенно снизит уровень иррациональности населения с его повышенной внушаемостью и некритичностью, и, снизив привлекательность фигур колдуна, экстрасенса, гадалки, обеспечит почву для дальнейшей более эффективной работы психиатра.

АНТИСЦИЕНТИЗМ, СЦИЕНТИЗМ И НАУКА

А. В. Немцов

Где та мудрость,
которую мы потеряли в знании?
Где то знание,
которое мы потеряли в информации?

Томас С. Эшот

Антисциентизм и сциентизм – это два полюса идеологизированного отношения к науке. На одном из них наука оценивается как сила, враждебная человеку, как антигуманитарный фактор культуры. На другом полюсе, полюсе сциентизма, наука абсолютизируется в системе культуры и оценивается как решающая сила в производстве не только материальных, но и духовных ценностей.

Сциентизм был элитарен и привязан, главным образом, к среде ученых и политиков. Антисциентизм был и остается демократическим умонастроением и движением. При этом элитарность одного и демократичность другого не следует понимать как нравственную оценку.

Одни и те же символы воодушевляют и сциентистов и антисциентистов. Скажем, атомная бомба, была для одних вершиной практических и политических возможностей науки. Для других та же бомба оказывалась символом агрессивных и глобально опасных тенденций науки.

Было бы интересно разобрать, что же лежит посредине, между сциентизмом и антисциентизмом. Но это уже другая тема, по сути тема о золотой середине.

Сейчас противоборство сциентизма и антисциентизма идет на убыль. Наиболее острой борьба была лет 20–30 т. н. Теперь политики со всей большей осторожностью прибегают к помощи ученых, а сами ученые трезвеют, и все более отчетливо видят ограничения возможностей науки. Антисциентизм все более растворяется в деятельности зеленых. Но это отнюдь не означает, что проблема исчерпана. И сейчас в ученой среде еще довольно сциентистского снобизма и сциентических заблуждений, а в населении – антисциентического экстремизма.

Тема, антисциентизма на нашем собрании будет представлена лучше, и поэтому я хотел бы сосредоточиться на сциентизме и на его критике.

Я опоздал с этой критикой лет на 15–20. Уже тогда было ощущение неблагополучия. Но тогда автор был еще слишком инфицирован сциентизмом. Сейчас он уже не тот. Да и времена изменились.

Для времени, которое мы переживаем, характерно то, что “распалась связь времен” (В. Шекспир). Распадается и связь пространств. Разрушение связей, особенно связей порочных, может быть благом, источником рождения нового. Нового политического устройства, новых экономических отношений.

Однако, в условиях нашей страны, тоталитарной в своей основе, связи были столь жесткими, что разрыв порочных связей неминуемо сопровождается разрушением и связей витальных, в частности связей, жизненно необходимых науке. Она не может существовать без преемственности, т. е. без связи времени, без контактов, т. е. без связи пространств. Не может жить наука и без связей отдельных дисциплин, или “стыков”, как недавно говорили, которые являются точками роста.

Сейчас все это уходит из-под ног науки, вместе с нарастанием структурной и экономической дестабилизации.

Распад уже не фон, экзистенциальная сущность нашей науки. В этих условиях самые талантливые и энергичные вместе с талантливо ловкими перетекают за границу. Заурядно ловкие и энергичные утекают в кооперативы. А не талантливые, не ловкие и не энергичные остаются двигать то, что останется от советской науки.

В этих условиях наука нуждается в поддержке и защите. Наука, но не сциентизм.

Конечно не успехи нашей науки подрывают здоровье сциен-

тизма. Но все-таки главной его опорой был материализм, который, начиная с XIX в., был бессознательной предпосылкой естествознания. В рамках немарксистских материалистических концепций сциентизм вырос из позитивизма, и как философского течения, и как стиля мышления.

О. Конт, один из основателей позитивизма, в первой половине прошлого века декларировал особый статус науки. Он считал, что наука не нуждается в какой-либо философии, что она самодостаточна. Дальнейшее развитие позитивизма шло по пути изгнания из науки мировоззренческой проблематики, по пути концентрации внимания на феноменологии и на эмпиризме.

Из поля зрения науки изгонялись все те вопросы, которые не могли быть решены на основе позитивистических критериев научности. Все они объявлялись несущественными, надуманными, “метафизическими”.

В результате человек, как объект науки, оказался за ее пределами. Вместо человека осталась некая бихевиоральная конструкция, очень удобная для манипулирования.

Я говорю не о нашей стране. У нас произошло расслоение сциентизма и позитивизма. Сциентизм процветал и должен был служить повороту сибирских рек и другим не менее “славным” деяниям. А вот позитивизм начисто изгонялся марксистским доктринерством.

За пределами нашей Родины сциентизм и позитивизм шли рука об руку. Неопозитивизм имел ярко выраженный тропизм к науке. И тропизм этот был преобладающе критического свойства. Неопозитивисты видели свою задачу в том, чтобы элиминировать из науки все то, что не поддается строгому логическому анализу. Позитивную свою роль они сводили к обеспечению науки идеальными логическими моделями на основе аппарата математической логики. Все, на что нельзя было наложить эти рационалистические схемы, изгонялось из науки. “Метафизика”, “иррациональное” попали в униженное положение. Можно сказать, что во времена разгула позитивизма и сциентизма европейская культура достигла вершины своей левополушаризации. Технологизированная культура стала доминирующей.

В сциентизме можно выделить две части по сфере приложения. Сциентизм большой и сциентизм малый, сциентизм как методологическая позиция, и сциентизм как практика.

Большой сциентизм – это абсолютизация науки в системе культуры, в идейной жизни общества. Большой сциентизм исходит из постулата, намеченного еще Платоном: мы живем в

мире, где гарантирована ясность, определенность и управляемость, в мире четких структурированных данных, в мире дискретных элементов. Большой сциентизм, как порождение технологизированной культуры, нацелен не на понимание, а на обладание миром и вещами, которые этот мир производит.

Все главные вопросы человека, такие как поиск смысла жизни, угрызения совести, страх перед смертью, тайна жизни, все это неопозитивисты отнесли к “иррациональной сфере”, к которой философия и наука не имеют отношения. Теории человека для позитивистов не существовала.

Для них существовало только одна реальность – физическая, и только одна образцовая наука – физика. Свою задачу позитивисты видели в том, чтобы распространить законы физики на все явления, включая социальные. Манипуляции позитивистов и сциентистов привели к тому, что у человека исчезло “сознание”, “нравственность”, “субъективное”.

Стоит вспомнить, как еще 20–30 лет т. н. сциентистски ориентированным научным работникам понравился кибернетический “черный ящик” с надписями “вход” и “выход”. В этот ящик играли и те, кто занимался техническими устройствами, и те, кто работал на животных, и те, кто изучал человека. При этом более всего интересовало сходство этих объектов (как тогда говорили “систем”), и мало кого интересовали их выдающиеся различия.

Из этого уравнительного подхода одинаково родились и бихевиоризм, и кибернетика.

Для большого сциентизма характерно то, что можно было бы назвать деспотизмом логики, когда логика, и вообще непротиворечивость считалась способом получения истины. При этом забывались знаменитые теоремы К. Гёделя о неполноте (1931), из которых следовало, что достаточно богатая логическая система обязательно неполна, если она непротиворечива. Об этом же раньше писал П. Флоренский: “истина есть суждение самопротиворечивое”, т. е. она содержит и возражение себе, “... истина заранее ... отвечает на сомнение в своей истинности принятием в себя этого сомнения”.

С этих позиций логика – только язык науки, но совсем не способ добывания истины. Но именно логику, а более обще-рационализм, и позитивисты, и сциентисты, сделали краеугольным камнем своих построений, основой критики своих критиков и подавления инакомыслий.

У большого сциентизма есть еще одна особенность. Он был нацелен не на поиск “целого”, а на вычленение и изучение “главного”. При этом утрачивалась специфика целого. При таком

аналитическом подходе легче было увидеть общее у человека и машины, однако утрачивалась неповторимость человека и разнообразие людей – быть может их главное достояние.

Чтобы разделаться с большим сциентизмом, хотелось бы поглядеть на него и более широко, в контексте культурологических сдвигов, происходящих в XX в., и особенно в послевоенную пору. Произошло резкое усложнение картины мира. Тут достаточно вспомнить про то, что многие процессы, определяющие движение цивилизации в XX в., приняли экспоненциальный характер и обозначились как “взрыв” или “революция”. Демографический взрыв, урбанистический взрыв, научнотехническая и технологическая революция.

Сциентизм, с его редуccionизмом, и мировоззренческим, и тематическим, с его аналитизмом и жаждой логики, был откликом на то, что мир становился неохватным для разума. Утрачивалась ясность миропонимания, потребная человеку во все времена. Беда сциентизма состояла в том, что его ясность достигалась за счет редуccionии картины мира.

И в этом отношении сциентизм имеет много влиятельных родственников в XX в., часть из которых пустила прочные корни на нашей почве.

Это вульгарный материализм, это марксизм, это наконец коммунистическая идея. Для всех этих идейных направлений упрощение картины мира было одной из причин их взлета и побед. Но это же стало источником поражения.

Благодаря позитивизму, а точнее неопозитивизму, который называл себя аналитической философией, в науке начался разгул аналитизма. Адептам сциентизма казалось, что разложение объекта познания на элементарные составляющие, а затем их изолированное изучение, “тем самым”, т. е. само по себе, приведет к познанию целого. Между тем при анализе, т. е. при “расчленении” целого на части, часто упускается специфика целого. В некотором смысле ни у какого целого нет заранее заданных составных частей. Уровень членения, иерархия частей определяется исследователем, его понятийным аппаратом. Вот почему так часты в современной науке ситуации, когда факты, накопленные в результате анализа, “сопротивляются” попыткам их синтеза.

В результате – горы фактов не рожают даже мышь.

Вера во всемогущество анализа – лишь одна сторона прикладного сциентизма. Другая сторона – вера в то, что мудрость исследователя всегда превосходит сложность объекта. Лишь бы объект был “реальным”, а не “метафизическим”. Знание, которое получилось при оперировании с таким объектом, казалось

сциентистски ориентированному ученому "окончательным". Отсюда еще одна вера — в авторитеты. И как следствие догматизация теорий и порождение "академических фикций".

Для сциентиста знание приобретало особую устойчивость, если оно было получено с помощью приборов. И чем сложнее было приборное оснащение эксперимента, тем прочнее казалось знание. В советских условиях особое очарование знанию придавало импортное оборудование. Шарм был настолько велик, что владение такой техникой казалось самодостаточным, не требующим ни ученого, ни его головы. Более того без головы, а тем более без эмоций даже лучше, поскольку "объективнее". Родилось представление об "объективных методах" (т. е. приборных, аппаратных). Остальные считались не то чтобы субъективными, а просто необъективными.

Между тем объективность "объективных методов" — еще одна фикция сциентизма.

У каждого научного факта по меньшей мере две составляющие: одна — объективная, т. е. реальные процессы и явления, другая — средства его фиксации. Опираясь на зафиксированный фактом, наблюдатель часто не может разделить эти составляющие, ибо во время анализа самого объекта уже нет под рукой. Из-за этого трудно выявить деформации, связанные с фиксацией. В сфере "объективных методов" объекты теряют живую сущность, становятся сущностями "на бумаге". И эти "бумажные сущности", эти квазифакты все равно подвергаются субъективным процедурам. Вот почему факты, полученные с помощью "объективных методов", зависят от интерпретации не менее, чем факты описательные. Вот почему "объективные методы" теряют в своей объективности, когда "забывают" о своей субъективной сущности.

Несмотря на то, что физика XX в., эта идеальная наука для сциентизма, признала за случаем онтологический статус, случайное, а тем более неповторимое изгонялось из сферы интересов науки. В пору разгула сциентизма причинно-следственные связи приобрели почти костяную плотность. Утвердилась формула — "наука — враг случайного", которая несла в себе большой идеологический заряд.

Стерев все "случайное" в облике человека, сциентизм уподобил его ЭВМ, сделал его "одномерным". В дальнейшем это позволило развивать манипулятивные представления о человеке и обществе. При этом сциентисты предполагали, что именно наука должна была регулировать социальный статус людей, переняв эту роль у политических институтов.

Сциентизм произвел экспансию и в отношении медицины.

Как и в других областях, экспансия эта носила ярко выраженный дегуманизирующий характер. Но в других областях это касалось, главным образом "деятеля". В медицине же глубоко задело не только "деятеля", т. е. больного человека.

Больной, как лицо "некомпетентное", в результате такой экспансии был лишен права голоса при выборе лечения для себя, при постановке диагноза. И это характерно не только для нашей бесплатной медицины.

Под влиянием сциентизма медицина крайне биологизировалась в самом вульгарном смысле этого слова. В сознании врача лекарства выступали как средство, практически исчерпывающие проблему терапии. Отсюда — пренебрежение психотерапией, а более широко — человеческим фактором в лечении. Человек лечащийся (*homo curandus*) становился одно- или двухкамерной системой, подобно фармакологическим моделям.

Сциентистская дегуманизация коснулась и психиатрии. Быть может более всего в этом смысле досталось большой психиатрии в связи с тем, что заболевания этой группы особенно сильно отрывают больных от реальности, парализуют их волю, возможность осознать свои права и обязанности медицинского персонала.

Вот уже где сциентизм был проявлением самодовольного разума, уверенного в возможности решать любые вопросы, в частности, судьбу человека. А психически больного в особенности, поскольку этот больной лишался того самого *ratio*, который составлял предмет особой гордости сциентизма. Вот почему до сих пор приходится сталкиваться с отношением врача к психически больному как человеку второго сорта.

Мы законно возмущаемся, если здоровый человек оказывается в психиатрической больнице. Но большинство наших психиатрических больниц находятся в таком плачевном состоянии, что должно возмущать и то, что там находятся психически больные.

На страну надвигается голод и другие беды. Есть опасность, что психически больные, как одни из самых незащищенных, испытают эти беды в первую очередь. Быть может в связи с этим для НПА возникает новая задача — вместе с персональными судьбами больных и неболевых, ущемленных психиатрией, заняться коллективными судьбами психически больных людей, в дополнение к политической и юридической их защите — защитой экономической т. е. гуманитарной помощью в широком смысле этого слова.

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ КАК ПРЕОДОЛЕНИЕ ДИЛЕММЫ “СЦИЕНТИЗМ – АНТИСЦИЕНТИЗМ”

(ЗНАЧЕНИЕ И СУДЬБА ФЕНОМЕНОЛОГИИ В ПСИХИАТРИИ)

Ю. С. Савенко

Катастрофический опыт двух мировых войн и тоталитарных режимов затормозил тот радикальный поворот в философии и науке, который был начат в 1900 году “Логическими исследованиями” Эдмунда Гуссерля. Феноменологическое движение, успевшее в первую четверть века устранить психологизм (как выражение релятивизма) в логике, психиатрии и других науках, включая саму психологию, и логицизм (сведение математики к логике) с его ярко выраженным сциентизмом, и привести к фундаментальным преобразованиям в математике (Герман Вейль), биологии (Макс Гартман), психологии (гештальт-школа), психиатрии (гейдельбергская школа, Курт Гольдштейн, школа Курта Шнайдера и др.), социологии (Альфред Шюц), праве (Хедвиг Конрад-Мартиус), этике (Макс Шеллер), эстетике (Роман Ингарден), педагогике (Теодор Литт) и т. д., тем не менее не преодолело традиционной парадигмы. Тонкий душевный настрой и непредвзятость не соответствовали насквозь политизированному духу времени. Как во все кризисные эпохи, возобладали мощный всплеск иррационализма и противостоящего ему сциентизма в лице неопозитивистских школ. В результате все основные положения феноменологи-

ческого направления не только сохранили свою актуальность, но переживают очередной ренессанс, а новая научная парадигма может быть наиболее емко сформулирована, возвращаясь к истокам, как гетевский путь в науке.

Существо феноменологии в следующих словах Гете: “Нет ничего труднее, чем брать вещи такими, каковы они суть на самом деле... Видеть глазами то, что у тебя перед глазами”. “Самое высокое было бы понять, что все фактическое есть уже теория... не нужно ничего искать за феноменами. Они сами составляют учение”. [1]

В психиатрии феноменологический переворот совершил в 1913 г. Карл Ясперс. Весь категориальный аппарат предмета создан был им на феноменологических основаниях. Его “Общая психопатология” (1913, 1919, 1922, ... 1959) — профессиональное Евангелие. Он дал образцы тончайшего анализа и в самой сложной области частной психиатрии — проблеме паранойального бреда и в области патографии (Гельдерлин, Стринберг, Ван Гог). Его наследие в психиатрии и психологии (1909–1920) составляет около 3,5 тысяч страниц. Из круга Ясперса в Гейдельбергской клинике следует отметить Артура Кронфельда, Ганса Груле и Вилли Майер-Гросса.

Другой мощный импульс в сторону феноменологии психиатрии получила от работ Макса Шеллера по феноменологии этики (1913–1916) и симпатии (1923). Под его влиянием находились Курт Шнайдер (“Клиническая психопатология”), Х. Рюмке, П. Шильдер, В. Э. фон Гебзаттель, В. фон Вейцзекер, Ф. Бьютендик. Его идеи стимулировали Е. Минковского, и В. Франкла.

Самостоятельный вклад был сделан Куртом Гольдштейном (1920, 1934) создателем гештальт направления в психоневрологии.

Под влиянием Мартина Хайдеггера (“Бытие и время”, 1927) Людвиг Бинсвангер разработал экзистенциальную психиатрию. К этому кругу можно отнести М. Босса, Р. Куна, Х. Гефнера, К. П. Кискера, Г. Телленбаха, В. фон Байера и мн. др.

Здесь невозможно передать все многообразие и сложность феноменологического движения. Представление о нем дает монография Herbert Spiegelberg — “Phenomenology in Psychology and Psychiatry” (Northwestern Un. Pr., Evanston, 1972). Необходимо упомянуть еще ряд ведущих фигур: Евгений Минковский и Анри Эй во Франции, Эрвин Страус, Карл Роджерс и Ролло Мэй в США, Клаус Конрад и Николаус Петрилович в Германии.

Наряду со всевозможными взаимными влияниями и синтезами с другими направлениями, (у Пауля Шильдера даже с

психоанализом, решительно отвергнутым феноменологами), имеется и острая полемика внутри собственного движения. Так, К. Ясперс считал неправомерной экзистенциальную психиатрию. Но все это признак живого творческого развития, а не кризиса, как это долгое время представляли у нас. Кризисом оказалось принудительное единодушие советской психиатрии.

Судьбу отечественной психологии и психиатрии на долгое время определил призыв к созданию особой “советской психологии”, высказанный в 1923 г. К. Н. Корниловым. Им сразу же заменили создателя и директора Московского института психологии Г. И. Челпанова, который как раз в этот период обратился к феноменологии. Наиболее крупный русский “гуссерлианец” Густав Густавович Шпет уклонился от эмиграции и был расстрелян в 1937 г. Лидер феноменологической школы в отечественной психиатрии Николай Павлович Бруханский погиб в 1937 г. в лагере, а бежавший от нацистов в Советский Союз ведущий немецкий феноменолог Артур Кронфельд, брошенный всеми во время паники в Москве, покончил самоубийством в 1941 г. Вклад обоих — по-прежнему лучшее, что было написано за прошедший период нашими психиатрами, но давно библиографическая редкость.

Современные монографии и руководства по психиатрии [2–5] характеризуются совершенно поразительным искажением основных профессиональных категорий, полным их непониманием, произвольным толкованием, что само по себе красноречиво отражает сложившуюся ситуацию. Происходит постоянное смешение предметов и понятий психопатологии и патопсихологии, индуктивных и феноменологических понятий, а феноменология преподносится как простое описание, при котором достаточно избегать квалификационных терминов [6–8]. Таким образом, гигантский тонко разработанный мир гуманитарного знания остался неведомым нашим специалистам, более того, отталкивающим искаженным. Между тем, психиатрия, в силу многоуровневости своего предмета, как никакая другая наука нуждается в интеграции знания и методологии естественно-научных и гуманитарных дисциплин. Без этого она приобрела у нас узкобиологический характер, чреватый прорывами в столь же односторонние психологизацию и социологизацию.

Интеграция дискурсивного и интуитивного познания в критической онтологии, доказавшая уже высокую эффективность в большинстве наук, оберегает от всех этих крайностей. Важное место в ней отводится феноменологическому методу. Мы дадим

его краткое изложение — упрощенную схему. Следует помнить, что он характеризуется одновременно пуризмом и адогматичностью. Указанная ниже последовательность условна, всякий раз присутствует своя собственная свободная динамика.

1. Рассмотрение самого себя как тонкого инструмента, точнее, адекватнее сказать органа постижения истины и длительное пестование для этой цели. Убеждение в необходимости для этого чистой души.

2. Особая установка сознания и всего существа: благоговейное отношение к Истине и Природе, трепетное — к предмету постижения: понять его в его самоданности, каков он есть.

3. Боязнь не то что навязать, даже привнести что-то инородное от себя, замутнить предмет изображения, исказить его. Отсюда задача: не доказать свое, не вытянуть, не навязать, не выстроить, а — забыв себя, отрешившись от всех пристрастий — войти в предмет изображения, раствориться в нем и уподобиться ему, и, таким образом, не построить, а обнаружить, то есть адекватно понять, постичь. Вершиной такого “женственного” стиля познания является Райнер Мария Рильке, его поэзия и проза. Этому служит процедура феноменологической редукции или “эпохе” (греч., воздержание от суждения), представляющая последовательное, слой за слоем, “заключение в скобки”, то есть “очищение” от всех теорий и гипотез, от всех пристрастий и предубеждений, от всех данных науки, “сколь бы очевидными они ни были”. Временная “приостановка веры в существование” всех этих содержаний, отключение от них высвобождает феномены из контекста нашей онаученной картины мира, а затем и повседневного образа жизни, “сохраняя при этом их содержание в возможно большей полноте и чистоте”. Эта процедура включается по мере необходимости на любой ступени феноменологического исследования. На начальном этапе она возвращает нас в “жизненный мир”, то есть к универсальному горизонту, охватывающему мир повседневного опыта, освобожденному от всевозможных научных и квазинаучных представлений, заслонивших первоначальную природу вещей.

4. “Феноменология начинается в молчании”, внутренней тишине, забвении всего не относящегося к данному акту постижения, отключении от круговерти собственных забот. Никакой торопливости, спешки. Любая собственная активность — помеха. Вплоть до ведения самой беседы в случае первой встречи с психически больным. Нередко продуктивнее “смотреть и слушать со стороны” беседу коллеги с больным.

5. Полное сосредоточение внимания на предмете, точнее на его “горизонте”, то есть не только моменте непосредственного восприятия, но всех “до” и “после”, всех скрытых, потенциальных, ожидаемых сторонах предмета, то есть на предмете, взятом во всем его смысловом поле.

6. Далее следует процедура “свободной вариации в воображении”, в которой совершается совершенно произвольная модификация предмета рассмотрения в различных аспектах посредством мысленного помещения его в разнообразные положения, ситуации, лишения или добавления различных характеристик, установления необычных связей, взаимодействия с другими предметами и т. д. Это следует делать систематично и терпеливо. Задача — уловить в этой игре возможностей инвариантность варьируемых признаков. Этим и достигается усмотрение сущности в виде конституирования феномена в сознании в ходе постепенной “кристаллизации” его формы. Это и есть “категориальное созерцание” (в отличие от чувственного) или “эйдетическая интуиция”. Она, как мы видим, “отнюдь не состояние блаженного покоя” [9] и отнюдь не естественно — научная дескрипция.

7. И, наконец, описание. “Лишь тот, кто испытал подлинное изумление и беспомощность перед лицом феноменов, пытаясь найти слова для их описания, знает, что действительно значит феноменологическое видение. Поспешное описание до надежного усмотрения описываемого предмета можно даже назвать одной из главных опасностей феноменологии”. [10] В связи с частой уникальностью описываемого используется описание через отрицание, описание через сравнение (метафоры, аналогии), описание через цитирование и передачу целостных картин поведения. Никакие иллюстрации и образы сами по себе ничего не проясняют и могут даже увести в сторону. Важно, чтобы они прошли интерсубъективную проверку на адекватность эмпатии. В этом основа и принципиальная особенность верификации феноменологического метода. Необходимо взыскательное отношение к лексическому выбору и терминологии, внимание к оттенкам не только смыслового поля, но и этимологических истоков, к звуковому и зрительному гештальту слов. По поводу недоумения, как в словах, понятиях можно передать непонятное, выразительно замечание Н. Винера: “Я убежден, что если существует какое-то одно качество, которое отличает действительно талантливого математика от его менее способных коллег, то оно состоит в умении оперировать временными, только ему понятными символами, позволяющими выражать возникающие идеи на некоем условном

языке, который нужен лишь на определенный отрезок времени. Если математик не обладает этим умением, он никогда ничего не достигнет, так как сохранить мысль в несформулированном виде абсолютно невозможно”. [11]

8. Истолкование скрытых смыслов, герменевтика — позднее дополнение феноменологического метода — фактически представляет самостоятельный метод следующей ступени, выходящий за пределы феноменологии в собственном смысле слова.

Единство феноменологического направления составляет использование феноменологического метода, который, как показал Николай Гартман, должен быть первой ступенью любого научного и философского исследования независимо от направления. Общее — это способ постановки вопросов и поиска ответов на этой первой ступени. Феноменология предваряет, а не заменяет эмпирические науки и, таким образом, не противоречит и не дополняет их, а позволяет строить на очищенном и потому твердом основании, а не на песке. Феноменология позволяет заложить основы концептуального словаря и грамматики эмпирических наук.

Важно отметить, что Э. Гуссерль был воплощением строгой научной точности и интеллектуальной честности. Он начинал как математик, ассистент Карла Вейерштрасса, прочившего ему большое будущее. Сильное влияние оказал на него творец математической логики и логической семантики Готлоб Фреге. Наконец, Гуссерль открыл для всех своего предтечу в логике — Бернарда Больцано. Однако под влиянием Франца Brentano он ушел из математики в философию. “Логические исследования” Гуссерль посвятил Карлу Штумпфу — творцу экспериментальной феноменологии. Из классиков он находился под влиянием Платона и Декарта. Как тут не вспомнить платонизм* Курта Геделя и Вернера Гейзенберга, учитель которого Макс Борн, давший статистическую интерпретацию квантовой механики, прослушал курс лекций Гуссерля и обнаружил идейную близость с феноменологией в частом подчеркивании фундаментальности и предпочтительности понятия “инвариант”, которое он приравнивал к понятию “гештальта”, перед представлениями о “конструктах” логических позитивистов. [13]

Для адекватного понимания феноменологического метода

* Всего несколько лет назад наши логики писали о “законных обвинениях Фреге в платонизме”. [12]

следует иметь в виду онтологичность идеального; рациональный характер феноменологической институции; и устранение субъекта познания с противопоставлением внутреннего-внешнего.

Онтологически первичен, объективен, независим от сознания не только реальный мир, но также идеальный мир (вневременный, неизменный), который ошибочно понимается субъективистски, как продукт сознания, в силу непосредственной внутренней данности идеальных образований. В результате такого понимания "субъективность" стала синонимом чисто психологической индивидуальной позиции. Критический пафос феноменологии как раз и состоял в очищении от психологизма вначале логики, а затем и "субъективности". В результате оказалось возможным очистить содержание сознания до чистых сущностей и разработать соответствующую процедуру — феноменологический метод, основу которого составляет сущностная (эйдетическая) или феноменологическая интуиция, позволяющая выделять и схватывать сущности. Принципиальная прозреваемость их в вещах имела в виду в "назад к вещам!" Гуссерля.

Эйдетическая интуиция Гуссерля не имеет ничего общего со "сверхчувственной" интуицией мистиков, которые считали возможным интуитивное постижение трансцендентного, то есть выходящего за пределы эмпирического и теоретического познания, являющегося предметом веры. Интуиция у Гуссерля опирается, в отличие от А. Бергсона, на рационалистическую установку, это не дар свыше, а пропедевтическая техника, которой можно и нужно обучать студентов.

Феноменологическая интуиция сняла антиномию внутреннего — внешнего, субъекта — объекта. Последнее — за счет устранения субъекта познания, направленности феноменологического метода не на психическую деятельность, а не интенциональные содержания, мыслимые независимо от субъекта, но включающие его в единое целое. Яркие примеры продуктивности снятия противопоставления внутреннего — внешнего дал Курт Левин.

Феноменология сняла не только оппозиции интуитивизма-рационализма и психологизма-логицизма, но и наиболее фундаментальные: эйдоса и логоса, эмпиризма и рационализма, описания и объяснения, наук о духе (индивидуализирующих) и наук о природе (законополагающих), т.е. осуществила то, что раньше казалось "круглым квадратом".

Наконец, феноменология снимает противостояние сциентизма и антисциентизма. Она с самого начала хотела быть строгой наукой, сохраняя ясно выраженный антисциентизм. Она исполь-

зовала интуицию, оставаясь рационалистически ориентированной. Она сумела одновременно охватить категориальное и внекатегориальное, положить конец "дурной бесконечности", размыкая порочный круг самопроекции и манипулирования собственными гипостазированными конструкциями.

Задача данного текста — дидактическое введение в проблему для психиатров и смежных специалистов. Для первого знакомства с феноменологическим методом мы рекомендуем монографию Карена Свасьяна "Феноменологическое познание", Ереван, 1987. Обучение практическому использованию феноменологического метода в психиатрии (начиная с осени 1992 г.) составит одну из основных частей образовательной программы Независимой Психиатрической Ассоциации при участии Всемирной Психиатрической Ассоциации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гете И.-В.
Избранные философские произведения. М., 1964.
2. Снежневский А. В. (ред.)
Руководство по психиатрии, т. 1. М., 1983.
3. Морозов Г. В. (ред.)
Руководство по психиатрии, т. 1. М., 1988.
4. Смулевич А. Б., Щирин М. Г.
Проблема паранойи. М., 1972.
5. Смулевич А. Б.
Малопрогредиентная шизофрения и пограничные состояния. М., 1987.
6. *Психология и медицина. М., 1978, 105.*
7. *Пути обновления психиатрии. М., 1991, 10.*
8. *Независимый психиатрический журнал, 1992, I-II, 5.*
9. Husserl E.
Phänomenologische Psychologie. The Hague, Nijhoff, 1962, 74.
10. Husserl E.
цит. по Spiegelberg H. — The phenomenological introduction. Vol. 2. The Hague, Nijhoff, 1962, 74.
11. Винер Н.
Я — математик. М., 1964, 81.
12. *Философия, логика, язык. М., 1987, 17.*
13. Борн М.
Физика в жизни моего поколения. М., 1963, 280–284.

АНТИСЦИЕНТИЗМ В ПСИХОТЕРАПИИ

В. Н. Бузин, Т. С. Бузина

1

Предлагаемая вашему вниманию работа является продолжением статьи, посвященной вопросам методологии и опубликованной в первом номере Независимого Психиатрического Журнала.

Для понимания любой науки, любой теории важным является положение о том, что всякая наука есть прикладная логика. В идеале наука должна была бы представлять логически организованную систему теорий. Но в психотерапии, как и в психологии, существует достаточно большое количество малосвязанных теорий и каждая опирается на свою теорию личности (представление о человеке и тех механизмах, которые его поведением движут). Причем теория личности конечно же не должна отвечать на вопрос: "Что делать с пациентом?" ибо это вопрос обращенный к психотерапевтической теории, разработанной на базе теории личности или системы представлений о человеке.

В одном из предыдущих докладов было отмечено, что у нас нет теории личности (имелась в виду павловская школа). Я бы с этим позволил себе не согласиться. Она таки есть. Эмоционально-стрессовая терапия, например, рассматривает личность на основе учения Павлова о нервной организации собак, как набор условных

рефлексов. Центральная идея этой теории, как пишет один из ее адептов А. С. Слущкий в методическом пособии "Групповая эмоционально-стрессовая психотерапия в клинике пограничных состояний":

Принципиально важным является положение о саногенном значении стресса... Теоретические основы эмоционально-стрессовой психотерапии предполагают использование эмоциональных каналов нервно-психической деятельности человека на "стрессовом напряжении", что способствует значительным перестройкам организма в целом. Стимуляционно-активирующее воздействие эмоционального стресса в его саногенном значении приобретает в таком случае наиболее эффективные формы и способствует переоценке индивидом отношений к себе и взаимоотношений с другими людьми".

Таким образом в данной теории психотерапии мы имеем, образно выражаясь, следующий подход: есть некая цепочка условных или безусловных рефлексов: на одном конце дергаем сильнее, на другом саногенно отзовется и все выздоравливают. Беспомощность данного "метода" психотерапии видна в том, какими методиками "дергают" эмоционально-стрессовые психотерапевты: для этого используется все методики из других психотерапевтических концепций без малейшей попытки их осмысления - и ни одной собственной.

За исключением методики профессора Рожнова по лечению алкоголиков при помощи смоченной в спирте ваты и соответствующего внушения. А собственно для психических больных ничего нет.

Само название терапии - эмоционально-стрессовая - и базовое понятие "эмоциональный стресс" сразу вызывает вопрос:

Если стресс не относится классу эмоциональных состояний, как это принято среди психологов и психиатров 5/6 частей суши, то что это?

Ответа на этот вопрос ни один из теоретиков данной школы дать не может. А если все же стресс относится к классу эмоциональных состояний, то данное словосочетание бессмысленно.

Мой многолетний опыт общения с выпускниками кафедры эмоционально-стрессовой психотерапии позволил увидеть, что в процессе групповой психотерапии в рамках данной теории ведущий группу психотерапевт не представляет для чего он в каждый момент времени вводит то или иное воздействие и не прогнозирует, что получит на выходе.

Самое грустное заключается в том, что на основе этой

“теории” кафедры каждые два месяца или месяц выпускает партию психотерапевтов, и чаще всего готовит их не из психиатров, а из врачей других специальностей.

Психотерапевт для успешной работы должен пройти достаточную серьезную подготовку в рамках той или иной школы для того, чтобы знать механизмы и движущие силы личности и уметь воздействовать на них в нужный момент и в нужном направлении. Для этого психотерапевтическая теория должна быть дедуктивно выводима из универсальных высказываний теории личности и тогда конкретное психотерапевтическое действие психотерапевта будет неким сингулярным высказыванием, допускающим проверку теории. И психотерапевтическая методика должна быть построена в тех же терминах, что и более универсальная теория личности.

В нашей стране с психотерапией происходят удивительные вещи. Когда в Москву приехал Карл Роджерс, то почти все психотерапевты, прослушав пару его лекций, вдруг стали работать по Роджерсу. У многих сложилось представление, что для того, чтобы работать этим методом надо просто сидеть и эмпатировать и что учиться этому методу весьма просто, можно даже не читать никакой специальной литературы. Потом приехала Вирджиния Сатир и все стали работать как она.

В целом психотерапия воспринимается как нечто весьма несложное и что лечение людей от психических болезней и избавление от внутриличностных конфликтов дело весьма простое и незатейливое: достаточно прочитать пару книг и побывать на паре тренингов и можно смело браться за дело.

Этому способствует и разгул мистицизма и тесно с ним связанный разгул непрофессионализма: десятки и сотни никогда и ничему не учившихся “народных целителей”, массовые сеансы гипноза по телевизору. И квинтэссенцией этого являются сеансы Алана Чумака – для того, чтобы быть целителем и собирать деньги с доверчивых или отчаявшихся людей совсем ничего не надо делать; можно просто молчать!

Другой характерной чертой антисциентизма является эклектичность. Некоторые психотерапевты возводят это даже в достоинство, основываясь на том, что все методы психотерапии имеют недостатки. Да. Недостатки присущи любой теории. Нет и не может быть абсолютно совершенной теории. Так как сколько бы мы экспериментально не подтверждали ту или иную теорию, это подтверждение может поддерживать ее лишь временно, поскольку последующие возможные отрицательные результаты могут опровергнуть ее. Лишь в той мере, в какой теория выдержала

детальные и строгие проверки и не преодолена другой теорией в ходе научного прогресса, можно сказать, что она доказала свою устойчивость, подкреплена прошлым опытом. То есть ни одну теорию мы не можем считать истинной, также как и ни одну теорию нельзя считать ложной, если соблюдены в этой теории два основных методологических принципа: дедуцируемости и инвариантности значения. Чего мы не наблюдаем в эмоционально-стрессовой психотерапии. И если в теории нет инвариантности значений, то такая теория считается научной не может и все эклектические методы психотерапии антинаучны.

Это, разумеется, не подразумевает того, что мы не можем ввести в ту или иную теорию понятия, методы и методики другой теории. Но это сложная процедура при которой понятия другой теории переопределяются в терминах нашей теории: например, понятие инсайта, взятое из гештальттеории, в психоанализе переопределяется в терминах данной теории как момент соединения содержания с оторванным от него аффектом. И хотя этот термин продолжает оставаться неаналитическим, но становится возможным его использование в психоанализе.

Причины такой ситуации в психотерапии достаточно понятны: оторванность в течение десятилетий от мирового психотерапевтического сообщества, отсутствие многообразия научных школ, разгромленных на заре советской власти. Хочется надеяться, что начавшиеся процессы интеграции затронут и официальную психиатрию и психотерапию, что появятся различные серьезные школы и что заниматься психотерапией будут не люди, прослушавшие 1–2 лекции заехавших в нашу страну психотерапевтов. Пока же антисциентизм захлестнул психотерапию, психиатрию, психологию.

А. В. Немцов в докладе “Антисциентизм, сциентизм и наука” ратует за антисциентизм, но при этом смешивает сциентизм как общественное течение и сциентизм как научность внутри науки. Антисциентизм внутри науки ведет к распаду науки, культуры, знания, принося хаос и разрушение. А. В. Немцов призывает отказаться от “объективных методов” в медицине и считает сциентизм причиной дегуманизации советской психиатрии. Первое само по себе достаточно абсурдно, а сциентическая составляющая дегуманизации отечественной психиатрии и психологии ничтожно мала по сравнению с политической и идеологической, а плачевное состояние наших больниц и отсутствие медикаментов в значительной мере явилось следствием антисциентизации науки, ее политизации и идеологизации, партийного руководства наукой.

ПОСТКЛАССИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ В ПСИХИАТРИИ

Ф.Е.Василюк

«Камень, который отвергли
строители, соделался главою угла».

(Пс. 117, 22)

ПРАКТИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Отечественная психология так резко изменилась за последнее десятилетие, что кажется принадлежащей к другому “биологическому” виду, чем психология образца 1980 года. Происходящие “мутации” заметны даже в сонной атмосфере официальной академической психологии, а уж в стихии социальной жизни от них просто пестрит в глазах: появился массовый рынок психологических услуг → индивидуальное консультирование и психотерапия, детская игровая психокоррекция, развитие памяти и воображения, тренинги менеджеров и депутатов, семейная терапия и пр. и пр.

Но в чем, спросят, такая уж принципиальная новизна? Разве это не простое расширение давно существующей прикладной, практической психологии? В том-то и дело, что у нас была именно и только прикладная, практическая психология (т.е. приложения психологии к различным социальным сферам,

по имени этих сфер и получавшие свои названия – педагогическая, медицинская, спортивная, инженерная и т.д.), но не было психологической практики (т.е. особой социальной сферы психологических услуг). Будь, например, здравоохранение таким, какой еще совсем недавно была психология, у нас было бы несколько академических медицинских институтов и факультетов, сотни медицинских кафедр в вузах, различные отрасли, от молекулярной до космической, медицины и на всю страну – ... две поликлиники и десяток подпольно практикующих врачей.

Множащиеся сейчас психологические службы – это не просто еще одна отрасль практической психологии, наряду с названными. В них и через них отечественная психология наконец-то становится самостоятельной практической дисциплиной. Это историческое для судьбы нашей психологии событие. В 20-х годах, когда психология впервые столкнулась с высокоорганизованной практикой – промышленной, воспитательной, политической, военной, – Л. С. Выготский увидел в этом факте источник такого значительного обновления психологической науки, что психолог, по его словам, мог бы сложить гимн новой практической психологии. Но если это было справедливо для практической психологии, т.е. для включения психологии в существующие виды социальной практики, то это трижды справедливо для произошедшего на наших глазах рождения собственно психологической практики. Значение психологической практики для психологии трудно переоценить. Психологические службы не просто “важны” для психологии, она обретает в них свое тело, не больше и не меньше. Психологические службы для психологии то же, что школа для педагогики, церковь для религии, клиника для медицины. Психологическая практика – источник и венец психологии, альфа и омега, с нее должно начинаться и ею завершаться (хотя бы по тенденции, если не фактически) любое психологическое исследование.

В чем же отличие психологической практики от практической психологии? В том, прежде всего, что первая – “своя” для психологии практика, а вторая – “чужая”. Это означает, во-первых, что цели деятельности психолога, подвизающегося в “чужой” социальной сфере, диктуются ценностями и задачами этой сферы; во-вторых, непосредственно практическое воздействие на объект (будь то личность, семья, коллектив) оказывает не психолог, а врач, педагог или другой специалист; в-третьих, естественно, и ответственность за результаты несет этот другой. Психолог оказывается отчуж-

денным от реальной практики, и это ведет к его отчуждению от собственно психологического мышления.*

Не вспомнить ли здесь одну из главных аксиом марксизма: “бытие определяет сознание”? Реальное бытие практического психолога в сфере той или другой практической деятельности определяет его профессиональное сознание, вынуждает мыслить так, как этого требуют задачи, цели и традиции этой сферы: образуется мощная тенденция к утрате специфики психологического мышления. Эта тенденция хоть и не всесильна, но неуклонна и неизбежна: в чужой монастырь со своим уставом не ходят. Например, патопсихолог лишается в области психиатрии одной из важнейших прерогатив полноценного научного исследования – самостоятельности в выделении из реальности предметов изучения. Он вынужден довольствоваться лишь психологическим исследованием и оправданием психиатрического расчленения реальности, которое диктуется медицинской практикой. Лишенный, таким образом, в психиатрии “эфферентного поля”, он лишается и категориальной специфики своего восприятия.

С появлением самостоятельных психологических служб, собственно психологической практики принципиально меняется социальная позиция психолога. Он сам формирует цели и ценности своей профессиональной деятельности, сам осуществляет необходимые воздействия на обратившегося за помощью человека, сам несет ответственность за результаты своей работы. И это резко изменяет и его отношение к людям, которых он обслуживает, и его отношение к самому себе и участвующим в работе специалистам другого профиля, и, главное, сам стиль и тип его профессионального видения реальности.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Формирующееся в связи с появлением психологической практики новое положение психологии в общественной жизни создает новую ситуацию внутри самой психологии. Главный параметр оценки этой ситуации – отношения между психологической наукой и практикой.

* Речь идет не о том, что психолог совсем не участвует в системе практических мероприятий. Например, в психиатрической больнице его участие может быть очень велико, но даже там общий план лечения, последнее слово в диагностике и оценке результатов терапии, словом, все стратегические пункты деятельности принадлежат врачу. Так и в любой другой области.

Пока психология не начала оформляться в отдельную социально-практическую сферу такого же типа, как педагогика или медицина, пока не имела внутри своего состава и собственной практики, и науки, а совпадала с одной лишь наукой, она знала только “чужую” практику, имела дело только с практикой, принадлежащей другим сферам.

Психологию и практику разделяла тогда граница – причем с односторонним движением – от психологии к практике. Отношения между ними определялись принципом внедрения. Для психологии это всегда были “внешнеполитические” отношения, ибо, даже включившись во внутреннюю жизнь той или другой практики, войдя в самые ее недра, психология не становилась сродственным ей ингредиентом, т.е. не становилась практикой, а оставалась все-таки наукой. Так существует посольство в чужом государстве, сохраняющее всегда статус частички “своей” территории. Поэтому патопсихолог, специалист по педагогической или инженерной психологии, даже став совсем “своим” в больнице, школе и на заводе, все-таки неизбежно чувствовал себя “чужим среди своих”. Даже непосредственное участие психолога и психологии в решении разных практических задач не меняло принципиально положения границы: практика всегда оставалась для нее чем-то внешним, говоря словами Л. С. Выготского, “выводом, приложением, вообще выходом за пределы науки, операцией занавучной, посленаучной, начинавшейся там, где научная операция считалась законченной”. [1; 387]

С появлением самостоятельных психологических служб, собственно психологической практики привычный лозунг о внедрении психологии в практику должен быть перевернут: наоборот, практику надо внедрять в психологию. Отношения между наукой и практикой должны стать для психологии “внутриполитическими”, практика должна войти внутрь психологии, причем, как главный философский принцип всей психологии. Камень, который отвергли строители, должен стать во главу угла. При всей важности для психологии участия в различных видах социальной практики, нужно отчетливо осознавать, что только своя психологическая практика может стать краеугольным камнем психологии. Это принципиальное уточнение мы должны сейчас сделать к прогнозу Л. С. Выготского, который рассчитывал, что столкновение с военной, промышленной, воспитательной практикой оздоровит нашу науку.

В гуще психологической практики впервые возникает настоящая жизненная, т.е. вытекающая не из одной лишь

любопытности, потребность в психологической теории. Впервые потому, что от “чужой” практики всегда исходил запрос не на теорию, а на конкретные рекомендации и оценки, ее представителями теория воспринимается как необязательная, досадная нагрузка к методикам.

Психологической же практике теория нужна как воздух. Но обращаясь к существующим психологическим концепциям личности, деятельности, коллектива и т.д., психолог-практик не находит в них ответа на главные свои вопросы: зачем – в чем смысл, предельные цели и ценности психологического консультирования, тренинга и пр.?; что именно он может и должен делать, какова зона его профессиональной компетенции?; как достигать нужных результатов?; почему те или иные действия приводят именно к такому результату, каковы внутренние механизмы, срабатывающие при этом? Словом психолог-практик ждет от теории не объяснения каких-то внешних для практики сущностей, а руководства к действию и средств научного понимания своих действий. Но кроме того, и это самое важное, психологическая практика нуждается в такой теории, у которой можно не только что-то взять, но которой можно отдать. Практическая работа порождает богатейший живой материал, и, не имея подходящих теоретических средств для ассимиляции этого материала, психолог чувствует себя как сказочный герой, которому позволено унести столько золота, сколько он может, а у него нет под рукой даже захудалого мешка. Это последнее требование: возможность отдавать, вкладывать в теорию свой капитал, радикально отличает “свою” психологическую практику от “чужих” в их отношении к психологической теории.

Вполне очевидно, что теория, созревшая в академической исследовательской плоскости, в отрыве от психологической практики, не способна удовлетворить эти требования.

Таким образом, психологическая практика не может продуктивно развиваться без теории, и в то же время, она не может рассчитывать на академическую теорию. Ей нужна особого типа теория, назовем ее психотехнической.

Мы используем этот термин в том особом методологическом смысле, который ему придавал Л. С. Выготский (1982) и который закреплен и развит в книге А. А. Пузыря (1986). “Несмотря на то, что она не раз себя компрометировала, – писал Л.С.Выготский о современной ему психотехнике, – что ее практическое значение очень близко к нулю, а теория часто смехотворна, ее методологическое значение огромно. Принцип практики и философии –

еще раз – тот камень, который презрели строители и который стал во главу угла” (1982, с. 388). Но что это за странный камень, спросим себя, претендующий быть краеугольным и в то же время не монолитный, состоящий из двух частей, философии и практики? И о какой философии идет речь?

Л. С. Выготский соглашается с Л. Бинсвангером, что решения главных вопросов психологии мы не можем ждать от логики, гносеологии, или метафизики, т.е. основных частей философии. Значит, не обычная философия имеется в виду, когда говорится о краеугольном камне. Какая же? “Философия практики”, – формулирует Л. С. Выготский. А что такое “философия практики” применительно к психологии? Это “методология психотехники”. Итак, выстраивается синонимический ряд: философия и практика = философия практики = методология психотехники = психотехника – в одном слове” (Там же, с. 388-389).

Зная мышление Л. С. Выготского, его метод выделения “единиц” анализа, можно не сомневаться, что “психотехника” для него как методологический принцип есть “единица”, объединяющая в себя философию и практику. Поэтому “психотехника” и есть краеугольный камень новой психологии, содержащий практику в своем внутреннем устройстве, как “конструктивный принцип” (Там же, с.388), и в силу своего положения во главе угла требующий выравнивать, выверять по себе все стены и перекрытия возводимого здания, неизбежно воспроизводя в каждом пункте этого строительства принцип практики, философию практики как руководящую идею.

Соответственно, все это здание, вся теория, основанная на таком камне, будет психотехнической.

“АКАДЕМИЧЕСКАЯ” И ПСИХОТЕХНИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ

В чем конкретно состоят особенности психотехнической теории? Попытаемся ответить на этот вопрос, сопоставив по ряду параметров психотехническое познание с доминирующей пока в психологии естественнонаучной гносеологией. Мы называем последнюю “академической”, потому что вся психология сводилась до недавнего времени к одной лишь психологической науке, та строилась в основном по образцам естественных наук, как самых “научных”, а академизм есть синоним и символ научности.

Ценности. Ценностная ориентация академической психологии в лучших ее образцах соответствует канонам классической

науки и вообще “классической рациональности” (Мамардашвили, 1984). “Объективная истина”, не зависящая от чьей-либо субъективности и произвола, считается здесь не только высшей, но единственной ценностью. Психотехническая же система, включающая в себя реальную практику как свой живой орган, обязана сознательно выбрать свою ценностную позицию в контексте всех основных ценностей – истины, добра, красоты, святости, пользы и пр. Речь идет не только о человеческой позиции психолога и не о ценностной рефлексии уже сделанного, а о том, что ценностная установка должна быть имманентным началом теории и войти в ее ткань. Это положение – не нравственный императив, а необходимое условие получения научного, но, разумеется, не “естественно-научного” знания о “психотехнической реальности”*

Адресат. Подавляющее большинство научных психологических трудов пишется у нас для академических психологов и используется ими для работы над своими собственными научными трудами. При этом в аннотациях указывается, что работа будет интересна или полезна для философов, педагогов, социологов и т.д., но сама процедура извлечения этой пользы или нахождения этого интереса – дело читателя, совершенно внешнее по отношению к авторскому замыслу психолога.

Адресатом же психотехнической теории является психолог-практик, а это особый читатель. Если, по выражению М. К. Мамардашвили, “Сезан мыслит яблоками”, то психолог-практик мыслит “клиническим” опытом. Поэтому создаваемая для него теория должна быть релевантна этому опыту. Психолог-практик – не просто внешний контролер адекватности, истинности и эффективности, он – неотъемлемый внутренний персонаж психотехнической теории. Эта теория от него, про него и для него.

Субъект познания. В соответствии с идеалами классического гносеологизма, познание должно быть независимым от познающего субъекта, т.е. от его отношения к объекту исследования, личной позиции, вкусов и предпочтений. Поэтому в реальной исследовательской практике психолог предпринимает попытку занять нейтральную, отстраненную позицию если не “абсолютно”, то хотя бы “среднестатистического” наблюдателя.

В психотехнической же практике, напротив, психолог занимает заинтересованную, участную и личную позицию, и

* Такая особенность позволяет отнести психотехническое познание к “постнеклассическому” типу по классификации В. С. Степина.

осуществляет познание именно из такой позиции. Кроме того, в психотехнической ситуации он является не единственным познающим; его клиенты (пациенты, участники групп) выступают как вполне равнозначимые и незаменимые партнеры, так что самые творческие моменты продвижения к истине возникают, когда образуется диалогический “совокупный субъект” познания.

Контакт. В естественно-научном психологическом исследовании контакт с испытуемым рассматривается как неизбежное зло, которое может исказить объективную картину. Исследователя интересует объект в том виде, как он существует без и независимо от контакта. Соответственно, предпринимаются попытки минимизировать, стандартизировать контакт, сделать его эмоционально нейтральным. Контакт с испытуемым экспериментатор мечтал бы превратить в своего рода детектор или узкую смотровую щель, сквозь которую был бы виден только один, интересующий исследователя аспект.

В психотехнической практике, как правило, стремятся к интенсивному, уникальному и эмоциональному контакту. Разумеется, здесь есть свои тончайшие и строжайшие правила и ограничения. Но важно то, что если в естественно-научном познании главное достоинство контакта – его узость и прозрачность, создающие ограниченную, но ясную и отчетливую область зрения, сама же эта смотровая щель не интересует исследователя, то в психотехническом знании нет стремления элиминировать сведения о контакте. Напротив, они являются самыми ценными и существенными. Если в естественно-научной познавательной ситуации контакт связывает субъекта и объекта узким “каналом”, то в психотехнической – скорее объединяет их, образуя общее “поле”, в которое включены участники.

Процесс и процедуры исследования. В исследованиях, отвечающих естественно-научным идеалам, применяются “жесткие” и однонаправленные экспериментальные программы. Сама программа эксперимента может меняться только от опыта к опыту, но в ходе проведения опыта она не меняется в зависимости от складывающейся ситуации, поведения испытуемого и состояния экспериментатора. Обстоятельства могут, конечно, помешать выполнить программу, но тогда эксперимент считается сорванным, несмотря на то что сам этот срыв порой может дать много ценной информации.

Духу психотехнического познания более отвечают процедуры, создающие человеку оптимальную ситуацию для самопознания и самораскрытия. Эти процедуры отличает гибкость, незап-

программированность, стремление к уникальному реагированию на уникальную ситуацию. Эта гибкость лишена произвола и необязательности в той же степени, как единственный ход в шахматной партии и единственное слово в поэтической строке. Другой особенностью является направленность доставляющих знание процедур не только на пациента (клиента, участника тренинговой группы), но и на самого психолога, на его отношения с пациентом, на сам психотехнический процесс.

Знания. Естественно-научные психологические знания о человеке являются достоянием исследователя и предназначены либо для научных нужд психолога, либо для практических нужд другого специалиста (врача, судьи, тренера), но не для самого человека. По форме это знание в третьем лице, “о нем”, неконвертируемое в диалог с испытуемым и потому не сообщаемое ему или сообщаемое в искаженном виде.

В психотехническом процессе могут циркулировать знания самого разного типа, но знания, которые продвигают и углубляют этот процесс и которые, в то же время, являются симптомами такого продвижения и углубления, это знания внутренние, личностные, знания не умом только, а всем человеческим существом. Предмет этого знания не обязательно Я САМ, но то, с чем я нахожусь в непосредственном живом контакте, с чем могу внутренне эмоционально отождествиться. Это знание не о чем-то внешнем, отсутствующем, отдаленном, знание не “о нем”, а о внутреннем, близком, что присутствует во мне или в чем присутствую Я, т.е. знание “о себе” или “о тебе”.

Предмет теории. В естественно-научной теории действительность берется, говоря словами марксов тезисов, “в форме объекта”, а в психотехнической теории, напротив, — как “человеческая чувственная деятельность, практика”, “субъективно”, причем, не со стороны, как чья-то деятельность, практика, а изнутри, как моя практика. Такое познание не смотрит на мир со стороны из вне- и надмирной позиции, а изнутри практики смотрит на открываемый ею мир. Психотехническая теория — это не теория некоего “объекта” (психики, деятельности, мышления), а теория психологической работы-с-объектом. Это теория практики. Стилистическое подтверждение такой формулы содержится в названиях, данных, например, З. Фрейдом или П. Я. Гальпериным своим несомненно психотехническим по типу системам: не теория бессознательного, а психоанализ, не теория умственной деятельности или мышления, а теория поэтапного формирования умственных действий. В обоих случаях — теория практической

деятельности психолога (анализа, формирования).

Соотношение предмета и метода. Роль метода в естественно-научном познании состоит в том, чтобы превратить эмпирический объект изучения в предмет исследования. Так, при изучении условных рефлексов у собак в школе И. П. Павлова животное ставилось в такие условия (ограничение стимуляции, движений и др.), чтобы все его поведение фактически сводилось к условнорефлекторному реагированию. Создав такого рода искусственный препарат, метод как бы отходит в тень, предлагая рассматривать этот сфабрикованный предмет как натуральный объект.

В психотехническом познании происходит парадоксальный для классической науки методологический переворот: метод здесь объединяет участников взаимодействия (субъекта и объект познания в неадекватной старой терминологии), как бы вбирает их в себя и превращается в своего рода “монаду”, которая и становится предметом познания. Но, как известно, “монада не имеет окон” (Лейбниц), она познается изнутри.

Например, ПСИХОТЕХНИЧЕСКАЯ постановка проблемы переживания горя состоит в исследовании утешения, психотехническая постановка проблемы бессознательного — в исследовании “толкования бессознательного”. И сколь бы изощренной ни была рефлексия таких исследований, сколь бы сами они ни были вторично объективно-научными, первично они исходят из утешения и толкования, и только здесь, внутри тела этих моих психотехнических действий, я профессионально и “научно” встречаюсь с горем и бессознательным, с собой — психологом, с тобой — моим собеседником и пациентом. Причем, встречаюсь с ними (нет — с нами) как со взаимодополнительными и необходимыми моментами некоего единства, а не как отдельными и самодостаточными “объектами”. Разумеется, в ходе внутреннего развития и дифференциации такого познания не избежать объективаций и появления как бы естественнонаучных знаний о горе и бессознательном, но это, повторим, “вторично-научные” знания, выросшие на психотехнической закваске.

Что до методологического статуса таких знаний, то в отличие от самых развитых, неклассических” естественно-научных исследований, доросших до того, чтобы знания о методе включать в знание об исследуемом объекте, здесь, в психотехническом познании, наоборот, знания об “объекте” (горе, бессознательном) включаются как аспект в искомое знание о методе.

Итак, если общим предметом классической академической теории является фрагмент, выделенный методом из объекта,

ограниченный методом, то общим предметом психотехнической теории является сам метод, ограничивающий и создающий пространство психотехнической работы-с-объектом.

Всякая научная теория в своем общем предмете выделяет центральный предмет исследования, на котором сосредоточивает свое внимание, полагая, что познание законов этого центрального предмета является ключом к познанию всего общего предмета (например, в теории ВНД И.П. Павлова познание законов условного рефлекса – ключ к познанию всей высшей нервной деятельности). Отличие психотехнической от академической теории состоит в этом пункте в том, что если академическая теория подбирает метод, адекватный изучению центрального предмета, то психотехническая теория должна, наоборот, по работающему, эффективному психотехническому методу (нашупанному в живом опыте) восстановить такой *центральный предмет для которого этот практический метод является одновременно оптимальным и специфическим методом познания.*

Так, например, кандидатом на центральный предмет психотехнической теории индивидуальной психологической помощи вполне мог бы быть условный рефлекс на том основании, что механизмы обусловливания вполне способны объяснить эффективность методов бихевиоральной терапии. Однако, если мы спросим, способны ли, наоборот, эти методы дать новое знание о рефлексе, является ли, скажем, метод систематической десенситизации подходящим для изучения классического условного и оперантного рефлексов, то придется признать, что этот метод познавательно бесплоден и не идет ни в какое сравнение с павловским привязным станком или скиннеровским ящиком.

Если бы станок и ящик, будучи оптимальными устройствами для исследования обусловливания создавали еще и оптимальную ситуацию для эффективной психологической помощи (предположим на минуту, что критерии такой эффективности однозначны и общепризнаны), то бихевиоризм был бы психотехнической системой, а понятие условного рефлекса выражало бы центральный предмет этой системы. Либо наоборот, если бы методы бихевиоральной терапии были бы не только практически эффективны, но и оптимальны для исследований закономерностей обусловливания, то сама бихевиоральная терапия была бы не просто прикладным бихевиоризмом, лишь изощренно эксплуатирующим научные идеи материнской теории, а была бы психотехнической системой, наращивающей исходный научный капитал. И в этом случае условный рефлекс стал бы центральным предметом подобной системы.

Эти рассуждения приложимы и к любому другому понятию, претендующему на роль центрального предмета психотехнической системы. Возьмем для примера понятие гештальта. С одной стороны, необычайно познавательно плодотворная гештальт-психология, с другой, гештальттерапия – один из самых развитых и эффективных методов современной психотерапии. В категории гештальта сконцентрирована блестящая научная традиция, целая развивающаяся система понятий, концепций и экспериментов, за ней встают такие имена, как Кофка, Келер, Левин, и в то же время, эта категория стала основой разветвленной системы методов гештальттерапии, хорошо объясняет механизм эффективности этих методов, и в сфере психотерапии эта категория ассоциируется с такой звездой первой величины, как Ф. Перлз; казалось бы, о чем еще можно мечтать?! И все же этого мало. Категория гештальта не стала таким каналом, через который богатейший опыт гештальттерапии вливался бы в гештальтпсихологию и служил ее развитию, а в этом развитии создавались бы понятия и формы, вновь вливаемые в гештальттерапию и превращающиеся там в психотерапевтические методы. Отношения между ними ограничились, по сути, одноразовым вложением идейного капитала гештальтпсихологии в гештальттерапию без дальнейших взаимооплодотворяющих обменов. Именно поэтому гештальтпсихология и гештальттерапия не образовали психотехнической системы, а понятие гештальта, соответственно, не стало центральным предметом такой системы.

Итак, какое бы мы понятие ни пытались положить в основу психотехнической системы, сделать ее центральным предметом – рефлекс или гештальт, самосознание или диалог, характер или переживание, можно рассчитывать на плодотворность такой системы только в том случае, если это понятие будет удовлетворять следующим критериям: а) оно должно быть не выдуманно на потребу сиюминутной практической выгоде (как, например, понятие “якоря” в нейролингвистическом программировании), а концентрировать в себе идейную энергию и потенциал какой-то серьезной научно-психологической традиции; б) оно должно служить идейной основой эффективных психотехнических методов, т.е., с одной стороны, быть их конструктивным принципом, позволяющим создавать такие методы и методики, а с другой – их объяснительным принципом, позволяющим научно объяснить механизм действия как собственных, так и заимствованных методов; в) и, наконец, самое главное: оно должно быть способно сформировать или найти такой эффективный практический метод,

который в то же время был бы для этого понятия оптимальным, наилучшим, ключевым (чтобы не сказать единственно возможным) эмпирическим исследовательским методом.

Для разрабатываемой автором этих строк психотехнической системы индивидуальной психотерапии таким центральным понятием выступает понятие переживания, рассматриваемого как особая деятельность человека по преодолению критических жизненных ситуаций. Примером этого понятия легко проиллюстрировать последнее из названных методологических требований. Если бы нас даже совершенно не интересовали практические вопросы эффективности психологической помощи, а стояла бы лишь чисто научная задача эмпирического исследования переживания, то лучших испытуемых, чем клиенты психологической консультации, и лучшей "экспериментальной" ситуации, чем ситуация консультирования, найти было бы невозможно. Словом, если бы вообще не существовало индивидуальной психотерапии, то для изучения проблемы переживания ее нужно было бы изобрести.

Сведем в таблицу итоги сопоставления академической и психотехнической теорий.

Аспект познания	Естественно-научное познание	Психотехническое познание
Философия	Гносеологизм	Философия практики
Ценности	Внешние по отношению к познанию	Имманентны процессу познания
Адресат	Академический психолог или специалист другой профессии	Психолог-практик
Субъект познания	Нейтральный, "среднестатистический", отстраненный наблюдатель	Заинтересованный, индивидуальный или совокупный субъект
Контакт	Минимизированный, стандартизированный, эмоционально нейтральный. Связывает субъект и объект	Стремление к интенсивному, уникальному, эмоциональному контакту. Контакт объединяет, включает в себя субъектов психотехнической ситуации

Процессы процедуры исследования	Жесткие, неизменные в пределах опыта программы процедур	Гибкие, уникальные процедуры, тонко реагирующие на текущую ситуацию опыта
Знания	Знание в третьем лице о "нем". Знания испытуемого о себе лишь фактический материал	Знание внутреннее, личностное "о себе" или "о тебе"
Предмет и метод	Метод выделяет предмет из реальности и представляет его в "форме объекта", наблюдаемого извне	Метод объединяет участников психотехнической ситуации и сам становится предметом исследования
Центральный предмет	К центральному предмету подбирается адекватный метод исследования	К практически эффективному методу подбирается центральный предмет, для которого этот же метод является оптимальным методом исследования

Подведем итоги. Тот, кого всерьез волнует судьба нашей психологии, должен осознавать вполне реальную опасность вырождения ее в третьеразрядную дряхлую и бесплодную науку, по инерции тлеющую за академическими стенами и бессильно наблюдающую сквозь бойницы за бурным и бесцеремонным ростом примитивной, а то и откровенно бесовской, массовой попсихологии, профанирующей как те достойные направления зарубежной психологии, которые ими слепо копируются, так и психологию вообще, игнорирующей национальные и духовные особенности среды распространения. Это не какая-то отдаленная опасность. Гром уже грянул. Единственный шанс для нашей научной психологии, шанс не просто отсидеться еще какое-то время на теплой академической печи*, а сделаться подлинной, сильной, полноценной наукой, состоит в том, чтобы радикально измениться. Это не внешнее вынужденное изменение, оно заложено в генотипе отечественной психологии. Ей, по сути, нужно всего-то стать самой собой, не зарыть свой, именно свой, талант в землю, а пустить его в оборот, реализовать уже заложенные в ней потенции, из психологии деятельности превратиться в деятельную и жизненную психологию. Пришло время

* Заметно, впрочем, остывшей за два года, прошедшие с тех пор, как писались эти строки

услышать и исполнить все еще звучащие для нас слова Выготского о психотехнике, значимость которых он не зря подчеркнул евангельской метафорой о краеугольном камне: "это есть камень, пренебреженный вами жидущими, но сделавшийся главою угла, и нет ни в чем ином спасения".

SUMMARY

Кроме давно существующих отраслей практической психологии, сейчас в нашей стране возникла психологическая практика, самостоятельные психологические службы. Она важна для психологии как школа для педагогики. Психология становится самостоятельной социально-практической сферой, такой как педагогика, медицина и др. Это радикально изменяет соотношение между теорией и практикой в психологии. Возникает необходимость в теории нового типа, основанной на "философии практика" (Выготский). В статье формулируются основные методологические черты психотехнической системы: 1) включенность прагматических и этических ценностей в ткань теории; 2) "пользователь" ее является психолог-практик; 3) объектом такой теории становится не психика, сознание и пр., а работа-с-сознанием; 4) центральный предмет и метод психотехнической теории находятся в таком соотношении, что конструируемый исходя из идеи центрального предмета практический метод воздействия является в то же время оптимальным эмпирическим методом исследования этого предмета.

ЛИТЕРАТУРА

Выготский Л. С. Исторический смысл психологического кризиса // Выготский Л. С. Собр. соч. в 6-ти т. М., 1982. Т.1 С.291-436.

Мамардашвили М. К. Классический и неклассический идеалы рациональности. Тб., 1984.

Пузырей А. А. Культурно-историческая теория Л. С. Выготского и современная психология. М., 1986.

РОССИЙСКАЯ МИСТИКА В ЭПОХУ РАСПАДА

Л. Я. Гозман, М. С. Егорова

Я не уверен, что то, что мы хотим сегодня сказать точно соответствует названию. В обществе есть такие интересные явления, которые не являются болезнью, но они требуют к себе внимания как психологов, так и психиатров, поскольку выражают наши несколько необычные настроения, какие-то ориентации. И вот таким явлением является мистика, под которой мы понимаем веру, интерес к необычному, к чему-то, что не имеет фактического обоснования, и, при всем скепсисе публики, не подвергается сомнению. Здесь в один ряд попадают различные явления: интерес к дельфинам лет 15 - 20 назад, когда весь советский народ обсуждал разговаривают дельфины или не разговаривают. Никакого отношения к повседневности это не имело, абсолютно никакого. Люди, которые это обсуждали, ничего про дельфинов не знали толком и не хотели знать. Они хотели знать на самом деле, что дельфины мыслят, что они, как люди. И в этих рассуждениях уже заранее был ответ, т.е. ответ отрицательный не принимался широкой общественностью, принимался положительный - дельфины мыслят, общаются, они умнее человека и т.д. Потом возник снежный человек. Сейчас все это дошло до крайних форм: Кашпировский, летающие тарелки и прочее. Это такое странное и в общем интересное явление, и сказать, что оно везде есть, что оно сопутствует любому человеческому обществу, не совсем верно.

Все дело в степени распространенности. Мистика, столоверчения везде были, есть и будут. Специфика состоит в степени распространенности этой мистики. Чтобы вся страна ставила банки перед телевизором, от Москвы до Курил, чтобы зарядить воду, такого нет ни в одной стране мира. а кроме распространенности, важно, среди каких классов общества это распространено. Ну да, конечно везде есть чародеи, волшебники, люди, которые общаются со звездами, летают на Марс очень быстро, но это довольно специфическая публика, которая верит во все эти вещи. У нас же субъектом этой веры стало образованное сословие, интеллигенция, что, в общем-то, было не характерно для дореволюционной России. И нам кажется, что надо попытаться понять, почему это происходит сегодня.

Здесь может быть несколько типов объяснений и некоторые объяснения достаточно очевидны.

Есть объяснение дефицитарного плана, потому что плохое образование, причем, мало, что плохое, но в основном техническое. Гуманитарного образования в стране практически нет. Буквально какие-то островки, куда попадают менее 0,001%. А так люди в основном получают техническое образование, это образование, в котором гуманитарный аспект вообще не представлен. Люди не знают философии, истории. Они вообще ничего не знают. Техническое образование ориентируется на простые механистические схемы, однозначные причинно-следственные связи и т.д. Отсутствует нормальное медицинское обслуживание в стране. К врачу пойти страшно, некуда и он все равно не помогает. Человек ищет чего-то другого.

Дефицитарные объяснения достаточно понятны и очевидны. Есть еще одна категория достаточно очевидных объяснений, как эта мистика связана с политической системой. Распад веры, не в коммунизм, конечно, в коммунизм давно не верили. Распад веры в великую страну, в добрых людей вокруг, в людей в белых халатах, в дядю Степу милиционера, в эту категорию идей. Распад веры в надежное будущее, которое стало не просто неизвестным, а пугающим. Это то, что в течение всех этих лет система пыталась создать человека иррационального. Способствовала вере, а не знанию, не разуму.

То, что Кашпировский получил широкий экран, когда была жесткая цензура, телевидение было дисциплинированным, говорит о том, что он соответствовал по менталитету тем людям, которые это разрешение давали. Помните, например, он говорил: "Ты мне верь". Это та схема отношения человека с

обществом, с представителями этого общества, с врачом, в частности, которая воспитывалась в течение всех этих лет.

Но есть менее очевидные, менее банальные причины распространения мистики, чем те, которые я назвал. Пару таких причин хотелось бы назвать.

Первое. Довольно странное, необычное отношение к возрасту в нашей стране. У нас очень рано наступает время, когда тебе уже поздно. Тебе все поздно на самом деле. Причем, посмотрите, где отражаются реальные ограничения, которые существуют в системе. У нас получить нормальное образование на стационарном отделении можно до 35 лет. Если тебе 36 лет, то можешь получать его в суррогатном виде заочного и вечернего образования, а нормальное, полноценное образование получить уже не можешь. Тут тебе уже действительно становится поздно. У нас много, действительно много чего поздно, и это отражается в психике людей. Мы провели такое небольшое исследование, где просили людей назвать, что для их возраста еще можно, а что уже нельзя. И вот оказывается, что "уже нельзя" представлено очень подробно и очень четко: нельзя менять профессию и т.д. А о том, что можно, у человека очень аморфные и очень неоптимистические представления. И такое отношение к возрасту, когда тебе уже все будет нельзя, наступает значительно раньше физической смерти, даже раньше старости. И нам кажется, что сильная ориентация на мистику связана с тем, что в реальной жизни тебе ничего нельзя. У тебя остается надежда на жизнь какую-то другую, на жизнь мистическую.

Вообще, с нашей точки зрения, мистика является протестом против неинтересной жизни. В жизни нет игры, например. В нашей культуре это было и до революции, но получило мощное развитие после, отсутствует элемент игры. В США десятки миллионов людей вовлечены в различные сообщества, которые создаются просто для удовольствия. Это может быть какая-то группа, которая собирается раз в месяц, переодевается в средневековые костюмы и что-то рассказывает. Зачем? Да ни зачем. Просто так, чтобы было интересно. У нас такой игры нет. И вот люди верят в мистические вещи для того, чтобы с ними поиграть. Любая вера она ведь функциональна, поэтому нужно понять, зачем эта вера человеку. Отсюда эти "переживания пика неудовлетворенности" в повседневной жизни. И человек быстро понимает, что они никогда и не будут удовлетворены, и ему ничего не остается кроме лозунга, что в жизни всегда есть место подвигу, а жизнь она скучная, расписанная и ничего интересного

с тобой не произойдет. И ответом на эту скуку является попытка уйти в другую жизнь, где можно вызывать духов, совершать чудеса, где можно достаточно простыми упражнениями перейти в новое качество, перейти к принципиально новой жизни. Нам кажется, что эта ориентация на мистику в полной мере проявляется в психиатрии.

Сегодняшняя ориентация в психотерапии представляет собой нечто вроде прикладной мистики. Это проявляется не столько в методах, которые они используют (лекарства или йоговские упражнения), а речь идет об атмосфере между психотерапевтом и его клиентом. Речь идет о том как сами участники к этому процессу относятся. На наш взгляд они часто относятся к этому как к процессу чудотворства. Клиент встречается не со специалистом, с ремесленником, а встречается со сверхчеловеком. И ждет он от этого сверхчеловека не ремесла, не действий по правилам, а чудес. Почему это происходит? По нескольким причинам.

Во-первых, самим психотерапевтам это нравится. Лучше быть суперменом, чем тривиальным специалистом. Потому что у психотерапевта тоже жизнь скучная, и все, что было сказано о жизни всех, оно относится и к психотерапевту. Кроме того, психотерапевт очень часто не верит в возможность ремесла. Как справедливо говорил здесь Валерий Бузин, можно стать роджерсианцем, прослушав 1 - 2 лекции, психоаналитиком, не читая Фрейда, — это дело нехитрое в наших условиях. Это так, но дело не только в этом. У нашего психотерапевтического сообщества есть представление о человеке, в котором сочетаются две противоречивые вещи: человек непознаваем, душа человека непознаваема — это первый тезис, который многие принимают; а второй тезис, существующий одновременно с первым, — что это непознаваемое является простым. И поэтому пытаться понять механизм собственных действий не надо, это бессмысленно, так как это за пределами нашего понимания. А в то же время то, что ты делаешь с ним может быть достаточно простым. Вот тот массовый энтузиазм, который охватывал наше психотерапевтическое сообщество пару лет назад, когда приезжал кто-либо из миссионеров с Запада, объясняется по-видимому именно этим. Приезжает Вирджиния Сатир и говорит достаточно простые вещи: надо посадить ребенка, сесть с ним на один уровень и сказать то-то и то-то. Может быть за всем этим есть много знаний по теории. Но она излагает за полчаса несколько очень простых принципов, и тут же большое количество достаточно умных людей

вдруг верят, что да, это и есть тот белый тезис, который так долго искали, что надо посадить клиента вот так, а самому сесть вот так, и все будет хорошо. Это же и есть чудотворство, ты не понимаешь почему это так действует, и соглашаешься, что можно таким простым способом решать сложные проблемы клиента. За этим стоит то, что душа непознаваема, но душа достаточно проста.

Ориентация людей на чудотворство, что ты сделаешь пассы, скажешь какое-то заветное слово или научишь заклинанию, связана с тем, что люди приходят к нам не для того, чтобы решать свои проблемы, а для того, чтобы оставить свои проблемы в прошлом и начать новую жизнь. И поэтому так популярны такие экзотические методы, которые могут разделить жизнь клиента на “до” и “после”. Клиент приходит на психотерапию и хочет быть посвященным в некую секту, и методы психотерапии приобретают характер сакральных символов. Человеку, например, рекомендуется заниматься йогой (а почему бы и нет), но йога предстает в сознании клиента (как и психотерапевта) как что-то мистическое, как что-то, что меняет его жизнь кардинально. И клиент может быть при помощи таких экстравагантных для нашей жизни приемов получает возможность сказать себе, что жизнь “до того” была неправильной жизнью, а правильная жизнь началась сейчас. Раз та жизнь неправильна, а эта правильна, то чувство вины и ответственности за то, что делал раньше, остается в прошлом: я не виноват в том, что происходит в моей семье и т.д., так как я посвящен сейчас. Такая ориентация приводит к достаточно большой удовлетворенности клиента. Так как клиент чувствует, что ему дали что-то очень важное, он доволен отношениями со своим психотерапевтом и т.д. Человеку становится жить спокойнее. Но людям, которые рядом с ним, становится жить хуже, так как остальные живут той же жизнью, которой жили раньше. У нас почему-то считается, что большинство специалистов смирились с тем, что индивидуальная психотерапия логично приводит к дезадаптации: семейные отношения и отношения с близкими могут нарушаться. Нам кажется, что мистическая ориентация на психотерапию приводит к тому, что вместо того, чтобы интегрировать прошлое, настоящее и будущее, мы помогаем поставить стенку между собой и своим прошлым и достичь этим очень временного эффекта. Но проблемы, которые были в прошлом, возникнут, по-видимому, и в скором будущем.

СТАРЕНИЕ – ВРЕМЯ ЛИЧНОГО ПОЗНАНИЯ ВЕЧНЫХ ВОПРОСОВ И ИСТИННЫХ ЦЕННОСТЕЙ

Н. Ф. Шахматов

Частота, с которой встречаются болезненные нарушения психики в старости, зачастую тяжелый их характер, трудность содержания таких больных в обществе, жалкий и неприглядный внешний облик психически больного старика, способствует широкому распространению представления о негативном психосоциальном стереотипе старого человека. Этому способствует и то, что практически старение всегда сопровождается физической немощью и болезненностью. По существу старость болезненна всегда. Однако и при плохом здоровье, скромном материальном достатке, относительном одиночестве, пожилой человек может находиться в согласии со своим старением, оказаться в состоянии выделить положительные стороны своего нового старческого бытия, испытывать высокие радости. Обычно при этом можно наблюдать пересмотр прошлых жизненных установок и взглядов, что сопровождается выработкой новой, созерцательной, спокойной и самодостаточной жизненной позиции, удовлетворенностью настоящим, самоудовлетворенностью.

Соображения, которые отвечают теме сегодняшнего сообщения и которые мы собираемся высказать, опираются на многолетний опыт исследования пожилых лиц. В первую очередь пожилых лиц с различного рода психическими отклонениями, но также и

лиц пожилого возраста со здоровой психикой. Исследовались пожилые, находящиеся на лечении в психиатрических больницах. Исследовались пожилые люди, находящиеся в домах-интернатах для престарелых общего типа, а также старики, проживающие в населении сельских районов и в условиях столичного города. Из общего числа пожилых, не обнаруживающих признаков психических отклонений, можно выделить группу лиц, спокойно относящихся к тем изменениям, которые привнесло в их жизнь старение, положительно оценивающих свое старческое существование.

Прежде чем перейти к характеристике этой группы, остановимся на том главном, что определяет отношение к старению со стороны самого пожилого человека и его окружения.

Основным и первостепенным, что определяет положение пожилого человека в обществе, является состояние его физического здоровья, физическая активность. Приспособление к новому положению в старости, предполагаемые приемы адаптации и реабилитации, направленные на улучшение этого приспособления, определяются в первую очередь физическими возможностями старика.

Соматическое неблагополучие, ощущения недомогания, болезненные ощущения составляют само содержание старческого существования. Осознание факта начала возрастных изменений определяется ограничением физических возможностей, а уже затем ощущением недомогания, недужными и болезненными переживаниями. Особое внимание к собственному физическому состоянию типично для первых этапов старения. Они обычно характеризуются неприятными и тревожащими переживаниями. Стремление увидеть в естественных признаках старения какие-то конкретные соматические заболевания, переоценка медикаментозных средств — типичная черта первых этапов старения. Старость отражается в сознании пожилого человека как преимущественный физический недуг и очень скоро проблемы, тревожащие пожилого человека, сводятся к тому, что это физическое состояние или ухудшается или обязательно будет ухудшаться.

В дальнейшем, по мере продвижения в возрасте, отношение к собственному физическому состоянию неодинаково. У пожилых и особенно в глубокой старости можно наблюдать снижение актуальности подобных переживаний, когда появляется терпимое или прямо безразличное отношение к своим физическим недугам. Близка к этому и динамика в отношениях к собственной смерти. Исследуя пожилых старше 60 лет, не обнаруживающих признаков невротических и психических расстройств, можно было отметить

у них отсутствие истинного интереса к вопросам, связанным с приближением времени завершения жизни. Создавалось впечатление, что чем старше человек, тем менее актуален этот вопрос. На этих этапах отношение к продолжающим выявляться и утяжеляться физическим изменениям определяется утвердившейся к этому времени позднего возраста позицией, отражающей принятие или неприятие своего старческого бытия.

Отношение к собственному старению — активный элемент психической жизни в позднем возрасте. По сути это тот принцип, по которому можно разграничить благоприятные формы психического старения и неблагоприятные, характеризуя психическое здоровье в этом возрасте. Хорошее физическое здоровье, умеренный характер возрастных изменений, сохранение деятельного образа жизни, наличие семьи, материального достатка так же как и прошлые заслуги, награды и звания не являются залогом осознания старости как интересного, полноценного периода жизни. И при наличии всего перечисленного человек в старости может считать себя ущербным, обделенным, больным, убогим и несчастным. Принятие собственного старения есть результат активной творческой работы в старости по переосмыслению прошлых жизненных установок и позиций, переоценка прошлых жизненных оценок.

Представление о жизни в старости как жизни полноценной в значительной степени определяется установившимся к этому времени характером деятельности старого человека. В возрасте деятельной “молодой” (60–70 лет) старости человек приходит к мысли, что к той форме деятельной жизни, которой он занимался до этого, существенного уже ничего добавиться не может. Привычным общественным делом можно заниматься и дальше, доставляя удовольствие и себе, и другим, но по выражению Мозма “дом уже построен”. Именно этот возраст и есть то время, когда как форма деятельности утверждается мысль завершить жизненную программу каким-то обобщением, подведением итогов. Если повседневная деятельность в какой-либо степени отвечает этой задаче, налицо и удовлетворение своей новой старческой жизнью. Таким образом, положительная оценка определяет установление приемлемых рамок и объема повседневной новой деятельности или занятости, а удовлетворение ими определяет положительное отношение к факту собственного старения как единственного времени, когда возможно в силу внутренних потребностей переосмыслить свою прошлую жизнь с учетом того, что нового в ней по старым меркам уже ничего не будет. Новое открывается за

счет именно этого переосмысления и это несомненно несет в себе определенно положительный эмоциональный заряд.

В основе стремления к занятости в старости лежит врожденная человеческая потребность к целенаправленной деятельности. Однако старость — это время, когда занятость выбирается не в силу внешних потребностей, определяемых коллективным образом жизни, а сугубо личными интересами и стремлениями, важным из которых оказывается стремление привести все в какой-то логически-смысловой порядок. Найти ответ на то, что ранее отодвигалось самим характером повседневности. Подобное стремление может принимать в старости различные формы и виды. “В моих глазах приобретает ценность тот час, который сам же я наполнил содержанием, который именно я сделал ценным” (Д. Йиеш). Стремление к деятельности определяет проявляющееся в старости повышенное чувство порядка, стремление к чистоте, пунктуальное выполнение установленных для себя правил. Выполнение нового режима, новых жизненных правил и установок определяет и характер занятости, укрепляет чувство самодовольствования — одной из самых важных сторон психической жизни в старости. Стремление к деятельности и сама деятельность — это то, что наполняет жизнью жизнь в старости.

Однако обратимся к ключевому положению Сомерсета Мозма — он пишет: “Спросите меня, в чем смысл или польза такого подведения итогов, и я должен буду ответить, что ни пользы, ни смысла в этом нет. Это то, что противопоставляется бессмысленности жизни, то, что делается для развлечения и чтобы удовлетворить то, что ощущалось как органическая потребность.

Органическая потребность решить вопрос о смысле своей жизни на стадии, когда она уже не приносит ничего нового в ощущениях и формах собственной деятельности, — естественная потребность пожилого человека и делается им или сознательно или бессознательно на основе личного опыта.

Обратимся к исследуемой нами группе с благоприятными формами психического старения. Следующая возрастная группа 70–80 лет (“вторая жизнь”). Это время, когда становятся значимыми такие недуги старости, как ослабление и ограничение двигательной активности, снижение зрения и слуха, затрудняющие привычные формы деятельности. Однако процент лиц с положительным отношением к старению и в этой группе по существу не меняется, несмотря на более значимый для этой группы фактор физической слабости, большую глубину физического упадка.

Давая характеристику этой группе, в первую очередь, следует подчеркнуть их жизненную ориентировку только на настоящее. У этих пожилых людей не выявляется ретроспективной проекции на счастливое прошлое, нет также планов деятельной жизни на будущее. Созерцательная, самодостаточная, жизненная установка на настоящее — основное, что определяет весь строй психической жизни этих пожилых людей. Окружающая жизнь, состояние собственного здоровья, физические немощи и недуги принимаются этим пожилым человеком как есть без желания что-либо изменить и от чего-либо избавиться. Именно у этих лиц можно выявить мыслительную работу, отражающую стремление переосмыслить свой прошлый жизненный опыт, прошлую деятельность с сегодняшней позиции и положения старого человека. В этом случае прошлые успехи в приобретении знаний, почетных должностей и званий теряют прошлую привлекательность и кажутся малозначимыми. Крепость семейных и родственных отношений представляется иллюзорной, прежнее чувство устойчивости, существующее за счет внутрисемейных связей, теряет прошлое значение.

Материальные ценности, приобретенные в течение жизни, лишаются прошлого смысла. Общая оценка своей прошлой деятельности и прошлых ценностей приближается к известному тезису Екклесиаста о не имеющей какого-либо смысла и суетной: "...и оглянулся я на все дела мои, которые сделали руки мои, и на труд, которым трудился я, делая их, и вот все суета и нет от них пользы под солнцем". Подобная коренная переоценка прошлых ценностей, определяющих смысл и цель прошлой жизни, находит практическое выражение в утверждающемся в старости спокойном, созерцательном и самодостаточном образе жизни. К этому же времени обнаруживаются и новые интересы. Среди них первое место занимают обращение к природе, стремление довольствоваться малым. Укрепляются различного рода морально-нравственные ценности. Нередко это впервые появляющееся стремление оказаться полезным физически слабым и больным людям, брошенным животным. В определенной своей части эти пожилые люди открывают для себя новые интересы, имеющие отношение к общим проблемам естествознания, философии, религии, искусства. Подобная черта, впервые выявляющаяся у некоторых лиц в старости, известна и описывается давно. Находя различное объяснение, эта особенность может быть понята по-разному. В данном случае сами пожилые люди отмечают, что именно старость дает им возможность творчески переосмыслить прошлый жизненный опыт.

Описанная здесь картина появляющегося в старости нового отношения к себе, окружающему не всегда так едина и полна. Зачастую выражены лишь отдельные ее стороны. Однако постоянной оказывается общая тенденция направления изменений в указанную сторону. Выявляющаяся в старости новая жизненная установка, отвергающая прошлые жизненные ценности, требует исключения предположения о психотической природе подобного явления. Однако разбор каждого из перечисленных выше положений дает возможность отказаться от предположения о психотической и в частности аффективной подоплеке подобного состояния. Весь строй сегодняшних переживаний этих пожилых выгодно высвечивает настоящий период жизни. Нет у этих пожилых депрессивной проекции на прошлое, ретроспективного разматывания собственных переживаний с идеями самообвинения. Нет также попыток найти виноватого в неправильной с сегодняшней позиции жизни в прошлом. Если при депрессии характер переживаний не выходит за пределы круга повторяющихся и застывших представлений, то в данном случае имеет место активная мыслительная работа, направленная в сторону решения вопросов "познания смысла собственного существования", "познания самого себя", т.е. тех вопросов, которые составляют содержание высших форм психической и нравственной жизни.

Появившийся впервые в старости созерцательный спокойный взгляд на самого себя, на окружающее отражает активную позицию, за счет того, что он определяет характер и форму деятельности и поведения. Созидаемая в старости новая жизненная философия является пожилому человеку как продолжение и завершение его собственного жизненного опыта. Ее значение и ценность с общечеловеческих позиций не может быть преуменьшена. Объем подобного заключения выходит за пределы индивидуального опыта и носит характер широкого философского обобщения. Чтобы убедиться в этом, достаточно вспомнить, что представление о наилучшем способе жизни как жизни созерцательной, спокойной и самодостаточной, составляет основу ряда философских и религиозных систем как восточных, так и западных. Ни компетенция, ни время не дают возможности провести подобное сравнение с той полнотой, которая достойна этого вопроса. Коснемся кратко лишь некоторых сторон, имеющих, на наш взгляд, отношение к сегодняшней теме.

Идея о бренности существующего, относительном характере ценностей, определяющих жизненные устремления, иллюзорности существующих представлений составляет содержание большинст-

ва философий и религий. Эта идея существует или в чистом виде, или в сочетании с идеями о божественном начале. В чистом виде эта идея развивалась уже у античных философов. Демокритовское "проживи незаметно", призыв к спокойной, уравновешенной жизни проходит как основная линия через положения стоиков, эпикурейцев, скептиков. Установка "проживи незаметно" составляет содержание восточной традиции, находя активное выражение в самоизоляции, аскетизме, монашестве. Подобная установка отражает философскую линию таких восточных религий как буддизм, индуизм, синтоизм, даоизм. Действительно, буддизм, индуизм призывают отказаться от гордости, лишиться всех желаний, покончить со всеми иллюзиями. Синтоизм, обожествляя природу, находит в ней все, что составляет смысл и содержание человеческого бытия. Даоизм исповедует созерцательность и пассивность, когда лучше ничего не делать, ничего не производить. Окружающие события и вещи изменяются сами по себе, и человеку остается только их наблюдать.

Не может вызывать сомнений, что подобная философская установка, факт коллективного самосознания, есть форма отражения существующего мира и составляет продукт высших форм человеческой мыслительной и нравственной работы. Но не кажется ли присутствующим удивительным, что подобная жизненная установка появляется у некоторых старых людей в старости первично. Можно повторить, что сходство относится к таким основополагающим жизненным линиям, как ориентировка только на настоящее, созерцательное отношение к происходящему, относительный характер общепризнанных ценностей, особая роль и место природы в жизни человека.

Предпринятое краткое изложение философских положений о созерцательной и самодостаточной жизненной позиции имело несколько целей. Во-первых, показать, что появляющаяся первично в старости новая жизненная установка, являющаяся человеку в период возрастного снижения физической силы, физических возможностей, постоянного ощущения физического недомогания в преддверии завершения жизни оказывается на уровне взглядов, отражающих основные вопросы смысла человеческого существования, познания самого себя. Это уже само по себе исключает предположение о том, что коренное изменение прошлой жизненной позиции в старости, "вторая жизнь" имеет психопатологическую и в частности аффективную основу. Однако главная задача сегодняшнего сообщения — показать, что формирование подобной системы взглядов в старости, которую можно свести к формуле

"жить пока живется", происходит, а по-видимому только и может происходить, только за счет особого возрастнo-биологического фона, который находит выражение в ограничении физических возможностей, снижении физической силы, постоянном ощущении физического недомогания. Важно не упустить при этом тот факт, что именно такой поворот психической жизни в старости оказывается для человека счастливой формой психического старения. Именно в этом случае существует полное согласие с фактом старческих изменений в физическом и психическом состоянии, удовлетворенность сегодняшней жизнью, полное приятие окружающего.

Обращаясь к общим вопросам, хотелось бы отметить, что агитация или принудительное внедрение спокойного созерцательного образа жизни, будь они обращены к молодым или людям среднего возраста, едва ли могут найти полное понимание. Насильное насаждение отказа от активной деятельности входит в противоречие в данном случае с физиологией физического и психического. При этом следует ждать различного рода понятных осложнений, лицемерия или прямых трагедий. К моменту формирования подобного мировоззрения пожилой человек более, чем в какой-либо другой возрастной период, физически годен к восприятию такого образа жизни. В этом можно увидеть то сомато-психическое единство, которое оказывается основным условием чувства самоудовлетворения в любом возрасте. В указанных случаях психического старения изменения физического статуса составляют единство с созерцательной непротивленческой жизненной установкой, и это определяет ту гармонию физического и психического, которая определяет отношение к прошлому, настоящему и позволяет спокойно относиться к будущему.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЬСТВУЮЩЕГО

Прежде чем говорить относительно оппозиции сциентизм – антисциентизм и путях снятия этой оппозиции следует со всей определенностью сказать, что не только психиатрия, но и медицина в целом, а фактически вся наша современная наука очень далеки от высоких идеалов сциентизма. В этом смысле использовано понятие антисциентизма в работе Бузиных. Идеалы сциентизма не отменяются современной научной парадигмой. Претензии паранаук на научность не теряют своей смехотворности. Речь идет лишь об адекватном использовании соответствующих категорий, принципов и методов, о границах их применимости. Например, попытки онаучить религию, придать ей научную респектабельность – не более чем подслащивание пилюли, они не имеют онтологической ценности!

Наша медицина “не пропустила через себя” гигантский пласт выдающихся гуманитарных достижений нашего столетия, не только не интегрировала, даже не узнала их, оставшись узко биологически ориентированной дисциплиной, тогда как парадигма нового времени – интеграция достижений естественных и гуманитарных дисциплин – актуальнее всего для психиатрии, предмет которой и есть их пересечение.

Дух времени против сциентизма, как попытки науки стать если не единственной, то высшей ценностью культуры. Однако мощная антисциентистская контрреакция очень неоднородна. И если на одном полюсе стоят попытки синтеза науки, философии и религии – от обывательской мешанины, для которой даже успехи науки лишь подтверждение мистического ощущения, что “все

возможно” и теософии мадам Блаватской, этой “вязаной фуфайки вырождающейся религии”^{*} до выдающегося вклада философской антропологии Макса Шелера, этого Сократа современности, то на другом полюсе – позиция Карла Ясперса, назвавшего такие попытки величайшей пошлостью даже в отношении Э. Гуссерля, вознамерившегося превратить философию в строгую науку /при том, что это была эпоха, когда наука пыталась подменить собой философию/. Наука, философия и религия – это три независимых направления развития культуры. Это позиция и критической онтологии Николая Гартмана, естественным образом ставшей основой классификации наук и других форм знания. Опыт последних десятилетий показал наибольшую продуктивность этого направления в самых различных сферах от квантовой механики до психиатрии, от эстетики до этики.

Но я не стал бы уступать понятие “классического” тому, что на деле давно архаика. Высокое понятие классики по праву принадлежит А. Кронфельду, К. Роджерсу, В. Франклу и многим другим представителям славной плеяды психотерапевтов XX века, вполне соответствующих содержанию “постклассического”, как его употребил Федор Ефимович. Современность, – пускай не столько, но не только у нас, – характеризуется падением уровня, измельчанием, вульгаризацией. В духе массовой культуры все наводнено упрощенными методиками, наивной формализацией, подменой теории предмета метатеоретическими сверхобобщениями, передачей собственно профессиональных задач в руки математиков и другими формами депрофессионализации. Методология самих точных наук в лице квантовой механики, единой теории поля и теоремы Геделя возвращает нас к гетевскому идеалу науки, как открытой системы с единством наблюдаемого и наблюдателя и несовместимостью исследовательской и манипулятивной установок. У Макса Шелера также звучит принципиальное отличие знания для господства, для воспитания и для Истины. Химера преждевременной интеграции не считается даже с сегодняшним, казалось бы столь очевидным, опытом нашей общественной жизни: разделяйтесь, чтобы объединиться. Можно ли игнорировать дистанцию от первобытного аморфного бульона до гармоничной

* О. Мандельштам. – “Слово и культура”. М., 1987. 255.

системы многообразных структур? Следует возразить против упрощения позиции оппонента. Наша цель - истина, а не победа над ним. Продуктивно понимать оппонента в наиболее сложном для себя повороте. Поэтому предпочтительнее восхищение находкой В. Сатир перед ее обесцениванием.*

Мы живем в эпоху торопливых и поверхностных отождествлений множества различных оппозиций. Вот и здесь оппозиция сциентизм - антисциентизм легко подменяется другими, близкими, но отнюдь не тождественными:

- рациональное - иррациональное;
- категориальное - метафорическое и мифологическое;
- логическое - эмоциональное;
- разумное - неразумное и т.д.

Насколько глубже это выглядит у К. Яспера, который рассматривает разумное и неразумное как неразрывное единство, которому противостоит противоразумное. В своей работе 1950 г. "Разум и противоразум в наше время" К. Ясперс попытался выяснить духовные предпосылки, позволившие восторжествовать фашизму в Германии. Что может быть актуальнее для нас сегодня? "Разум, - пишет Ясперс, - проистекает не из природы, а из свободы человека, он должен быть выбран каждым человеком... Между тем, не только в мире, но в нас самих есть нечто, что требует:

- не разума, но тайны,
- не проникающего ясного мышления, но нашептывания,
- не рассудительности всеоткрытого видения и слушания, но капризной готовности к темной множественности,
- не человеческого ограниченного ознакомления, но гностического всезнания в абсурде,
- не науки, но в научной маске - колдовства,
- не рационально обоснованного действия, но магии,
- не надежной верности, но приключения,
- не свободы, которая единственно есть то, что вместе с разумом и законом выбирает собственную историчность, но слепой вольности и одновременно слепого послушания принуждению, не терпящему никаких вопросов".

"...Человек тайно желает быть прибранным к рукам и хотел

* В дискуссии противоположным образом оценивалось наблюдение американского семейного психотерапевта Вирджинии Сатир, что для полноценного контакта с ребенком, его глаза должны быть на уровне глаз взрослого.

бы под именем свободы жить в обмане свободы послушания..."

"Никто из нас не свободен от соблазна перед колдовством... Но никакая философия не станет истинной без сознательного разрыва с колдовством, с каждой его формой... Между тем, массы все вновь и вновь поддаются так называемому массовому психозу,... обману колдунов, извращенному мифу, который подделываясь под настоящий миф, закрывает и искажает действительность и ведет к катастрофе... Нужно идти своим путем в сознании служения истине без того, чтобы иметь ее."*

Реальная оппозиция сциентизма и антисциентизма позволяет глубже понять мировоззренческую атмосферу, питающую антипсихиатрические тенденции. Это естественный протест против узкого биологизма (физиологизма) психиатрии, против ее дегуманизации, т.е., обнаруживается позитивная сторона антипсихиатрического движения, которую, конечно, неправильно именовать таким термином. В первом номере "Независимого психиатрического журнала" мы показали, что собственно антипсихиатрия смыкается с фашизмом. Поэтому борьба с антипсихиатрией это одновременно борьба со всякого рода экстремизмом, конформизмом и непрофессионализмом. И поэтому тактика этой борьбы, постоянное поворачивание ее в продуктивную сторону, постоянный учет регулярно совершаемых ошибок, - все, чему был посвящен первый доклад Л. Н. Виноградовой, одна из наиболее важных наших задач, которая, кстати, смыкается с проблемой реабилитации или, начнем лучше говорить, ресоциализации наших пациентов.

Оппозиция сциентизма - антисциентизма преодолевается тем спокойным созерцательным подходом, той уравновешенной мудростью старости, о которой так глубоко и ярко говорил здесь Н. Ф. Шахматов. Фактически это и есть феноменологический подход. И можно черпать оптимизм в том, что ему можно учиться.

* Jaspers K. - "Vernunft und WIDERVERNUNFT in unserer Zeit". - Munchen: R. Piper, 1950, - 56-66, Цит. в пер. Н. С. Мудрагей.

© Пути обновления психиатрии. Материалы IV съезда Независимой психиатрической ассоциации. Под редакцией Ю. С. Савенко. Независимая психиатрическая ассоциация. Изд-во "Литература и политика", М., 1992.

Подписано в печать 20 10 92. Формат 60 x 90 1/16. Объем печ. л., 14,8 уч.-изд. л. Бумага офсетная. Гарнитура "таймс". Печать офсетная. Тираж 3 000 экз. Заказ 6596.

Издательство "Литература и политика": Москва, ул. Подольская, 33 - 114.

Отпечатано в филиале МПО "Первая Образцовая типография".
113114, Москва, М-114, Шлюзовая наб., 10.

Принимаются заказы на издания НПА:

"НЕЗАВИСИМЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ"

№ 1, 1991

Антипсихиатрия сегодня.
Обывательские комплексы психиатрического мышления.
О психической заразительности.
Кризис Всесоюзного общества психиатров.

№ 1-2, 1992

Проблема предмета советской психиатрии.
Начальное бредообразование. Затухание бреда.
Доклад комиссии Всемирной Психиатрической Ассоциации.

№ 3, 1992

Технология диагноза в деле генерала П. Григоренко.
"Сычовка" глазами больных, персонала и НПА.
Дело Юрия Массовера.
Медицинская тайна и президент.

№ 4, 1992

Психодинамическое направление в психиатрии.
Главы, исключенные из русского издания "Клинической психиатрии"
под ред. Г. Груле и др., 1967 г.

"ПУТИ ОБНОВЛЕНИЯ ПСИХИАТРИИ"

(материалы III съезда НПА):

деятельность НПА; коренные просчеты общей психопатологии и пропедевтики в СССР; критерии психотического для аффективных и паранойальных синдромов; современная генетика против классификации А. В. Снежневского; политические аспекты советской психиатрии; роль неосознанной мотивации в общественно-исторических процессах; связь клинической и общественной паранойи; гуманистическая психотерапия беженцев и жертв катастроф; история разгрома психоанализа в Советском Союзе; обзор о защитных механизмах.

*Стоимость (без пересылки) журналов - 7 руб.,
двоянного журнала и ежегодников - 10 руб.*

Заказы на издания НПА направлять по адресу:
101000 - Москва, Лучников пер. 4.

Международный исследовательский центр по правам человека.
Независимая Психиатрическая Ассоциация.
тел. 206-86-39.

Материалы для публикации в журнале - по адресу:
125581 - Москва, ул. Ляпидевского 18, кв. 41.
Ю. С. Савенко.